

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**CONGRUÊNCIA ENTRE A EMPATIA AUTORREFERIDA DE ENFERMEIRAS(OS)
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE A
RELAÇÃO EMPÁTICA**

Dissertação de Mestrado

Aluna: Luana Dullius

Orientação: Prof. Dr. Eduardo Augusto Remor

Porto Alegre 2020

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**CONGRUÊNCIA ENTRE A EMPATIA AUTORREFERIDA DE ENFERMEIRAS(OS)
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE A
RELAÇÃO EMPÁTICA.**

Dissertação de mestrado apresentado
como exigência parcial para obtenção do
grau de Mestre em Psicologia, sob orientação
do Prof. Dr. Eduardo Augusto Remor.

Luana Dullius

Porto Alegre 2020

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por acreditarem e apoiarem incondicionalmente minhas decisões e confiarem nas minhas escolhas;

Aos meus tios, por me receberem nessa enorme cidade com uma imensidão de culturas distintas e atuarem como um porto seguro;

Ao meu irmão e primos, por me ensinarem a ser resistente;

Aos colegas do mestrado, pela companhia, desabafos e construção de possibilidades;

Aos colegas do grupo de pesquisa, pela troca de conhecimentos e práticas, ampliando minha visão da possível atuação do Psicólogo;

A João Pinheiro, mestre que iniciou a trajetória desse estudo;

Ao meu orientador, Dr. Prof. Eduardo Remor, pelos questionamentos, ensinamentos e (des)construções ao longo desses dois anos;

Aos usuários, por aceitarem participar da pesquisa, ocasionando que aprofundemos o conhecimento científico em um campo pouco explorado até o momento;

Por fim, aos profissionais que atuam nos diferentes níveis de complexidades do Sistema Único de Saúde, mas principalmente as enfermeiras(os) atuantes na Atenção Primária a Saúde, local de desafios imagináveis, mas também de construção de potencialidades.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	3
LISTA DE TABELAS DO CAPÍTULO II	6
LISTA DE TABELAS DO CAPÍTULO III.....	7
LISTA DE FIGURAS DO CAPÍTULO III.....	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	11
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO TEÓRICA	13
Atenção Primária em Saúde	13
Conceitualização de empatia	15
Estresse ocupacional.....	18
Considerações finais	21
REFERENCIAS	22
CAPÍTULO II - EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA CONSULTATION AND RELATIONAL EMPATHY (CARE) PARA PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	28
Resumo	28
Introdução.....	29
Método.....	41
Resultados.....	45
Discussão.....	51
Conclusões.....	55
REFERENCIAS	57
CAPÍTULO III – CONGRUÊNCIA ENTRE A EMPATIA AUTORREFERIDA DE ENFERMEIRAS(OS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE A RELAÇÃO EMPÁTICA.....	62
Resumo	62
Introdução.....	63
Método.....	67
Resultados.....	73

Discussão.....	80
Conclusões.....	88
REFERENCIAS	90
CAPÍTULO IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO.....	99
ANEXOS	101
ANEXO A	101
ANEXO B.....	103
ANEXO C.....	106
ANEXO D	108
ANEXO E.....	109
ANEXO F	111
ANEXO G	113
ANEXO H	115
ANEXO I.....	117
ANEXO J.....	120

LISTA DE TABELAS DO CAPÍTULO II

Tabela 1. Resumo das propriedades psicométricas da escala CARE em artigos publicados.	36
Tabela 2. Variáveis sociodemográficas dos usuários	41
Tabela 3. Descritivos dos itens e análise de consistência interna da escala CARE.....	46
Tabela 4. Distribuição dos escores da CARE por item e por opção da escala.....	46
Tabela 5. Resultado da Análise Paralela Utilizando-se a Simulação Tipo Monte- Carlo..	48
Tabela 6. Estrutura Interna da Escala CARE Brasileira: análise fatorial exploratória.....	48
Tabela 7. Correlação entre o escore total da CARE e o questionário de satisfação	49

LISTA DE TABELAS DO CAPÍTULO III

Tabela 1. Correlações de Spearman entre a CARE e possíveis variáveis preditoras 75

LISTA DE FIGURAS DO CAPÍTULO III

Figura 1. Modelo A – IRI versus JSS e Modelo B – IRI versus ERI..... 72

RESUMO

Empatia se refere às reações de um indivíduo às experiências observadas de outro. Definida como um construto multidimensional que abarca elementos cognitivos - capacidade intelectual de processar e compreender a perspectiva do outro – e elementos emocionais - a sensibilização emocional pela situação de outra pessoa. No campo da saúde, caracteriza-se pela capacidade do profissional em entender a situação, a perspectiva e os sentimentos do usuário, comunicar esse entendimento e verificar sua precisão, agindo de forma terapêutica de acordo com esse entendimento. Inúmeros estudos já demonstram os benefícios de uma relação empática entre o profissional de saúde e o usuário atendido. No entanto, os estudos que procuram investigar a empatia focam ou na empatia autorreferida do profissional ou na empatia percebida do usuário, sendo que pesquisas abarcando ambas as perspectivas são escassas. Da mesma forma, variáveis que podem mediar essa relação, como o estresse ocupacional – elemento presente no cotidiano do profissional da saúde – ainda carecem de investigação. Assim, o objetivo geral do estudo foi investigar se haveria congruência entre a empatia autorreferida de enfermeiras(os) e a empatia percebida pelo usuário e o impacto de variáveis sociodemográficas e contextuais do ambiente de trabalho. Para atender a este objetivo também foi necessário confirmar as propriedades psicométricas da medida de empatia percebida pelo usuário usada na pesquisa. O capítulo II descreve o estudo psicométrico com a coleta de 166 respondentes ao instrumento Consultation and Relational Empathy – CARE – instrumento utilizado para avaliar a percepção do usuário sobre a empatia do profissional. Observou-se que os resultados condizem com a medida original, apresentando estrutura fatorial unidimensional, com alta confiabilidade interna e validade convergente com índices de satisfação do usuário. Apresenta, assim, bons índices psicométricos e pode ser utilizada em pesquisa com enfermeiras(os) da Atenção Primária a Saúde. O capítulo III investiga a congruência entre empatia autorreferida do profissional e a empatia percebida do usuário. Participaram do estudo 36 enfermeiras(os), com idade média de 35,5 anos (DP = 6,28) e 166 usuários com idade média de 38,5 anos (DP = 16,73). Constatou-se não haver associação direta entre a empatia autorreferida e a empatia percebida pelo usuário. Entretanto, usuários perceberam o profissional como mais empático na medida que este apresenta menores níveis de estresse ocupacional. Outras variáveis, como raça, nível socioeconômico, nível educacional também parecem influenciar a forma como o usuário percebe a empatia do profissional.

Palavras-chave: Empatia; estresse ocupacional; enfermagem; atenção primária em saúde.

ABSTRACT

Empathy refers to one individual's reactions to another's observed experiences. Defined as a multidimensional construct, it encompasses cognitive elements - the intellectual capacity to process and understand the other's perspective - and emotional elements - emotional awareness of someone else's situation. In healthcare, empathy is characterized by the professional's ability to understand the patient's situation, perspective, and feelings, communicate the understanding and verify its accuracy, acting therapeutically by this understanding. Numerous studies have already demonstrated the benefits of an empathic relationship between the health professional and the user attended, from the report of greater satisfaction with the consultation to the impact on health outcomes. However, studies that seek to investigate empathy focus either on the professional's self-reported empathy or on the user's perceived empathy, and research covering both perspectives is scarce. Likewise, variables that can mediate this relationship, such as occupational stress - an element present in the health professional's daily life - still need to be investigated. Thus, the main objective of the study was to investigate whether there would be congruence between the professional's self-reported empathy and the empathy perceived by the user and the impact of sociodemographic and contextual variables of the work environment. To achieve this goal, it was also necessary to confirm the psychometric properties of the measure of empathy perceived by the patient used in the research. Chapter II describes the psychometric study with the collection of 166 respondents to the Consultation and Relational Empathy - CARE - an instrument used to assess the patient's perception of the professional's empathy. It was observed that the results are consistent with the original measure, presenting a one-dimensional factorial structure, with high internal reliability and convergent validity with patient satisfaction indexes. Thus, it presents good psychometric indices and can be used in research with nursing professionals in Primary Health Care. Chapter III investigates the congruence between the professional's self-reported empathy and the patient's perceived empathy, noting that there is no direct association. Participated in the study 36 nurses with an average age of 35.5 years ($SD = 6.28$) and 166 patients with an average age of 38.5 years ($SD = 16.73$). However, patients perceived the professional as more empathic as he has lower levels of occupational stress. Other variables, such as race, socioeconomic level, the educational level also seem to influence the way the patient perceives the professional's empathy.

Keywords: Empathy; occupational stress; nursing; primary health care.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação aborda o tema da empatia no contexto de saúde, especificamente na Atenção Primária de Saúde (APS). A empatia, em seu sentido mais abrangente se refere às reações de um indivíduo às experiências observadas de outro (Davis, 1983). A pesquisa aqui apresentada teve como propósito geral investigar se há congruência entre a empatia autorreferida por enfermeiras(os) e a empatia percebida pelo usuário atendido, tema pouco abordado nas pesquisas (Bernardo et al., 2018; Gerace et al., 2018; Glaser et al., 2007; Hojat et al., 2010; Kane et al., 2007; Scarpellini et al., 2014). A pesquisa também precisou confirmar as propriedades psicométricas da medida de empatia percebida pelo usuário para poder avaliar a congruência.

A dissertação foi dividida em três capítulos. O primeiro capítulo é uma introdução teórica, abarcando temas como a APS, visto ser o cenário de atuação dos profissionais participantes do estudo. O capítulo também aborda a conceitualização do termo empatia e suas diferentes formas de entender o construto. Apresenta ainda os modelos utilizados para compreender o estresse ocupacional e apresenta algumas pesquisas que indicam quais variáveis impactaria a expressão e a percepção de empatia.

O segundo capítulo é dedicado a examinar as propriedades psicométricas da escala CARE - Consultation and Relational Empathy (Mercer et al., 2005) que foi utilizada para avaliar a empatia percebida pelo usuário atendido na APS. A CARE é uma escala desenvolvida por pesquisadores na Escócia em 2004 que avalia, a partir da perspectiva do usuário atendido, a empatia do profissional no decorrer do atendimento. Realiza-se uma descrição do instrumento, apresentando o processo de desenvolvimento e adaptação, assim como uma série de estudos que objetivam estudar e adaptar a escala para diferentes profissionais, locais de atuação e países. Há também o objetivo de identificar se variáveis sociodemográficas dos usuários estão relacionadas à sua percepção de empatia da profissional que lhe atendeu.

O terceiro capítulo apresenta o estudo que teve como objetivo pesquisar a possível congruência entre a empatia autorreferida de enfermeiras(os) e a empatia percebida pelo usuário. Para isso foi utilizada a IRI (avalia a empatia autorreferida do profissional) e a CARE (empatia percebida pelo usuário). Investiga também se outros fatores, como variáveis sociodemográficas da profissional e do usuário impactam na expressão e percepção de empatia, assim como procura entender o impacto que o estresse ocupacional tem nessa relação. A literatura demonstra que enfermeiras(os) da APS apresentam elevados níveis de estresse ocupacional, sendo estes prejudiciais à saúde. No entanto, com relação a possível influência

no comportamento empático da profissional, salienta-se que o impacto do estresse ocupacional ainda é pouco estudado, não havendo dados mais acurados sobre essa relação. Contudo, considerando as pesquisas entre burnout (síndrome desenvolvida pela exposição ao estresse ocupacional) e empatia, acredita-se que o estresse ocupacional possa repercutir negativamente no relacionamento empático

Destaca-se que a empatia é um elemento central na relação entre profissional de saúde e usuário, estando associada a resultados em saúde, satisfação com a consulta e permanência do usuário ao tratamento e acompanhamento por determinado profissional. O impacto positivo deste elemento é inegável no âmbito da saúde. Assim, dispor de instrumentos que avaliem a empatia e, conseqüentemente, entender se há congruência entre a perspectiva da profissional e a do usuário é de extrema importância, assim como a influência de variáveis sociodemográficas e do estresse ocupacional para que possam ser compreendidas tais relações e possíveis intervenções sejam elaboradas.

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO TEÓRICA

Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária a Saúde (APS) é reconhecida como um componente primordial do Sistema Único de Saúde (Organização Pan Americana de Saúde, 2011). Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abarcam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o propósito de desenvolver um cuidado integral e que impacte na situação de saúde da população. Guia-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização (Brasil, 2012), constituindo-se na principal porta de entrada do sistema (Lavras, 2011).

No cenário brasileiro, em 1994 o Ministério da Saúde propôs um novo formato de cuidado à saúde na APS, o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente renomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O PSF/ESF foi concebido como uma estratégia para orientar o paradigma de assistência à saúde até então vigente, propondo que a atenção à saúde fosse centrada na família e nas necessidades desta, diferenciando-se, assim, do modelo tradicional de cuidado a saúde (Brasil, 1997).

A efetivação do que a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB estava propondo ocorreu com a instituição da ESF como espaço fundamental e responsável pelo acompanhamento de um território e de uma população adstrita, o que possibilitaria reconhecer as necessidades desta, percebidas a partir do estabelecimento de vínculo entre os usuários do serviço e os profissionais de saúde que estariam em contato constante com o território (Oliveira & Pereira, 2013). Os profissionais que compõe a equipe mínima de uma ESF são: enfermeira(o), médico(a), técnico(a)/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários(as) de saúde. Caso estejam vinculadas equipes de saúde bucal, estas contam com cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2012).

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (2011), países que optaram pela APS ser à base de seus sistemas de saúde apresentam melhores indicadores de saúde, tratamento mais efetivo nas condições crônicas, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades para o acesso aos serviços, o que demonstra evidências de seu impacto positivo na saúde. No Brasil, a proposta de reorientação da APS favoreceu a disseminação de cuidados primários no país, possibilitando a ampliação de ofertas de serviços nas áreas periféricas e rurais

(Arantes, Shimizu, & Merchán-Hamann, 2016)

Para que se possa efetivamente executar o proposto pela APS – continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização no atendimento – é necessário que o profissional exerça a escuta qualificada, uma tecnologia que implica em diálogo, vínculo e acolhimento (Mielke & Olshowsky, 2011). Como ferramenta terapêutica, a escuta ativa emprega empatia, o que possibilita que haja um espaço de trocas, oportunizando que ocorra modificações nas experiências tanto dos profissionais quanto dos usuários atendidos (Pimentel & Coelho Junior, 2009).

Dados obtidos a partir da década de 1970 vêm demonstrando repercussões positivas da empatia em diferentes âmbitos. Seigal (1972) observou que as crianças com dificuldades de aprendizagem na dimensão verbal e comportamental apresentavam melhoras conforme o tempo que estavam expostas a terapia e os níveis de empatia dos terapeutas. Aspey (1975), por exemplo, verificou que, nas turmas em que os professores apresentavam maiores níveis de empatia, os alunos exibiam melhor desempenho em leitura do que nas turmas com professores com menor grau de empatia. Os resultados sugerem que o clima de acolhimento do ambiente de aprendizagem criado pelo professor é um aspecto significativo na promoção ou inibição da aprendizagem, um achado que posteriormente foi apoiado pela pesquisa de Hughes e Huckill (1982). Kendall e Wilcox (1980) também constaram haver uma relação entre empatia e eficácia do terapeuta durante o tratamento de crianças hiperativas.

No campo da saúde, dados mais recentes também atestam os efeitos que profissionais da saúde percebidos como empáticos pelos usuários tem nos resultados em saúde destes. Yang et al. (2018), por exemplo, observaram uma associação entre a empatia do profissional de saúde e o aumento de células no sistema imunológico de pacientes com câncer de pulmão. Já Choi et al. (2016) constataram a redução da ansiedade em pacientes antes de serem submetidos a uma broncoscopia. Flickinger et al. (2016) verificaram a melhora na auto eficácia medicamentosa em pessoas com HIV enquanto Sternke, Abrahamson e Bair (2016) averiguaram que pacientes com diagnóstico de dor crônica e depressão declararam que respostas empáticas por parte dos profissionais auxiliaram a se sentirem compreendidos e a terem suas necessidades acolhidas.

O reconhecimento da empatia enquanto um elemento essencial para o atendimento em saúde, assim como os indícios do impacto na saúde e no bem-estar pode ser observado nas políticas de saúde e nos currículos de universidades que integraram a empatia como um elemento imprescindível a ser trabalhado com estudantes (Satterfield & Hughes, 2017; Spiro, 2009). Por exemplo, a universidade de Hong Kong (HKU) tem como princípio em seu currículo trabalhar a empatia com os alunos para que esses possam desenvolver relações produtivas com

os usuários e exercer uma comunicação eficaz (Chen, Chin, Fung, Wong, & Tsang, 2015). No Japão, após 2004, foi instituído treinamento obrigatório após a graduação de profissionais de medicina com duração de dois anos, exigindo que fossem treinados em habilidades de comunicação e de empatia independente da especialidade clínica que eles escolhessem (Kozu, 2006).

Conceitualização de empatia

A empatia, em seu sentido mais abrangente, refere-se às reações de um indivíduo às experiências observadas de outro (Davis, 1983). A definição teórica do construto, contudo, sempre foi motivo de discordância entre os pesquisadores. Estudiosos divergiam quanto a classificação da empatia, em que para alguns deveria ser vista como um comportamento, enquanto para outros um traço da personalidade (MacKay, Hughes, & Carver, 1990). Além dessas concepções, havia também divergências quanto as reações do indivíduo. Alguns pesquisadores acreditavam que a resposta empática estava relacionada a uma capacidade intelectual de processar e compreender a perspectiva do outro, sendo assim uma reação meramente cognitiva (Dymond, 1949; Kerr & Speroff, 1954). Para outros autores seria uma reação emocional mais visceral, envolvendo a sensibilização emocional pela situação de outra pessoa (Stotland, 1969).

À vista disso, para alguns pesquisadores (Bennett, 1995; Davis, 1983; Morse et al., 1992; Williams, 1990) o significado e os componentes da empatia eram imprecisos e confusos, principalmente devido à complexidade que permeava o processo empático. Esses autores propuseram a empatia como um construto multidimensional (Davis, 1983). Assim sendo, a partir da década de 1970, teóricos e pesquisadores iniciaram um movimento com o propósito integrar as respostas – cognitivas e emocionais – como componentes da empatia, superando a divergência até então observada na literatura de que o construto seria um fenômeno meramente cognitivo ou simplesmente emocional. Estudiosos começaram a acreditar que a compreensão da empatia poderia ser desenvolvida caso houvesse o reconhecimento de que existem componentes afetivos e cognitivos na resposta empática (Deutsch & Madle, 1975; Hoffman, 1977). Como resultado, foram iniciadas pesquisas que examinaram os modos pelos quais ambas as dimensões da empatia afetam o comportamento (Coke, Batson & McDavis, 1978).

Um dos primeiros teóricos a considerar a empatia como um construto multidimensional foi Davis (1983). Em seu modelo teórico, empatia cognitiva e emocional coexistem. A empatia cognitiva abarca duas dimensões: a tomada de perspectiva e a fantasia. Tomada de perspectiva

consiste em adotar espontaneamente o ponto de vista psicológico do outro, permitindo que um indivíduo antecipe o comportamento e as reações dos outros, facilitando, assim, relacionamentos interpessoais afetivos e gratificantes. Fantasia se refere a capacidade de transpor-se imaginativamente para os sentimentos e ações de personagens fictícios. A empatia emocional também se divide em duas dimensões: preocupação empática, definida pela presença de sentimentos orientados ao outro de simpatia e preocupação, e angústia pessoal, que consiste em sentimentos orientados para si de ansiedade e desconforto em situações interpessoais tensas.

Procurando investigar esse modelo multidimensional, Davis (1983) desenvolveu a IRI – Interpersonal Reactivity Index. A medida original continha no total 28 itens distribuídos em quatro subescalas: tomada de perspectiva, fantasia, preocupação empática e angústia pessoal. O pressuposto do instrumento é que a empatia pode ser compreendida de forma mais ampla a partir de um conjunto de construtos correlacionados, visto que todos referem-se à responsividade ao outro, mas que também são nitidamente discrimináveis, já que avaliam aspectos distintos do construto. Assim, Davis (1983) constatou a multidimensionalidade por meio de três formas: possível relações entre as subescalas da IRI, entre as subescalas e outras medidas psicológicas e entre as escalas e outras medidas que avaliam empatia. Os resultados dos três formatos de investigação forneceram sólido suporte à proposição original da medida. As subescalas da IRI não somente exibem relações previstas entre si, assim como também estão associadas com outras medidas de empatia conforme esperado.

Com relação a possível associação entre as subescalas e diferentes construtos psicológicos, o autor observou que a subescala Tomada de Perspectiva, por exemplo, apresentou uma associação com melhor funcionamento interpessoal e maior autoestima. Já Fantasia demonstrou uma associação com medidas de inteligência verbal e com sensibilidade orientada a outros. Preocupação Empática esteve relacionada com reatividade emocional e preocupação altruísta com os outros. Apesar de tanto esta dimensão quando Fantasia se associarem ao construto sensibilidade aos outros, Preocupação Empática apresentou correlações mais fortes com esse elemento. Angústia Pessoal mostrou ter relações com competência social e autoestima semelhantes à escala de Preocupação Empática, porém a associação com esses construtos foi negativa; também se verificou a relação com elevados níveis de problemas pessoais, majoritariamente a vulnerabilidade emocional (Davis, 1983).

De modo geral, a IRI apresentou associações com índices de competência social, autoestima, emocionalidade e sensibilidade a outras pessoas. Assim, essas informações sustentam o quadro teórico multidimensional da empatia visto que proporcionam evidências de que as quatro dimensões que compoariam o construto são realmente componentes distintos, cada

um relacionado de maneiras específicas a outras medidas psicológicas (Davis, 1983).

Já Patterson (1974) propôs que a empatia seria composta por quatro elementos ou estágios. Primeiramente, a pessoa que se propôs a ajudar deve ser receptiva à comunicação de outra pessoa – componente emocional. Em seguida, quem está ajudando precisa entender a comunicação colocando-se no lugar do outro para isso – componente cognitivo. Posteriormente, quem auxilia deve comunicar seu entendimento – componente comportamental ou comunicativo. No último estágio, deveria se verificar o entendimento e a percepção do ajudante sobre a demanda do indivíduo a partir da validação do próprio indivíduo – componente relacional. A partir dessa conceitualização, Williams (1990) propôs que a empatia seria composta pelo elemento cognitivo, emocional, comunicativo e relacional, sendo então a empatia relacional descrita como empatia experimentada ou percebida pelo usuário.

No âmbito da saúde se tornava necessário que o construto fosse explorado para que pudessem ser entendidos quais os componentes que seriam essenciais para o exercício dos profissionais da saúde, visto que a empatia ainda apresentava diferentes conceitualizações. Como uma das preocupações de teóricos e pesquisadores do campo da enfermagem estava relacionado com a capacidades dos profissionais em demonstrar um comportamento empático, tornou-se preciso definir o construto como uma competência que retratasse as habilidades de comunicação desses profissionais (Reynolds & Scott, 1999).

Segundo Monica (1981), uma das pioneiras na definição de empatia no âmbito da relação profissional de saúde-paciente, a empatia simboliza o foco com e no mundo do paciente, demandando que o profissional entenda a situação, a perspectiva e os sentimentos do paciente, comunique esse entendimento, verifique sua precisão e aja de acordo com esse entendimento de forma terapêutica. Tal definição frequentemente é utilizada por outros teóricos (Mercer, McConnachie, Maxwell, Heaney, & Watt., 2005; Reynolds, 1994) e inclui como componentes a empatia perceptiva e interacional, integrando uma definição cognitivo-comportamental do construto (Reynolds & Scott, 1999). Neste quadro teórico, o ponto central dessa definição é a comunicação do que foi compreendido, o que resulta que o paciente deve perceber a empatia do profissional para se beneficiar do atendimento (Free, Green, Grace, Chernus, & Whitman, 1985; Squier, 1990).

A partir das considerações e do desenvolvimento teórico, a empatia pode ser definida como uma habilidade interpessoal que deriva das atitudes e comportamentos da pessoa que auxilia. Empatia, então, é uma forma de interação, incluindo a comunicação – verbal e não verbal – das atitudes do profissional e a comunicação do entendimento do profissional sobre as demandas e situações do usuário. Envolve também a compreensão do usuário sobre o que o

profissional está comunicando, o que irá indicar se acredita estar ou não sendo compreendido. Caracteriza-se, portanto, por ser uma habilidade possível de ser observada (Reynolds & Scott, 1999).

Entre alguns fatores que parecem influenciar a percepção do usuário sobre a empatia exercida pelo profissional de saúde, a literatura destaca fatores sociodemográficos, como o gênero do profissional – feminino (Birhanu, Assefa, Woldie, & Morankar, 2012), raça do usuário (Forgiarini, Gallucci, & Maravita, 2011; Mercer, Hatch, Murray, Murphy, & Eva, 2007), orientação sexual e identidade de gênero do usuário (Amaral, 2007). Aspectos do atendimento, como a demanda clínica, tempo limitado, assim como a experiência do profissional (Grosseman et al., 2014) e o estresse ocupacional (Bry et al., 2015, Park et al., 2015; Soler-Gonzalez, San-Martín, Delgado-Bolton, & Vivanco, 2017) são elementos que parecem intervir na forma como os profissionais expressam a empatia.

Estresse ocupacional

O trabalho representa um papel essencial para a saúde e para o bem-estar. Mudanças ocorridas nas últimas décadas ressignificaram a natureza do trabalho, em que atualmente se percebe uma menor quantidade de empregos caracterizados por demandas físicas e cada vez mais por demandas mentais e emocionais. Por exemplo, observa-se que mulheres e idosos representam uma proporção cada vez maior no mercado de trabalho. Há também um aumento significativo de empregos de tempo parcial e acordos de trabalho flexíveis. Para a saúde do trabalhador, talvez a maior repercussão dessas mudanças seja a prevalência da instabilidade no emprego, assim como o próprio desemprego, ocasionando em um aumento na descontinuidade da carreira profissional, na aposentadoria forçada e na perda de empregos (Siegrist et al., 2004).

No setor da saúde, principalmente na APS, os profissionais da saúde diariamente trabalham com demandas associadas ao alcoolismo, à depressão, ao tráfico de substâncias ilícitas e a violência. Ressaltam que conjuntamente a esses fatores sentem-se incapacitados para lidar com essas demandas, não valorizados e sobrecarregados, o que acarreta a sensação de frustração e de impotência (Kanno, Bellodi, & Tess, 2012). Tais aspectos se relacionam com esgotamento, alta rotatividade, doenças e acidentes de trabalho (Lua, Araújo, Santos, & Almeida 2018). Além das demandas da população acompanhada, o trabalho na atenção primária exige atuação conjunta com uma equipe de profissionais de diferentes categorias, agindo em estreita colaboração com outros trabalhadores da saúde (Geyman, 2007), o que requer arranjos e protocolos organizacionais (Stange, 2009; Stange & Ferrer, 2009). Para muitos clínicos gerais,

esse cuidado orientado por protocolo é um obstáculo no que se refere a conseguir demonstrar um comportamento empático genuíno (Derksen, Bensing, Kuiper, Meerendonk, & Lagro-Janssen, 2015).

Dentre os profissionais da saúde, enfermeiras(os) se destacam por apresentarem maiores níveis de estresse ocupacional quando comparadas a outras categorias profissionais (Latimer et al., 2018; Leonelli et al., 2017; Roque, Veloso, Silva, & Costa, 2015). Isto estaria associado às inúmeras atividades relacionadas a seu processo de trabalho. Entre as atividades atribuídas as enfermeiras(os) na APS destacam-se: a assistência integral às pessoas e famílias, a realização de trabalhos administrativos, o planejamento e o gerenciamento de ações desenvolvidas pela equipe, supervisão, coordenação e realização de atividades de educação permanente (Silva et al., 2015). Soma-se a esse processo de trabalho às demandas da comunidade atendida pela APS (Kanno et al., 2012). Consequentemente esse contexto propicia que o profissional da APS esteja vulnerável ao desenvolvimento do estresse ocupacional.

Dois paradigmas de estresse ocupacional vêm recebendo atenção especial nos últimos anos (Siegrist et al., 2004): o modelo de controle-demanda (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990) e o modelo de desequilíbrio esforço-recompensa (Siegrist, 1996). O exemplar de controle-demanda foi desenvolvido por Robert Karasek na década de 1970. O autor é um dos pesquisadores pioneiros no estudo da relação entre o ambiente de trabalho como fonte de estresse e o impacto na saúde. Seu protótipo de estresse ocupacional considera dois aspectos – demandas e controle no trabalho – como riscos ao adoecimento. Demandas são caracterizadas como pressões de natureza psicológica que ocorrem devido à quantidade ou a qualidade do trabalho, como, por exemplo, o tempo e a velocidade para realizar tarefas e os conflitos devido a demandas que são contraditórias. Já o controle no trabalho se refere à possibilidade de o trabalhador empregar suas habilidades intelectuais para executar sua tarefa, assim como dispor de autoridade para decidir como irá realizá-la (Theorell & Karasek, 1996).

Posteriormente, uma terceira dimensão foi acrescentada no modelo de Karasek por Johnson e Hall (1988): o apoio social. Essa dimensão se refere aos níveis de interação social existentes no trabalho, tanto com os colegas quanto com os superiores. A partir de uma pesquisa realizada com a população sueca, os pesquisadores verificaram um aumento na prevalência de doenças cardiovasculares quando os trabalhadores apresentavam níveis elevados nas dimensões de demanda e níveis baixos nas dimensões controle e apoio social. Assim, resultados demonstraram que a escassez de apoio social pode ser um fator de risco, gerando consequências negativas a saúde.

Já o paradigma de desequilíbrio esforço-recompensa prevê que o esforço despendido na

atividade laboral seja baseado em uma reciprocidade, em que recompensas sejam fornecidas em termos financeiros, reconhecimento e oportunidades na carreira justamente com o intuito de retribuir o trabalhador pelo esforço exercido, propiciando uma troca equilibrada onde existe uma equivalência entre os esforços solicitados e as recompensas conferidas. Quando há ausência de reciprocidade – o trabalhador percebe que o esforço se sobrepõe a recompensa obtida – emoções negativas podem se manifestar, resultando em reações de tensão a essas situações e, conseqüentemente, potencializando a vulnerabilidade a doenças (Siegrist, 1996).

O modelo também considera as diferenças individuais na percepção do desequilíbrio esforço-recompensa. Pessoas com um alto padrão motivacional de engajamento no trabalho e uma alta necessidade de serem aprovadas apresentam maior risco de sentirem tensão quando percebem que não há um equilíbrio entre esforço- recompensa, visto que por serem mais comprometidas podem se implicar em atividades que demandem muito ou excedam seus esforços além do que é preciso. Logo, é uma característica que pode ser considerada um fator de risco psicológico mesmo que não haja um desequilíbrio entre o esforço gasto e os ganhos obtidos. Ressalta-se que o quadro teórico propõe que são esperados efeitos mais prejudiciais à saúde e no bem- estar do trabalhador caso as condições estruturais do local de trabalho e as características pessoais operarem concomitantemente (Siegrist, 1996).

Ambos modelos apresentam semelhanças: retratam paradigmas gerais de estresse ocupacional, são medidos por um questionário autoadministrado padronizado e os dados são analisados de acordo com procedimentos predefinidos. Também se observa que os quadros teóricos apresentam sobreposição conceitual e metodológica, majoritariamente entre as escalas de demanda e de esforço. Assim, embora esses dois protótipos se complementem, há também distinções conceituais e metodológicas importantes a serem consideradas. O modelo de controle-demanda, por exemplo, avalia os aspectos estruturais do ambiente psicossocial do trabalho, enquanto o de desequilíbrio esforço-recompensa inclui em sua avaliação tanto características estruturais quanto pessoais. Também os elementos que compõe o protótipo de desequilíbrio esforço-recompensa (salários, oportunidades de carreira/segurança no emprego) estão associados a condições macroeconômicas que extrapolam o poder de resolutividade do local de trabalho. Já o ponto central do paradigma de controle- demanda está nas características do local de trabalho (Siegrist et al., 2004).

Dessa forma, os dois paradigmas possibilitam que informações e dados sobre estresse e saúde no trabalho possam ser combinados. Peter et al. (2002) demonstraram que os efeitos dos dois modelos na saúde cardiovascular são significativamente mais fortes que seus efeitos separados. Griep, Rotenberg, Landsbergis e Vasconcellos-Silva (2011) também observaram

que embora ambos paradigmas estejam independentemente relacionados aos desfechos em saúde, indicando que avaliam diferentes aspectos do local de trabalho, constatou-se aumento na força de associação quando os dois quadros teóricos foram combinados. Portanto, a associação de ambos pode diminuir as limitações intrínsecas de cada paradigma.

Considerações finais

Considerando a importância da empatia no contexto de saúde, observa-se a necessidade de compreender não apenas a perspectiva do profissional de sua capacidade de atuação empática, mas também a percepção do usuário atendido por este profissional, o que até então poucos autores procuraram investigar (Bernardo et al., 2018; Gerace, Oster, O’Kane, Hayman, & Muir-Cochrane, 2018; Glaser, Markan, Adler, McManus, & Hojat, 2007; Hojat et al., 2010; Kane, Gotto, Mangione, West, & Hojat, 2007; Scarpellini, Capellato, Rizzatti, Silva, & Baddini-Martinez, 2014). Para isso, o estudo psicométrico de medidas que objetivam avaliar a empatia é essencial. Torna-se também imprescindível contemplar demais variáveis que possam estar influenciando a empatia autorreferida do profissional e a empatia percebida pelo usuário do profissional, como características sociodemográficas do trabalhador e do usuário, assim como também contextuais do espaço de trabalho, como o estresse ocupacional, visto ser um elemento presente no cotidiano desses trabalhadores.

Entender a relação entre essas variáveis possibilita que possíveis intervenções sejam realizadas principalmente com os profissionais, viabilizando que ações de promoção e prevenção a saúde sejam efetuadas, com foco em trabalhar os mecanismos de *coping* do profissional com relação ao estresse ocupacional assim como reconhecer as variáveis do local de trabalho associadas com o estresse ocupacional e oportunizar intervenções. Destaca-se também a possibilidade de efetuar treinamentos direcionados a comunicação empática por exemplo, permitindo que a atuação do profissional seja mais eficaz e impacte positivamente no atendimento tanto para o usuário quanto para o próprio profissional, acarretando a satisfação de ambas as partes e melhores resultados em saúde para quem busca o atendimento.

REFERENCIAS

- Amaral, D. M. (2007). *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde* (Tese de doutorado). Faculdade de Saúde Coletiva - Ciências Humanas e Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1955_1935_amaraldaniela.pdf
- Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2016). Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1499-1510. DOI: 10.1590/1413-81232015215.19602015
- Aspey D. (1975). Empathy: Let's get the hell on with it. *Counselling Psychologist* 5(2), 10-14. DOI: 10.1177/001100007500500203
- Brasil (1997). Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. *Política Nacional de atenção Básica*. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
- Bennett J. (1995). Methodological notes on empathy: Further considerations. *Advanced Nursing Science*, 18(1), 36-50. DOI: 10.1097/00012272-199509000-00005
- Bernardo, M. O., Cecílio-Fernandes, D., Costa, P., Quince, T. A., Costa, M. J., & Carvalho-Filho, M. A. (2018). Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS One*, 13(5), 1-13. DOI: 10.1371/journal.pone.0198488.
- Birhanu, Z., Assefa, T., Woldie, M., & Morankar, S. (2012). Predictors of perceived empathy among patients visiting primary health-care centers in central Ethiopia. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(2), 161-168. DOI: 10.1093/intqhc/mzs001
- Bry, K., Bry, M., Hentz, E., Karlsson, H. L., Kyllönen, H., Lundkvist, M., & Wigert, H. (2016). Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta paediatrica*, 105(4), 397-406. DOI:10.1111/apa.13295.
- Chen, J. Y., Chin, W. Y., Fung, C. S., Wong, C. K., & Tsang, J. P. (2015). Assessing medical student empathy in a family medicine clinical test: validity of the CARE measure. *Medical education online*, 20(1), 1-7. DOI: 10.3402/meo.v20.27346
- Choi, S., Jang, S. H., Lee, K. H., Kim, M. J., Park, S. B., & Han, S. H. (2018). Risk Factor, Job Stress and Quality of Life in Workers With Lower Extremity Pain Who Use Video Display Terminals. *Annals of rehabilitation medicine*, 42(1), 101-112. DOI: 10.5535/arm.2018.42.1.101.
- Coke, J., Batson, C., & McDavis, K. (1978). Empathic mediation of helping: A two-stage

- model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(7), 752-766. DOI: 10.1037/0022-3514.36.7.752
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113-136. DOI: 10.1037/0022-3514.44.1.113
- Derksen, F., Bensing, J., Kuiper, S., Meerendonk, M. van, & Lagro-Janssen, A. (2015). Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. *Family practice*, 32(1), 94-100. DOI: 10.1093/fampra/cmu080
- Deutsch, F., & Madle, R. (1975). Empathy: Historic and current conceptualizations, measurement, and a cognitive theoretical perspective. *Human Development*, 18(4), 267-287. DOI: 10.1159/000271488
- Dymond, R. F. (1949). A Scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 13(2), 127-133. DOI: 10.1037/h0061728
- Flickinger, T. E., Saha, S., Roter, D., Korthuis, P. T., Sharp, V., Cohn, J., Eggly, S., Moore, R. D., & Beach, M. C. (2016). Clinician empathy is associated with differences in patient-clinician communication behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. *Patient Education and Counseling*, 99(2), 220-226. DOI: 10.1016/j.pec.2015.09.001
- Forgiarini, M., Gallucci, M., & Maravita, A. (2011). Racism and the empathy for pain on our skin. *Frontiers in Psychology*, 2(108), 1-7. DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00108
- Free, N. K., Green, B. L., Grace, M. C., Chernus, L. A., & Whitman, R. M. (1985). Empathy and outcome in brief focal dynamic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 142(8), 917-921. DOI:10.1176/ajp.142.8.917
- Gerace, A., Oster, C., O’Kane, D., Hayman, C. L., & Muir-Cochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse-consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing* 27(1), 92-105. DOI: 10.1111/inm.12298.
- Geyman, J. P. (2007). Disease management: panacea, another false hope, or something in between? *The Annals of Family Medicine*, 5(3), 257-260. DOI: 10.1370/afm.649
- Glaser, K. M., Markan, F. W., Adler, H. M., McManus, R. P., & Hojat, M. (2007). Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: A validity study. *Medical Science Monitor*, 13(7), 291-294. Recuperado de <https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/487348>
- Griep, R. H., Rotenberg, L., Landsbergis, P., & Vasconcellos-Silva, P. R. (2011). Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 145-152. DOI: 10.1590/S0034-89102011000100017
- Grossemann, S., Novack, D. H., Duke, P., Mennin, S., Rosenzweig, S., Davis, T. J., & Hojat, M.

- (2014). Residents' and standardized patients' perspectives on empathy: issues of agreement. *Patient education and counseling*, 96(1), 22-28. DOI: 10.1016/j.pec.2014.04.007
- Hoffman, M. L. (1977). Empathy, its development and prosocial implications. In C. B. Keasey (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (vol. 25, pp. 169-217). Nebraska: Lincoln.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., & Gonnella, J. S. (2010). Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *International Journal of Medical Education*, 1(1), 83-87. DOI: 10.5116/ijme.4d00.b701.
- Hughes R., & Huckill H. (1982). *Participant Characteristics: Change and Outcome in Preservice Clinical Teachers' Education*. Texas: Preservice Clinical Teacher Education.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342. DOI: 10.2105/AJPH.78.10.1336
- Kanno, N. de P., Bellodi, P. L., & Tess, B. H. (2012). Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 884-894. DOI: 10.1590/S0104-12902012000400008
- Karasek, R. A. (1979). Jobdemands, jobdecision latitude, and mental strain: Implications for jobredesign. *Administration Science Quarterly*, 24(2), 285-307. DOI: 10.2307/2392498
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books
- Kane, G. C., Gotto, J. L., Mangione, S., West, S., & Hojat, M. (2007). Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croatian Medical Journal*, 48(1), 81-86. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080494/pdf/CroatMedJ_48_0081.pdf
- Kendall P., & Wilcox L. (1980). Cognitive-behavioural treatment for impulsivity: Concrete VS conceptual training in non selfcontrolled problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48(1), 80-89. DOI: 10.1037//0022-006x.48.1.80
- Kerr, W. A., & Speroff, B. G. (1954). Validation and evaluation of the empathy test. *Journal of General Psychology*, 50(2), 269-276. DOI: 10.1080/00221309.1954.9710125
- Kozu T. (2006). Medical education in Japan. *Acad Med* 81(1), 1069-1075. DOI: 10.1097/01.ACM.0000246682.45610.dd
- Monica, E. L. L. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing and Health*, 4(4), 389-400. DOI: 10.1002/nur.4770040406
- Latimer, M., Jackson, P. L., Eugène, F., MacLeod, E., Hatfield, T., Vachon-Presseau, E., Michon, P-E., & Prkachin, K. M. (2018). Empathy in paediatric intensive care nurses part 1: Behavioural and psychological correlates. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 2676-

2685. DOI: 10.1111/jan.13333

- Lavras, C. (2011). Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 867-874. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400005
- Leonelli, L. B., Andreoni, S., Martins, P., Kozasa, E. H., Salvo, V. L. D., Sopezki, D., Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., & Demarzo, M. M. P. (2017). Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(2), 286-298. DOI: 10.1590/1980-5497201700020009
- Lua, I., Araújo, T. M. de, Santos, K. O. B., & Almeida, M. M. G. de (2018). Factors associated with common mental disorders among female nursing professionals in primary health care. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(20), 1-14. DOI: 10.1186/s41155-018-0101-4
- MacKay R., Hughes J., & Carver E. (1990). *Empathy in the Helping Relationship*. New York: Springer Publishing Co.
- Mercer, S. W., Hatch, D. J., Murray, A., Murphy, D. J., & Eva, H. W. (2007). Capturing patients' views on communication with anaesthetists: the CARE measure. *Clinical Governance: An International Journal*, 13(2), 128-137. DOI: 10.1108/14777270810867320
- Mercer, S. W., McConnachie, A., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. M. (2005). Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Family Practice*, 22(3), 328-334. DOI: 10.1093/fampra/cmh730
- Mielke, F. B., & Olshowsky, A. (2011). Actions of mental health in family health strategy and the health technologies. *Rev Esc Anna Nery*, 15(4), 762-768. DOI: 10.1590/S1414-81452011000400015
- Morse, J., Anderson, G., Botter, J., Yonge, O., O'Brien, B., & Solberg, S. (1992). Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 273-280. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1992.tb00733.x
- Oliveira, M. A. C., & Pereira, I. C. P. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira Enfermagem*, 66(esp), 158-164. DOI: 10.1590/s0034-71672013000700020
- Organizacao Panamericana da Saude. (2011). *A atencao a saude coordenada pela APS: construindo as redes de atencao no SUS - Contribuicoes para o debate*. Brasilia: autor. Recuperado de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1366-a-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-navegadorsus-n-2-6&category_slug=serie-navegadorsus-239&Itemid=965
- Park, K. H., Kim, D. H., Kim, S. K., Yi, Y. H., Jeong, J. H., Chae, J., Hwang, J., & Roh, H. (2015). The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *International journal of medical education*, 6(1), 103-108. DOI: 10.5116/ijme.55e6.0d44.

- Patterson, C. (1974). *Relationship Counselling and Psychotherapy*. New York: Harper & Row
- Peter, R., Siegrist, J., Hallqvist, J., Reuterwall, C., Theorell, T., & the SHEEP Study Group (2002). Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two alternative job stress models in the SHEEP Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(1), 294-300. DOI: 10.1136/jech.56.4.294
- Pimentel, P. K., & Coelho Junior, N. (2009). Some notes about the use of empathy in borderline cases and situations. *Psicologia Clínica*, 21(2), 1-14. DOI: 10.1590/S0103-56652009000200004.
- Reynolds, W. (1994). The influence of clients' perceptions of the helping relationship in the development of an empathy scale. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1(1), 23-30. DOI: 10.1111/j.1365-2850.1994.tb00005.x
- Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6(5), 363-370. DOI: 10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x
- Roque, H., Veloso, A., Silva, I., & Costa, P. (2015). Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3087-3097. DOI: 10.1590/1413-812320152010.00832015
- Satterfield, J. M., & Hughes, E. Emotion skills training for medical students: a systematic review (2007). *Med Educ*, 41(1), 935-941. DOI: 10.1111/j. 1365-2923.2007.02835.x
- Scarpellini, G. R., Capellato, G., Rizzatti, F. G., Silva, G. A., & Baddini-Martinez, J. A. (2014). Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP*, 47(1), 51-58. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v47i1p51-58
- Seigal C. (1972). Changes in play therapy behaviours over time, as a function of different levels of therapists offered conditions. *Journal of Clinical Psychology*, 28(2), 235-236. DOI: 10.1002/1097-4679(197204)28:2<235::aid-jclp2270280236>3.0.co;2-p
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41. DOI: 10.1037/1076-8998.1.1.27
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social science & medicine*, 58(8), 1483-1499. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00351-4
- Silva, S. C. P., Nunes, M. A. P., Santana, V. R., Reis, F. P., Neto, J. M., & Lima, S. O. (2015). A síndrome de Burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3011-3020. DOI: 10.1590/1413-812320152010.19912014
- Soler-Gonzalez, J., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., & Vivanco, L. (2017). Human Connections and Their Roles in the Occupational Well-being of Healthcare Professionals:

- A Study on Loneliness and Empathy. *Frontiers in Psychology*, 8(1475), 1-10. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01475.
- Spiro, H. (2009). Commentary: the practice of empathy. *Acad Med*, 84(1), 1177-1179. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181b18934.
- Squier, R. W. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social science & medicine*, 30(3), 325-339. DOI: 10.1097/00012272-199509000-00005
- Stange, K. C. (2009). The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *The Annals of Family Medicine*, 7(2), 100-103. DOI: 10.1370/afm.971
- Stange, K. C., & Ferrer, R. L. (2009). The paradox of primary care. *The Annals of Family Medicine*, 7(4), 293-299. DOI: 10.1370/afm.1023
- Sternke, E. A., Abrahamson, K., & Bair, M. J. (2016). Comorbid Chronic Pain and Depression: Patient Perspectives on Empathy. *Pain Management Nursing*, 17(6), 363-371. DOI: 10.1016/j.pmn.2016.07.003
- Stotland, E. (1969). Exploratory studies in empathy. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 4, pp. 271-314). New York: Academic Press
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9-26. DOI: 10.1037/1076-8998.1.1.9
- Yang, N., Xiao, H., Cao, Y., Li, S., Yan, H., & Wang, Y. (2018). Influence of oncology nurses' empathy on lung cancer patients' cellular immunity. *Psychology Research and Behavior Management*, 11(1), 279-287. DOI: 10.2147/PRBM.S168649
- Williams, C. (1990). Biopsychosocial elements of empathy: A multidimensional model. *Issues in Mental Health Nursing*, 11(2), 155-174. DOI: 10.3109/01612849009014551

CAPÍTULO II - EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA CONSULTATION AND RELATIONAL EMPATHY (CARE) PARA ENFERMEIRAS(OS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Evidence of validity of the Consultation and Relational Empathy (CARE) for primary health care nurses.

Resumo

Empatia é um elemento importante para a comunicação entre profissional de saúde e usuário, com efeitos positivos na satisfação, na construção de uma relação de confiança e influenciando tanto o processo quanto os resultados do atendimento. No Brasil ainda são incipientes os estudos sobre o feedback do usuário quanto a percepção de empatia de enfermeiras(os) atuantes na Atenção Primária a Saúde (APS) e se carece de medidas robustas para a avaliação da empatia. O objetivo desse estudo foi investigar as propriedades psicométricas da Consultation and Relational Empathy (CARE), medida de autorelato desenvolvida que avalia, a partir da percepção do usuário, o comportamento empático do profissional que lhe atendeu. Participaram do estudo 166 usuários atendidos por 36 enfermeiras(os) trabalhando em 32 unidades de saúde da APS no município de Porto Alegre (RS). Após a avaliação da qualidade dos dados, o estudo psicométrico envolveu análise de confiabilidade (consistência interna) e evidências de validade convergente (com satisfação). Testou-se psicometricamente a CARE – medida com dez itens e estrutura unidimensional – usando análise fatorial exploratória. A pontuação total na CARE variou de 17 a 50 (mediana = 41,00, $M = 40,84$, $DP = 7,78$). Não foram observados efeito solo (0,6%), porém efeito teto foi encontrado (21,1%), com 31 dos participantes pontuando os valores máximos da escala (50). A confiabilidade interna foi alta (Alfa de Cronbach – 0,93) e nenhum dos itens melhoraria consideravelmente a confiabilidade se excluído. A homogeneidade foi indicada por altas correlações item-total corrigidas (0,692-0,782). A análise fatorial comprovou a unidimensionalidade da escala com cargas fatoriais variando de 0,71 a 0,81. A validade convergente foi observada pela associação significativa com os itens que avaliaram a satisfação do usuário. Os resultados confirmam que a CARE possui bons índices psicométricos e que pode ser utilizada em pesquisa com profissionais da enfermagem da Atenção Primária a Saúde.

Palavras-chaves: Propriedades psicométricas; avaliação; enfermagem; atenção primária à saúde;

empatia; CARE.

Abstract

Empathy is an important element for communication between health professionals and users, with positive effects on satisfaction, building a relationship of trust and influencing both the process and the results of care. In Brazil, studies on user feedback regarding the perception of empathy of nurses working in Primary Health Care are still incipient, and robust measures for assessing empathy are lacking. The aim of this study was to investigate the psychometric properties of Consultation and Relational Empathy (CARE), a self-report measure developed that assesses, based on the user's perception, the empathic behavior of the professional. A total of 166 users participated in the study, attended by 36 nurses working in 32 Primary Health Care centers in the city of Porto Alegre (RS). After assessing the quality of the data, the psychometric study involved analysis of reliability (internal consistency) and evidence of convergent validity (with satisfaction). CARE was psychometrically tested - measured with ten items and one-dimensional structure - using exploratory factor analysis. The total score on CARE ranged from 17 to 50 (median = 41.00, $M = 40.84$, $SD = 7.78$). No floor effect was observed (0.6%), but a ceiling effect was found (21.1%), with 31 of the participants scoring the maximum values of the scale (50). Internal reliability was high (Cronbach's alpha - 0.93) and none of the items would considerably improve reliability if excluded. Homogeneity was indicated by high corrected item-total correlations (0.692-0.782). The factor analysis proved the unidimensionality of the scale with factor loads ranging from 0.71 to 0.81. Convergent validity was observed for the significant association with the items that assessed user satisfaction. The results confirm that CARE has good psychometric indexes and that it can be used in research with nursing professionals in Primary Health Care.

Keywords: psychometric properties; assessment; nursing; primary health care; empathy; CARE

Introdução

No exercício de um profissional da saúde, a empatia é considerada central para a relação terapêutica, encarregada por criar um ambiente de cuidado (Cunico, Sartori, Marognolli, & Meneghini, 2012) e sendo reconhecida como um atributo que qualifica um bom profissional da saúde (Aydin, Sehiralti, & Akpınar, 2017). Na literatura, a empatia é descrita como um construto multidimensional, abrangendo uma dimensão cognitiva e emocional e

correspondendo à capacidade de espontaneamente adotar o ponto de vista psicológico do outro, transpor-se imaginativamente para os sentimentos e ações deste e orientar sentimentos de simpatia e preocupação (Davis, 1983).

Na relação profissional de saúde-usuário, a empatia envolve a capacidade do profissional de compreender a situação, perspectiva e sentimentos do paciente, sua habilidade em comunicar esse entendimento, averiguando sua acurácia, e a capacidade de agir de forma (Mercer, Maxwell, Heaney, & Watt, 2004). Dessa forma, no campo da saúde, a empatia requer que o profissional identifique de forma precisa o estado emocional do usuário, nomeando-o e respondendo adequadamente (Cohen-Cole & Bird, 1991).

Diferentes estudos vêm demonstrando o impacto que profissionais da saúde percebidos como empáticos têm nos resultados em saúde dos usuários. Por exemplo, o trabalho de Yang et al. (2018) relatou que pacientes atendidos por enfermeiras avaliadas como empáticas estava relacionado a um aumento de células específicas no sistema imunológico (Linfócitos B e Natural Killers) de pessoas com câncer de pulmão no momento da alta hospitalar. A pesquisa de Choi et al. (2016) descreveu a redução da ansiedade em pacientes antes de serem submetidos a uma broncoscopia associado a comunicação empática e toque do profissional executando o procedimento. Flickinger et al. (2016) observaram uma melhor autoeficácia para a tomada de medicamentos em pessoas com HIV atendidos por médicos com mediana e alta empatia quando comparados com médicos com baixa empatia. A pesquisa de Hojat et al. (2011) constatou que pacientes de médicos com altos escores de empatia foram significativamente mais propensos a ter um bom controle da hemoglobina A1c do que pacientes de médicos com baixos escores de empatia. Da mesma forma, a proporção de pacientes com bom controle do colesterol (LDL-C) foi significativamente maior para médicos com altos escores de empatia do que médicos com baixos escores. Finalmente, uma revisão sistemática (Lelorain, Brédart, Dolbeault, & Sultan, 2012) apontou que a empatia dos médicos estava relacionada à maior satisfação do paciente e menor sofrimento psicológico em estudos retrospectivos e quando a medida foi relatada pelo paciente.

Para o usuário que recebe o atendimento, a relação empática estabelecida com o profissional da saúde é indispensável, sendo que, por exemplo, atitudes e habilidades de comunicação do profissional na consulta são considerados atributos extremamente importantes (p. ex., Bikker, Fitzpatrick, Murphy, Forster, & Mercer, 2017; Fung, Hua, Tam, & Mercer, 2009; Mercer, McConnachie, Maxwell, Heaney, & Watt, 2005). Sua relevância pode ser observada pelos resultados obtidos no estudo de Gerace, Oster, O’Kane, Hayman e Muir-

Cochrane (2018), onde os pesquisadores entrevistaram profissionais de enfermagem e pacientes em situação de internação psiquiátrica e verificaram que para ambos a empatia foi considerada um instrumento essencial para se alcançar resultados favoráveis principalmente em situações de conflitos. Para os pacientes, o esforço dos profissionais da enfermagem em procurar entender pelo que estavam passando, assumindo uma postura respeitosa, sem julgamentos e sem desprezo caracterizava a empatia e era fundamental na interação durante as situações de conflito.

Entre alguns fatores que parecem influenciar a percepção do usuário sobre a empatia exercida pelo profissional de saúde, a literatura destaca fatores sociodemográficos, como o gênero do profissional – feminino (Birhanu, Assefa, Woldie, & Morankar, 2012), raça do usuário (Forgiarini, Gallucci, & Maravita, 2011; Mercer, Hatch, Murray, Murphy, & Eva, 2007), orientação sexual e identidade de gênero do usuário (Amaral, 2007).

Conhecendo os benefícios que uma relação empática tem para os usuários atendidos, instrumentos que possam avaliar a percepção destes sobre a empatia do profissional são necessários, tanto para a avaliação da qualidade da assistência como para identificar possíveis beneficiários de treinamentos em habilidades relacionais (Okun & Kantrowitz, 2015). Um instrumento utilizado globalmente que avalia a percepção de empatia do profissional pelo usuário nos atendimentos de saúde é a escala *Consultation and Relational Empathy (CARE)* de Mercer et al. (2005). A CARE foi desenvolvida como uma medida para avaliar as habilidades relacionais do cuidador a partir do ponto de vista do paciente, evitando avaliar qualquer habilidade técnica e medindo a empatia situacional, ignorando a empatia disposicional, que é entendida como traço de caráter. Segundo os autores da escala, até então os instrumentos desenvolvidos para avaliar empatia estavam direcionados ao uso no contexto psiquiátrico na atenção secundária, o que demonstrava uma lacuna de medidas em contextos médicos mais gerais como a APS. A grande maioria das escalas desenvolvidas até então era administrada por médicos e avaliavam apenas a percepção do profissional – empatia autorreferida.

O desenvolvimento da versão inicial da CARE envolveu a revisão de literatura sobre a temática, apoiada pelos estudos qualitativos prévios dos pesquisadores sobre a visão dos pacientes com relação ao cuidado integral. Posteriormente foram realizados três estudos pilotos com a medida. Em todos os pilotos foram efetuadas entrevistas com pacientes com o intuito de avaliar a validade de face e de conteúdo, assim como a CARE foi comparada as escalas Reynolds Empathy Scale (Reynolds, 2000) e Barret-Lennard Empathy Subscale (Barret-Lennard, 1981). A amostra foi predominantemente de pessoas brancas e cuja primeira língua

era o inglês, atendidos em uma clínica geral em uma área desfavorecida socioeconomicamente localizada em Glasgow, Escócia. Com o intuito de recolher mais dados para a validação de face e de conteúdo da medida, os pesquisadores ainda procuraram a opinião de 20 colegas associados aos Departments of General Practice and Primary Care em Glasgow e Edimburgo, e a opinião de especialistas do Reino Unido em pesquisas sobre medidas para aprimorar o desenvolvimento da medida (Mercer et al., 2004).

A versão final da medida CARE (estudo piloto 3) apresentou forte correlação com a Reynolds Empathy Scale ($r = 0,85$, $n = 10$, $p = 0,001$) e a Barret-Lennard Empathy Subscale ($r = 0,84$, $n = 10$, $p = 0,01$). Cinco homens e cinco mulheres foram entrevistados, com idade média de 45 anos (faixa etária de 22 à 78), confirmando a validade de face e de conteúdo da versão final da medida CARE. A confiabilidade interna da escala permaneceu alta ($\alpha = 0,93$). Observou-se que a remoção de qualquer um dos 10 itens da medida teria o efeito de enfraquecer a confiabilidade interna. O escore geral máximo possível foi observado em 26% dos entrevistados na versão final da escala.

Embora inicialmente a escala tenha sido estudada psicometricamente para ser utilizada com a categoria médica atuante na APS, diferentes pesquisadores vem investigando as propriedades psicométricas do instrumento para que possa ser empregado por profissionais da saúde em ambientes de atenção secundária e terciária (p. ex., Aomatsu et al., 2013; Bikker et al., 2015; Mercer et al., 2007; Scarpellini, Capellato, Rizzatti, Silva, & Baddini-Martinez, 2014; Wirtz, Boecker, Forkmann, & Neumann, 2010). Um resumo das informações descritas em cada um destes estudos internacionais é apresentado na Tabela 1.

No Brasil, a CARE foi traduzida por Scarpellini et al. (2014) e alguns indicadores psicométricos foram estudados com profissionais da medicina na atenção secundária à saúde ($n = 12$; $\alpha = 0,87$). O processo envolveu a tradução por três médicos fluentes em inglês; síntese por dois médicos brasileiros e dois estudantes universitários; tradução reversa por um professor de inglês, nativo norte-americano e residente há décadas no Brasil; síntese pelo mesmo grupo de professores e alunos. A versão inicial traduzida foi aplicada a alguns pacientes ambulatoriais que informaram dificuldades para compreender as questões 9 e 10. A partir do retorno dos pacientes, o grupo de consenso realizou alterações nessas questões, havendo concordância do professor de inglês quanto às adaptações propostas.

Ademais do processo de tradução e adaptação, Scarpellini et al. (2014) aplicaram a versão a final do instrumento em 20 pacientes atendidos em um hospital após saírem das consultas junto ao serviço de enfermagem com o intuito de verificar o grau de compreensão dos

Tabela 1.

Resumo das propriedades psicométricas da escala CARE em artigos publicados

Referência (País) (Público alvo)	CARE; Tamanho amostral; Média (DP) ou Mediana	Confiabilidade de (alfa de Cronbach)	Evidências de Validade		
			Validade de construto (I): validade aparente e de conteúdo	Validade de construto (II): estrutura interna do teste	Validade de construto (III): padrões de convergência e divergência (r)
Mercer, Maxwell, Heaney, & Watt (2004); (Escócia) Médicos - APS)	N=43; *(*)	0,93	*	*	RES (n=10; r=0,85; p= 0,001) BLESS (n=10; r=0,84; p=0,001)
Mercer, Hatch, Murray, Murphy, & Eva (2007); (Escócia) Médicos - AT)	N=1582; M=43,8 (DP 6,57)	0,93 (DP)	% de “não se aplica” ou “missings” não ultrapassou 6,8% para todos os itens. Sem registro quanto à relevância dos itens para os participantes.	Estrutura unidimensional (0,82–0,89)	*
Fung, Hua, Tam, & Mercer (2009); (China) (Médicos - APS)	N=253; M=31,46 (DP 8,7)	0,96 Correlações item-total (0,78–0,87)	< 5,5% dos participantes avaliaram que os itens consideram questões que não são importantes para a consulta. E a % de “não se aplica” ou “missings” não ultrapassou 7,5% para todos os itens.	Estrutura unidimensional (0,82–0,89)	PEI (n=115; r= 0,52; p < 0,01) Satisfação (n=115; r=0,59; p<0,01)
Wirtz, Boecker, Forkmann, & Neumann (2010); (Alemanha)	N=326 *(*)	0,92	*	Estrutura unidimensional Rasch Model	*

(Médicos - AT)

Item 10 (Infit = 1,62>1,3; Outfit=1,60> 1,3) – excluído Item 1-9

(faixas: Infit = (0,69–1,24]; Outfit = (0,68–1,23).

Aomatsu, Abe, Abe, Yasui, Suzuki, Sato, Ban, & Mercer (2013); (Japão) (AT)	N=272; M=38,41 (DP 8,6)	0,98 Correlações item-total (0,89–0,94)	% de “não se aplica” ou “missings” não ultrapassou 10% para todos os itens. Sem registro quanto à relevância dos itens para os participantes.	Estrutura unidimensional (0,90–0,95)	Satisfação geral com a consulta (n=272; r=0,74; p<0,001)
Hanževački, Jakovina, Tomac, & Mercer (2015); (Croácia) (Médicos -APS)	Bajić, N=568 M=36 (*)	0,77 Correlações item-total 1ª (0,34–0,50) 2ª (0,36–0,42)	% de “não se aplica” ou “missings” não ultrapassou 9% para todos os itens. Sem registro quanto à relevância dos itens para os participantes.	Duas dimensões 1ª (itens 1,2,3,7,8,9,10,) 0,72 2ª (itens 4,5,6) 0,63	*
Scarpellini, Capellato, Rizzatti, Silva, & Baddini-Martinez (2014) (Brasil) (Médicos - AS)	N = 12 Mediana 44,5	0,86	*	*	EPEP (n 12; r=0,69; p<0,05) IE (n=11; r=0,74; p<0,05 – dimensão altruísmo) IRI (n=11; r=- 0,06; p>0,05).
Chen, Chin, Fung, Wong, & Tsang (2015)	N=158 M=35,8 (DP	0,94	*	Estrutura unidimensional	Avaliação global (n=157; r=0,79; p <0,001)

(China) (Médicos Residentes)	7,3)			Kaiser-Meyer-Olkin=0,94 Bartlett's (χ^2 (45)=887,8, $p < 0,001$) RMSEA= 0,06; GFI=0,89; AGFI=0,83; CFI=0,99 ($\chi^2=46,72$; $p=0,09$)	JSPPE (n=157, $r=0,77$; $p < 0,001$) Histórico do paciente (n=158, $r=0,27$; $p < 0,01$)
Ahlborn, Horwitz, & Osika (2017); (Suécia) (Médicos - APS)	N=554; M=41,5 8,9)	0.97 (DP Correlações item-total (0,86–0,91)	% de “não se aplica” ou “missings” não ultrapassou 20% para todos os itens. Sem registro quanto à relevância dos itens para os participantes.	Estrutura unidimensional (0,88–0,93)	Disposição dos pacientes em recomendar seu médico a um amigo ou parente Duração da consulta registrada Sem registro dos resultados
Dijk, Lenferink, Lucassen, Mercer, Weelc, Hartman, & Speckens (2017); (Alemanha) (Médicos - APS)	N=654; M=40,9 7,9)	0.97 (DP Correlações item-total (0,84–0,91)	% de “não se aplica” ou “missings” não ultrapassou 12% para todos os itens. Sem registro quanto à relevância dos itens para os participantes.	Estrutura unidimensional (0,96–0,97)	QUOTE (n=654; $r=0,34$; $p < 0,001$)
Bikker, Fitzpatrick, Murphy, Forster, & Mercer (2017); (Escócia) (Enfermeiras – centro de vítimas de violência)	N = 943; M = 47,8 (DP 4,4)	0,95	> 70% dos participantes avaliaram que os itens consideram questões relevantes para a consulta. E a % de “não se aplica” ou “missings” não ultrapassou 8% para todos os itens.	Estrutura unidimensional (0,80–0,89)	PEI (n=943; $r=0,23$; $p < 0,001$) Satisfação geral (n=943; $r=0,37$; $p < 0,001$)

Bernardo, Cecílio-Fernandes, Costa, N = 945 Quince, Costa, & Carvalho- Filho (2018) (Brasil) (Médicos - AT)	* * *(*)	Estrutura unidimensional (0,77–0,91) Kaiser-Meyer- Olkin=0,84 Bartlett's= $p < 0,001$ RMSEA=0,08; CFI=0,99 TLI=0,97 $\chi^2 (30)=126; p < 0,001$	JSPPPE (n=945, $r=0,56; p < 0,001$)
---	------------------------	---	--------------------------------------

Nota: * = não informado; BLESS = Barret-Lennard Empathy Subscale; EPEP = Escala de Percepção de Empatia Pelo Paciente; IE = Inventário de Empatia; IRI = Interpersonal Reactivity Index; JSPPPE = Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy; PEI = Patient Enablement Instrument; QUOTE = Quality Of Care Through the Patient's Eyes; RES = Reynolds Empathy Scale

itens. Em termos de análise psicométrica, os pesquisadores estudaram somente a consistência interna da escala ($\alpha = 0,87$) com uma amostra de 12 pacientes e realizam análises de correlação dos escores da CARE com três medidas de empatia: “The Jefferson Scale of Empathy” (versão brasileira respondida pelo paciente), IRI - “Interpersonal Reactivity Index” e IE - “Empathy Inventory (versões brasileiras respondidas pelos profissionais).

Considerando essas lacunas, o estudo de Bernardo et al. (2018) investigou as propriedades psicométricas da CARE com uma amostra de 945 participantes utilizando o instrumento já traduzido por Scarpellini et al. (2014). Aplicaram análises de componentes principais (ACP) e análise fatorial confirmatória (AFC). A ACP demonstrou uma estrutura fatorial unidimensional, explicando 76,7% da variância. A AFC revelou que o modelo de base para a escala CARE apresentou valores de índice de ajuste pobres, sendo necessário correlacionar os erros dos itens para alcançar um nível satisfatório de ajuste do modelo. A decisão dos autores por aplicar ACP e a correlação de erros dos itens na AFC limita a possibilidade de estabelecer evidências de validade relacionadas a estrutura do instrumento, pois são ambas decisões não recomendadas pela literatura especializada. A Análise de Componentes Principais não é um método de análise fatorial, mas um método para reduzir dados que desconsidera os erros de medida (erro psicométrico), algo que é particularmente grave quando a análise é realizada sobre pontuações derivadas de itens. Essa prática também leva frequentemente a superestimar as cargas fatoriais e a variância explicada pelos fatores (Izquierdo, Olea, & Abad, 2014).

Assim, apesar de haver estudos prévios das propriedades psicométricas da escala CARE no Brasil parece oportuno considerar que: (a) a amostra utilizada pelos diferentes pesquisadores foi exclusivamente médica e atuante em ambientes de saúde especializados, como ambulatórios e hospitais; (b) em outros países, até a revisão da literatura, encontrou-se apenas um estudo (Bikker et al, 2017) que buscou evidências psicométricas da escala para enfermeiras(os) atuantes em um centro de violência sexual; (c) existem limitações metodológicas e estatísticas nos estudos psicométricos prévios que remetem a necessidade de novos estudos independentes. Dessa forma, o estudo psicométrico com enfermeiras(os) que atuem na APS no Brasil ainda não foi realizado, podendo trazer novas informações e completar as evidências de validade do instrumento, fornecendo também informações para as profissionais sobre seu comportamento empático.

Estudar as propriedades psicométricas da CARE para o contexto da APS também é relevante não apenas por considerar que o instrumento foi construído especificamente para esse contexto, mas também porque a APS é reconhecida como um componente primordial do

Sistema Único de Saúde e principal porta de entrada dos usuários (Lavras, 2011; Organização Pan Americana de Saúde, 2011). Observa-se também a necessidade de instrumentos de avaliação que sejam adequados e forneçam informações sobre os profissionais de saúde para que esses possam desenvolver suas habilidades com o propósito de fornecer um atendimento de qualidade e possam efetuar os objetivos propostos pela APS, entre eles acolhimento e humanização do cuidado (Ahlborn, Horwitz, & Osika, 2017).

À vista disso, o objetivo desse estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da escala CARE em enfermeiras(os) que atuam na APS utilizando a Análise Fatorial Exploratória (AFE). Foram avaliados: (a) a estrutura do instrumento buscando evidencia sobre a validade de construto (unidimensionalidade); (b) a fidedignidade da escala para a amostra disponível; (c) as evidencias de validade com relação a padrões de convergência (satisfação com o atendimento); (d) os efeitos das variáveis sociodemográficas sobre o escore da CARE; (e) a presença de efeitos solo e teto. Considerando os resultados encontrados na literatura a respeito da escala CARE, esperava-se: (a) que o instrumento apresente uma estrutura unidimensional; (b) que na presença de efeitos solo e teto, estes sejam inferiores a 20%; (c) encontrar nível de fidedignidade adequado (alfa de Cronbach igual ou superior a 0.70); (d) que haja uma associação das variáveis sociodemográficas relevantes com o escore da CARE; (e) que haja uma associação entre os escores da CARE com a satisfação percebida com o atendimento.

Método

Participantes

Participaram no presente estudo 166 usuários do SUS atendidos por 36 enfermeiras(os) atuantes em 32 unidades de saúde da APS do município de Porto Alegre (RS). A média de idade da amostra foi de 38,05 anos ($DP = 16,73$), com variação etária de 18 a 75 anos. A maioria dos participantes se caracterizou por ser do sexo feminino ($n = 145$; 86,8%), autodeclarados brancos ($n = 72$; 43,1%), com ensino fundamental incompleto ($n = 56$; 33,5%) e com uma renda mensal familiar que variava entre 1001 e 2000 reais ($n = 64$; 38,3%). A Tabela 2 apresenta maiores detalhes quanto à caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 2.
Variáveis sociodemográficas dos usuários (N = 166)

Variáveis	Frequência (%)	
Idade	>24 anos	46 (27,5%)
	25 a 65	107 (64,1%)
	< 65	14 (8,4%)

Sexo registrado ao nascer	Feminino	145 (86,8%)
	Masculino	22 (13,2%)
Gênero que se identifica	Mulher	144 (86,2%)
	Homem	22 (13,2%)
	Outro	1 (0,6%)
	Mulher	27 (16,2%)
Orientação sexual	Homem	140 (83,2%)
	Outro	1 (0,6%)
	Preto	53 (31,7%)
Raça	Pardo	37 (22,2%)
	Branco	72 (43,1%)
	Amarelo	0 (0,0%)
	Indígena	5 (3,0%)
	Nível Educacional	Não frequentou a escola
	Ensino fundamental (1º grau) incompleto	56 (33,5%)
	Ensino fundamental (1º grau) completo	22 (13,2%)
	Ensino médio (2º grau) incompleto	39 (23,4%)
	Ensino médio (2º grau) completo	36 (21,6%)
	Superior incompleto	8 (4,8%)
	Superior completo	2 (1,2%)
	Pós-graduação incompleta	1 (0,6%)
	Pós-graduação completa	1 (0,6%)
Renda Mensal Familiar	Até 500 reais	10 (6,0%)
	501 a 1000 reais	38 (22,8%)
	1001 a 2000 reais	64 (38,3%)
	2001 a 3000 reais	32 (19,2%)
	3001 a 4000 reais	10 (6,0%)

Instrumentos

Consultation and Relational Empathy (CARE)

A escala *Consultation and Relational Empathy* (Mercer et al., 2005) foi proposta como uma medida unidimensional, com formato de resposta tipo *likert* de cinco pontos ('1' ruim a '5' excelente) e contém 10 itens que avaliam, a partir da percepção do usuário, em que medida o profissional da saúde conseguiu ser empático, colaborativo e atento em um determinado atendimento. Os valores dos itens são somados, podendo fornecer um escore final entre 10 e 50 pontos. Neste estudo, utilizou-se a escala traduzida para o português de Scarpellini et al. (2014) (Anexo A).

Informações sociodemográficas, acompanhamento na unidade e satisfação com o serviço.

Questionário com informações de identificação pessoal, como sexo, idade, raça, identidade de gênero, orientação sexual e nível socioeconômico. O questionário também investiga informações referentes ao atendimento com a enfermeira – frequência com que consulta com a profissional que lhe atendeu, o tempo que durou a consulta, se o atendimento foi agendado previamente ou não – e avalia a satisfação geral com o funcionamento do serviço. As informações referentes à satisfação e avaliação geral do funcionamento foram avaliadas por meio de uma escala *likert* (1 a 5) (Anexo B).

Procedimentos

Foram convidados a participar no estudo usuários do SUS atendidos por enfermeiras(os) da APS no município de Porto Alegre no ano de 2017. Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: ser (a) usuário do SUS com 18 anos ou mais; (b) não apresentar nenhum diagnóstico de transtorno mental grave, limitação cognitiva severa ou outra condição de saúde que afetasse sua capacidade de responder aos instrumentos da pesquisa. Foram convidados a participar do estudo os usuários cujas enfermeiras previamente haviam autorizado que seus pacientes fossem avaliados. Estes foram abordados ao sair do atendimento com esta profissional. Após a autorização prévia da enfermeira em ser avaliada, os usuários foram abordados ao sair do atendimento e convidados a participar da pesquisa. Explicou-se o objetivo da pesquisa, que a participação era voluntária, que os dados seriam mantidos em sigilo e que poderiam se retirar do estudo a qualquer momento. Os participantes que consentiram participar preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C). Subsequentemente foram encaminhados a uma sala e requisitados a responder um questionário com informações sociodemográficas, de acompanhamento na unidade e de satisfação com o serviço e a escala CARE considerando o atendimento que haviam acabado de participar. Os participantes que apresentaram dificuldades para ler os instrumentos tiveram o auxílio do pesquisador que fez a leitura dos itens quando necessário.

Análise de dados

Foram efetuadas estatísticas descritivas para caracterizar a amostra de usuários e avaliar a qualidade métrica dos itens. Apenas um questionário foi considerado incompleto (mais de três itens sem respostas) e, portanto, foi eliminado da análise estatística. Na explicação da medida CARE original é indicado excluir questionários com mais de duas pontuações na opção “não se aplica” ou valores ausente. Em caso de valores ausentes em até dois itens, substitui-se pela pontuação média dos demais itens (Mercer et al., 2005). A partir dessas recomendações,

apenas um questionário foi invalidado. Sendo assim, a amostra final foi de 166.

Para verificar a adequação da AFE, utilizaram-se os testes de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e o teste de esfericidade de Bartlett. A escolha por esse método se deve a distribuição não normal da amostra conforme pode ser verificado pelos testes de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,001$) e Shapiro-Wilk ($p < 0,001$). Para confirmar a quantidade de fatores a serem extraídos, aplicou-se o método de Principais Eixos Fatoriais (PAF), visto ser um método robusto frente a violação dos supostos de normalidade multivariada (Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999). A tomada de decisão sobre quantos fatores reter foi confirmada mediante a aplicação do método de Análise Paralela (*Paralell Analysis*; Horn, 1965). Justifica-se a escolha da Análise Paralela pelo fato de diminuir a probabilidade de retenção equivocada de itens por considerar o erro amostral e minimizar a influência do tamanho da amostra e das cargas fatoriais dos itens (Damásio, 2012).

A confiabilidade interna foi avaliada pelo alfa de Cronbach e se a remoção de qualquer um dos itens enfraqueceria o alfa de Cronbach. A homogeneidade foi examinada pelas correlações item-total corrigidas. A validade convergente foi analisada por meio da correlação de Spearman comparando os escores da CARE com a satisfação dos pacientes com a unidade e a consulta, visto que em termos teóricos e empíricos existem evidências que a satisfação percebida está relacionada com a empatia percebida (p. ex., Bikker et al., 2017; Gerace et al., 2018; Lelorain et al., 2012). Para avaliar essa associação, utilizou-se a correlação de Spearman considerando a não distribuição normal das variáveis.

Teste de Mann-Whitney foi utilizado para investigar diferenças entre grupos nos escores da CARE em relação à variável dicotômica sexo. Kruskal Wallis foi empregado para verificar diferenças nos escores da CARE em relação a raça (não incluído “Indígena”, com apenas quatro participantes), nível educacional (excluída a categoria analfabeta por contar com apenas dois participantes) e renda familiar mensal. A variável nível educacional foi categorizada em: ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo e ensino superior (abarcando ensino superior incompleto, completo e pós-graduação). Renda familiar foi reagrupada considerando o número de participantes em cada categoria. Sendo assim, a variável foi organizada em quatro grupos: renda familiar até R\$ 1000,00, de R\$ 1001,00 a R\$ 2000,00, de R\$ 2001,00 a R\$ 3000,00 e acima de R\$ 3000,00. Utilizou-se a correção de Bonferroni com a finalidade de comparar os grupos. Para não inflacionar a taxa de erro do Tipo I com a realização de múltiplos testes de Mann-Whitney, utilizou-se um valor crítico de 0,05 dividido pelo número de comparações que foram efetuadas (Field, 2009). O tamanho de efeito (r) foi calculado segundo a equação de Rosnow e

Rosenthal (2005). As análises estatísticas foram efetuadas pelo programa estatístico PASW Statistics, versão 18 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

Considerações éticas

O estudo atendeu a regulamentação ética para pesquisas com seres humanos. O projeto foi apresentado à gestão do município de Porto Alegre, obtendo sua anuência para a implementação e foi também submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande do Sul (CAAE: 66152017.6.0000.5334). Os participantes receberam informação detalhada sobre a pesquisa e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados individuais foram armazenados pela plataforma de pesquisa online Survey Monkey® (<https://pt.surveymonkey.com/>), ficando disponíveis apenas para os pesquisadores.

Resultados

Histórico de acompanhamento e satisfação com o atendimento

Quanto ao histórico de acompanhamento 29,2% dos participantes responderam que são atendidos pela enfermeira mais de uma vez ao mês, enquanto 28,3% da amostra informou que são atendidos a cada três meses. Referente à quantidade de vezes que já haviam sido atendidos pela profissional, 27,1% informou que apenas uma vez, seguido de 15,7% e 13,3% que responderam duas e três vezes respectivamente. Mais da metade dos participantes (56,6%) foi atendido sem ter sido agendado previamente. Com relação a satisfação, predominam opiniões de que é fácil conseguir atendimento (63,5%), de que estavam satisfeitos com o tempo que esperaram para ser atendidos (56,3%), de que foram bem acolhidos no momento que chegaram na unidade de saúde (62,9%) e classificaram o atendimento que haviam acabado de ter como muito bom (59,3%) e bom (39,5%). Avaliam ainda a equipe de saúde como competente (52,1%), acreditando que têm uma relação boa com esta (65,9%) e estão satisfeitos com as condições físicas da unidade (52,7%). A média que durou o atendimento foi de 17,5 minutos.

Análise descritivos dos itens, efeitos solo e teto dos escores da CARE

A média obtida com o escore total da CARE foi de 40,84 ($DP = 7,78$), com pontuação mínima de 17 e pontuação máxima de 50. A mediana foi de 41,00 e a moda 50,00. A escala apresentou assimetria (-0,52) e curtose (-0,41) negativas, indicando uma distribuição amostral assimétrica negativa e uma curva achatada, caracterizando a curva como platicúrtica. A Tabela

3 informa a média, desvio padrão e mediana obtida para cada item da escala CARE, assim como o valor mínimo e o valor máximo atribuído a cada um dos dez itens. Para todos itens foram atribuídos valores que variaram de um (valor mínimo) a cinco (valor máximo), exceto para os itens 1, 7 e 8, cujo valor mínimo atribuído foi dois. O item que apresentou menor média foi o item 3 ($M = 3,96$). As análises indicam que houve uma distribuição assimétrica do escore, determinada por 21,1% da amostra ($n = 35$) que obteve a pontuação mais elevada da escala (valor 50), indicando haver efeito teto. Não foram observados valores que indiquem efeito solo (0,6%). A Tabela 4 apresenta a distribuição de respostas para cada item. Verifica-se que todos os itens da escala foram avaliados majoritariamente como positivos, em que a opção “excelente” foi atribuída por no mínimo 40% da amostra para cada um dos itens, seguida pela opção “bom” e “muito bom”. A opção não se aplica variou de 0,0% a 0,6%, estando presente apenas nos itens 7 e 10.

Tabela 3.

Descritivos dos itens e análise de consistência interna da escala CARE (n = 166)

Itens	Média (DP), Mdn	Assimetria	Curtose	Média da escala se o item for deletado	Correlação Item- Total	Alfa de Cronbach se o item for deletado	Alpha de Cronbach
Item 1	4,26 (0,90), 5	-0,747	-0,895	36,50	0,693	0,929	
Item 2	4,07 (0,95), 4	-0,533	-0,807	36,69	0,702	0,928	
Item 3	3,96 (1,04), 4	-0,485	-0,978	36,80	0,716	0,928	
Item 4	4,04 (0,99), 4	-0,545	-0,840	36,72	0,782	0,924	
Item 5	4,00 (0,99), 4	-0,446	-0,943	36,77	0,765	0,925	
Item 6	4,11 (1,03), 5	-0,862	-0,012	36,65	0,761	0,925	
Item 7	4,05 (0,98), 4	-0,723	0,230	36,71	0,765	0,925	
Item 8	4,12 (0,93), 4	-0,599	-0,873	36,65	0,750	0,926	
Item 9	4,10 (0,91), 4	-0,545	-0,640	36,66	0,741	0,926	
Item 10	4,01 (1,05), 4	-0,905	0,573	36,75	0,692	0,929	
							0,933

Tabela 4.

Distribuição dos escores da CARE por item e por opção da escala (n = 166)

	Ruim (%)	Regular (%)	Bom (%)	Muito bom (%)	Excelente (%)	Não se aplica (%)	Missing (%)
Item 1	0 (0,0%)	4 (2,4%)	40 (24,0%)	30 (18,1%)	92 (55,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Item 2	1 (0,6%)	5 (3,0%)	49 (29,3%)	36 (21,6%)	75 (44,9%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)
Item 3	1 (0,6%)	13 (7,8%)	48 (28,7%)	32 (19,2%)	72 (43,1%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)
Item 4	1 (0,6%)	8 (4,8%)	48 (28,7%)	34 (20,4%)	75 (44,9%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)
Item 5	1 (0,6%)	8 (4,8%)	52 (31,1%)	34 (20,4%)	71 (42,5%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)
Item 6	4 (2,4%)	3 (1,8%)	47 (28,1%)	28 (16,8%)	84 (50,3%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)
Item 7	0 (0,0%)	6 (3,6%)	48 (28,7%)	38 (22,8%)	73 (43,7%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)
Item 8	0 (0,0%)	8 (4,8%)	40 (24,0%)	42 (25,1%)	76 (45,4%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)
Item 9	1 (0,6%)	3 (1,8%)	46 (27,5%)	44 (26,3%)	72 (43,1%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)
Item 10	3 (1,8%)	6 (3,6%)	45 (26,9%)	38 (22,8%)	73 (43,7%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)

Evidências de validade relacionadas ao construto: Análise Fatorial Exploratória

A matriz de correlação apresentou resultados significativos entre todos os itens ($p < 0,001$), não havendo correlações entre os itens superiores a 0,66. A realização da AFE se mostrou adequada conforme observado pelos testes de KMO (0,945) e de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$). Conforme Kaiser (1974), valores do índice de KMO acima de 0,9 são excelentes, indicando que a AFE é apropriada. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou um valor significativo ($p < 0,001$), indicando que a matriz de correlação não é igual à matriz de identidade. Ambos os resultados demonstram que a utilização da AFE é adequada.

Confirmada a adequação da AFE, investigou-se a estrutura interna da escala utilizando como método de extração de fatores PAF. Baseado na literatura e nos estudos psicométricos da escala CARE que encontraram somente uma dimensão (Ahlforn et al., 2017; Aomatsu et al., 2013; Bernardo et al., 2018; Bikker et al., 2017; Chen, Chin, Fung, Wong, & Tsang, 2015; Dijk et al., 2017; Fung et al., 2009; Mercer et al., 2005; Mercer et al., 2007; Mercer & Murphy, 2008; Wirtz et al., 2010), assumiu-se a hipótese de unidimensionalidade da escala, indicando a opção de rotação oblíqua caso fossem possíveis obter fatores correlacionados. Para corroborar a quantidade de fatores a serem retidos foi efetuado o teste de Análises Paralelas, confirmando a unifatorialidade conforme observado na Tabela 5. Observa-se que quando os valores dos dados reais da escala foram comparados com os dos dados aleatórios, foi retido apenas um fator visto que o autovalor do dado real era maior que dos dados aleatórios. A Tabela 6 apresenta os resultados da análise com os principais eixos fatoriais, também demonstrando a unifatorialidade. Observa-se que os itens carregaram em apenas um fator e apresentam cargas variando de 0,71 a 0,81, explicando 58,65% da variância.

Tabela 5.

Resultado da Análise Paralela Utilizando-se a Simulação Tipo Monte-Carlo (n = 166)

Número de Fatores	Autovalor real	Autovalor aleatório
1	5,858	0,605
2	0,260	0,429*
3	0,104	0,314*
4	0,086	0,213*
5	-0,002	0,128*
6	-0,045	0,048*
7	-0,055	-0,019*
8	-0,094	-0,093*
9	-0,138	-0,162*
10	-0,157	-0,231*

Nota. * Autovalor aleatório que supera o autovalor real.

Tabela 6.

Estrutura Interna da Escala CARE Brasileira: análise fatorial exploratória (n = 166)

	Fator
	Fator um
1. Deixar você à vontade (sendo gentil e amigável, tratando você com respeito; sem ser frio(a) ou ríspido(a))	0,718
2. Deixar você contar sua “história” (dando tempo para você descrever sua doença completamente, com suas próprias palavras; sem lhe interromper ou distrair)	0,728
3. Realmente ouvir (prestando atenção no que você dizia; sem ficar olhando nas anotações ou no computador enquanto você falava)	0,745
4. Estar interessado em sua pessoa como um todo (perguntando ou sabendo detalhes importantes da sua vida, sua situação; sem lhe tratar “apenas como um número”)	0,813
5. Entender plenamente suas preocupações (demonstrando que ele ou ela tinha entendido corretamente suas preocupações; não esquecendo ou desconsiderando nada)	0,794
6. Mostrar cuidado e compaixão (demonstrando estar genuinamente preocupado, relacionando-se com você em um nível humano não sendo indiferente ou insensível)	0,790
7. Ser positivo (tendo uma abordagem e uma atitude positivas; sendo honesto(a), sem ser negativo(a) sobre os seus problemas)	0,797
8. Explicar as coisas claramente (respondendo completamente suas questões, explicando claramente, dando informações adequadas para você; não sendo vago)	0,778
9. Ajudar você a manter o controle (conversando sobre o que você pode fazer para melhorar sua saúde; encorajando ao invés de ficar “dando sermão”)	0,768
10. Planejar junto com você o que será feito (conversando sobre as possibilidades, envolvendo você nas decisões na medida em que você quer estar envolvido(a); não ignorando os seus pontos de vista)	0,720

Confiabilidade: análise da consistência interna

Os valores referentes à confiabilidade interna estão representados na Tabela 3. Observa-se que o valor obtido com o alfa de Cronbach (0,933) é considerado elevado e os valores na coluna “Alfa de Cronbach se o item for deletado” indicam que nenhum dos itens aumentará a confiabilidade caso sejam retirados já que todos os valores dessa coluna são menores que a confiabilidade global (Field, 2009). As correlações item-total corrigidas variaram de 0,692 a 0,782, o que sugere homogeneidade e são valores aceitáveis visto que todos estão acima de 0,3 (Field, 2009).

Evidências de validade relacionadas ao construto: validade convergente

Para avaliar a validade convergente se utilizou o escore global da CARE com os itens que avaliavam a satisfação do usuário. A Tabela 7 apresenta os dados do questionário de satisfação dos usuários com a unidade de saúde e com o atendimento e o resultado da correlação (Spearman) com o escore total da CARE. Verifica-se que apenas o item “De 1 a 5, quanto você recomendaria hoje a unidade de saúde para amigos e familiares, sendo 1 para um nível menor de recomendação e 5 para maior?” não está associada com a percepção de empatia da profissional pelo usuário.

Tabela 7.

Correlação entre o escore total da CARE e o questionário de satisfação (n = 166)

Indicadores de satisfação	Escore CARE Total
Qual é a sua opinião sobre o grau de facilidade de conseguir a consulta de hoje? (1 a 5)	0,27 ($p = 0,001$)
O quanto você está satisfeito com o tempo que esperou na unidade hoje para consultar? (1 a 5)	0,18 ($p = 0,016$)
Como foi, como um todo, a consulta que acaba de ter? (1 a 5)	0,481 ($p = 0,000$)
Como você avalia a competência da equipe da unidade como um todo? (1 a 5)	0,23 ($p = 0,002$)
O que você acha da sua relação com a equipe da unidade de saúde como um todo? (1 a 5)	0,34 ($p = 0,000$)
Qual o seu grau de satisfação com as condições físicas e o conforto da unidade de saúde (1 a 5)	0,17 ($p = 0,024$)
De 1 a 5, quanto você recomendaria hoje a unidade de saúde para amigos e familiares, sendo 1 para um nível menor de recomendação e 5 para maior? (1 a 5)	0,14 ($p = 0,056$)

Efeitos das variáveis sociodemográficas sobre o escore da CARE

Homens (Mediana = 78,95) e mulheres (Mediana = 84,19) não diferiram nos escores atribuídos na CARE ($U = 1484,00$, $p = 0,632$), sugerindo que o gênero do usuário não influenciou na percepção de empatia. Constatou-se um efeito significativo da raça na percepção de empatia da profissional pelo usuário ($H(1) = 7,38$, $p = 0,001$). Testes de Mann-Whitney foram utilizados para acompanhamento desse achado. Uma correção de Bonferroni foi aplicada e todos os efeitos foram testados no nível de 0,016 de significância. Usuários autodeclarados pretos avaliaram as enfermeiras como menos empáticas (Mediana = 38,74) quando comparados a usuários autodeclarados pardos (Mediana = 55,19) ($U = 622,00$, $p = 0,003$, $r = -0,02$). O mesmo resultado foi verificado quando usuários pretos (Mediana = 49,35) foram comparados aos brancos (Mediana = 72,32) ($U = 1184,50$, $p = 0,000$, $r = -0,02$). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre usuários pardos (Mediana = 51,86) e brancos (Mediana = 57,85) ($U = 1216,00$, $p = 0,524$).

Resultados também mostraram uma associação significativa entre a CARE e a renda familiar do usuário ($H(3) = 11,16$, $p = 0,001$). Testes de Mann-Whitney foram utilizados para acompanhamento desse achado. Uma correção de Bonferroni foi aplicada e todos os efeitos foram testados no nível de 0,012 de significância. Parece não haver diferenças na percepção de empatia da profissional entre os usuários que recebem até R\$1000,00 (Mediana = 19,40) e aqueles que recebem de R\$1001,00 a R\$2000,00 (Mediana = 25,24) ($U = 139,00$, $p = 0,231$). No entanto, usuários que recebem até R\$1000,00 (Mediana = 12,60) evidenciaram menores índices de empatia percebida da profissional quando comparados com aqueles que recebem de R\$ R\$2001,00 a R\$3000,00 (Mediana = 24,28) ($U = 71,00$, $p = 0,008$, $r = -0,06$). Também se averiguou o mesmo resultado quando participantes que recebem até R\$1000,00 (Mediana = 10,10) foram comparados aos que recebem salários superior a R\$3000,00 (Mediana = 19,41) ($U = 46,00$, $p = 0,009$, $r = -0,08$). Tais resultados indicam que quanto maior a renda, maior a percepção de empatia da enfermeira pelo usuário.

Foi observada uma associação entre a CARE e o nível de escolaridade do usuário ($H(4) = 11,04$, $p = 0,026$). Testes de Mann-Whitney foram utilizados para acompanhamento desse achado. Uma correção de Bonferroni foi aplicada e todos os efeitos foram testados no nível de 0,012 de significância. Participantes com ensino fundamental incompleto não diferiram na CARE (Mediana = 40,17) quando comparados aos participantes com ensino fundamental completo (Mediana = 41,36) ($U = 619,00$, $p = 0,838$). Contudo, diferenças foram observadas quando usuários com ensino fundamental incompleto (Mediana = 42,49) foram comparados aos de ensino médio incompleto (Mediana = 56,57) ($U = 753,50$, $p = 0,009$, $r = -0,02$) e quando participantes com ensino fundamental incompleto (Mediana = 41,42) foram contrastados aos

participantes com ensino médio completo (Mediana = 56,49) ($U = 720,50$, $p = 0,012$, $r = -0,02$), indicando que à medida que aumentavam os níveis de escolaridade do usuário também eram atribuídos maiores índices de empatia à enfermeira. Contudo, não houve diferença entre participantes com ensino superior (Mediana = 38,75) e com ensino fundamental incompleto (Mediana = 34,83) ($U = 309,00$, $p = 0,542$). Em resumo, os escores da CARE não diferiram em função do gênero, porém apresentaram variação em função da raça, renda e escolaridade da pessoa avaliada neste estudo.

Discussão

Este trabalho analisou as propriedades psicométricas da escala CARE com uma amostra de enfermeiras da APS do município de Porto Alegre. Os resultados encontrados indicam que a escala atendeu aos critérios psicométricos mínimos esperados para que possa ser utilizada em contextos de pesquisa com essa população. O instrumento apresentou bons índices de confiabilidade e se caracteriza como uma medida unidimensional, visto que os dez itens carregaram em um único fator. Este resultado condiz com os encontrados pelos demais estudos psicométricos da escala (Ahlborn et al, 2017; Aomatsu et al., 2013; Bernardo et al., 2018; Bikker et al., 2017; Chen et al., 2015; Dijk et al., 2017; Fung et al., 2009; Mercer et al., 2005; Mercer et al., 2007; Mercer & Murphy, 2008; Wirtz et al., 2010). Destaca-se que apenas um único estudo dos doze identificados na literatura encontrou que a medida seria multidimensional (Hanževački, Jakovina, Bajić, Tomac, & Mercer, 2015).

A média obtida se assemelha ao observado pelos demais pesquisadores (Ahlborn et al, 2017; Aomatsu et al., 2013; Bernardo et al., 2018; Bikker et al., 2017; Chen et al., 2015; Dijk et al., 2017; Fung et al., 2009; Mercer et al., 2005; Mercer et al., 2007; Mercer & Murphy, 2008; Wirtz et al., 2010), variando de 31,46 a 47,8, sugerindo que os usuários avaliam as profissionais de saúde de forma extremamente positiva nos diferentes contextos e países em que a medida foi estudada. Semelhante resultado pode ser devido a distribuição dos escores da CARE. O item “ruim” recebe a pontuação 1, enquanto o item “regular” recebe 2. “Bom”, “muito bom” e “excelente” recebem os escores 3, 4 e 5 respectivamente. A escala, assim, conta apenas com um item com conotação negativa, um item intermediário – “regular” – e três itens com sentidos positivos, ocasionando que o instrumento tenha médias elevadas e que a avaliação do profissional seja positiva.

Nesse estudo, o gênero do usuário não mostrou estar associado à percepção de empatia da enfermeira, ao contrário das variáveis raça, nível socioeconômico e nível educacional. Dos

estudos psicométricos realizados com a CARE, apenas sete investigaram o possível impacto de variáveis sociodemográficas na percepção de empatia do profissional (Ahlborn et al., 2017; Aomatsu et al., 2013; Bikker et al., 2017; Dijk et al., 2017; Fung et al., 2009; Mercer, et al., 2005; Mercer et al., 2007). No entanto, resultados distintos foram obtidos por cada um dos pesquisadores. Por exemplo, Ahlborn et al. (2017), Aomatsu et al. (2013), Bikker et al. (2017), Dijk et al. (2017) e Fung et al. (2009) observaram não haver associações entre a percepção de empatia do profissional pelo usuário e variáveis sociodemográficas. Já as pesquisas de Mercer e colaboradores encontraram associações da CARE com a idade (Mercer et al., 2005; 2007), sendo que em um segundo estudo observou haver uma relação entre a raça e o escore da Medida CARE (Mercer et al., 2007).

Contatou-se que usuários autodeclarados pretos percebem a profissional de saúde como menos empática quando comparados com usuários autodeclarados pardos e brancos. Ofertar atendimento distinto por questões raciais já é uma prática apontada na literatura. Rossen, Johnsen, Deladisma, Lind e Lok (2008) observaram que estudantes de medicina caucasianos demonstravam mais comportamentos empáticos direcionados para pacientes caucasianos quando comparados aos pacientes afro-americanos. Uma possível explicação seria a maior probabilidade dos profissionais associarem pacientes pretos com cooperação reduzida com procedimentos quando comparados aos pacientes caucasianos (Maina, Belton, Ginzberg, Singh, & Johnson, 2018).

Apesar da grande maioria dos estudos utilizando a CARE não encontrarem associação entre a medida e níveis socioeconômicos, os resultados obtidos por esta pesquisa verificaram diferenças estatisticamente significativas. Observou-se que usuários que pertenciam ao grupo com menor renda familiar apresentavam menores índices de percepção empática da profissional quando comparados aos demais grupos. Há um estereótipo atribuído a usuários segundo seu nível socioeconômico, em que pessoas com baixa renda apresentariam menos probabilidade de serem percebidos pelos médicos como responsáveis, independentes e inteligentes, assim como mostrariam maiores dificuldades em cumprir os conselhos médicos e retornar para as consultas de acompanhamento (Bernheim, Ross, Krumholz, & Bradley, 2008; Meyers et al., 2006).

Esperava-se uma associação entre o nível educacional e CARE, visto que parte dos estudos que investigam nível educacional e qualidade do cuidado, por exemplo, tendem a encontrar que à medida que o usuário possui maior escolaridade, menores são os escores atribuídos ao profissional quanto à qualidade do cuidado, assim como sua satisfação com o atendimento tende a ser menor (Brandão, Giovanella, & Campos, 2013; Dikmen & Yilmaz, 2016; Kewi, Tesema, & Negussie, 2018; Molla, Berhe, Shumye, & Adama, 2014). No entanto,

este estudo observou que quanto menor era o nível educacional, menor a empatia percebida. Uma possível explicação para o resultado seria a superestimação do profissional quanto à literacia do paciente. Kelly e Haidet (2007) verificaram que médicos atuantes na APS tenderiam a superestimar o nível de literacia do usuário atendido em até 54% para afro-americanos, 11% para brancos não-hispânicos e 36% para pacientes de outras raças. Tais resultados sugerem que o usuário com menor escolaridade pode não compreender as indicações do profissional, ocasionando a não adesão ao tratamento e uma avaliação negativa do atendimento.

Ressalta-se que os participantes com maior escolaridade – ensino superior completo – também avaliaram as profissionais como menos empáticas quando comparados aos participantes com ensino médio completo. Sugere-se que esses resultados possam ser devido a que pessoas com escolaridade média compreendam mais tanto a proposta do atendimento na APS quanto às indicações do profissional quando comparadas as pessoas com ensino fundamental. No entanto, pessoas com alto nível educacional podem esperar um padrão de atendimento mais alto (Kewi et al., 2018), assim como também possuem conhecimento adequado em saúde (Chen, Huang, Yang, & Lew-Ting, 2014). Dessa forma, pode haver uma associação entre literacia do usuário e nível socioeducacional, em que menores níveis de escolaridade estariam associados a menor juízo de valor e maior condescendência (Brandão et al., 2013), levando a uma avaliação positiva do cuidado em saúde e de empatia do profissional pelo usuário. Contudo à medida que o conhecimento é muito alto, maior pode ser a capacidade crítica do usuário e, assim, ter maior expectativa e avaliar o atendimento de uma forma mais criteriosa quando comparado aos usuários com menor escolaridade (Kewi et al., 2018; Molla et al., 2014).

Observa-se, assim, que essas disparidades nos atendimentos são percebidas pelos usuários atendidos (Arpey, Gaglioti, & Rosenbaum, 2017; Mercer et al., 2016; Pettit et al., 2017) que citam que os principais aspectos que afetam os cuidados em saúde seriam: tratamento fornecido, acesso aos cuidados e interações paciente-profissional da saúde. Segundo os usuários, seu status socioeconômico baixo afeta os tipos de medicamentos prescritos pelos médicos, em que medicamentos genéricos predominam e podem ser vistos como menos eficazes. Há também diferenças percebidas referente à frequência na comunicação, na qual os profissionais não ouvem o que estava sendo discutido ou não respondem às perguntas (Arpey et al., 2017).

Ressalta-se a importância desses resultados principalmente considerando que pessoas nos grupos com menor status socioeconômico são mais propensas a ter pior saúde autorrelatada (Wada, Higuchi, & Smith, 2015), menor expectativa de vida (Signorello et al., 2014) e

apresentam maiores probabilidades de sofrer por condições crônicas quando comparadas com as de maior status socioeconômico (Janati, Matlabi, Allahverdipour, Gholizadeh, & Abdollahi, 2011). Portanto, reconhecer as disparidades no cuidado e as consequências para a saúde desses grupos populacionais é fundamental, afinal caso o usuário perceba que os cuidados são distintos devido a questões sociodemográficas pode acarretar na perda de confiança no sistema de saúde e em seu cuidador (Arpey et al., 2017; Derksen et al., 2017).

No que se refere a satisfação do usuário, averiguou-se uma associação positiva com o escore da CARE, indicando que quanto mais empática o usuário percebeu a enfermeira que lhe atendeu maiores foram seus níveis de satisfação. Tal resultado já era esperado conforme evidências encontradas na literatura (Bikker et al., 2017; Gerace et al., 2018; Lelorain et al., 2012). Entre os itens que avaliavam empatia, alguns eram direcionados a satisfação com a competência da equipe, com a estrutura da unidade de saúde, com a relação a equipe atuante no serviço, assim, itens que demandavam uma avaliação global por parte do usuário considerando seu histórico no serviço. Contudo, o usuário também respondeu questões de satisfação direcionadas ao acompanhamento atual, como o item “Como foi, como um todo, a consulta que acaba de ter?”, sendo o item que apresentou correlação mais forte com a CARE.

Apesar dos resultados positivos encontrados entre os diferentes itens que avaliam satisfação, o usuário não recomendaria a unidade para seus amigos e familiares, o que levanta o questionamento de quais aspectos são relevantes, seja do atendimento, seja da unidade de saúde para que o usuário indique o local. Destaca-se que fatores como ausência de alinhamento sobre a estrutura e os fluxos de funcionamento do sistema de saúde, barreiras geográficas, referência e contrarreferência a outros serviços e profissionais pode impactar negativamente na relação do profissional com o usuário e no acesso deste aos serviços de saúde (Viegas, Carmo, & Luz, 2015), sugerindo que pode haver inúmeros outros fatores associados ao fato do usuário se sentir satisfeito e recomendar a unidade de saúde. Assim, a CARE não estar associada estatisticamente com esse item demonstra que, apesar da empatia ser um elemento essencial para o atendimento, o fato de indicar ou não a unidade de saúde depende de outras condições.

Considerando as hipóteses iniciais da pesquisa, em sua grande maioria estas foram confirmadas. Encontrou-se que a medida apresenta uma estrutura unidimensional, que o nível de fidedignidade foi adequado, que houve uma associação das variáveis sociodemográficas com o escore da CARE – raça, nível socioeconômico e nível educacional; assim como uma associação entre os escores da CARE com a satisfação com o atendimento.

Limitações e potencialidades do estudo

Como limitação, inclui-se a distribuição amostral com presença majoritária de participantes do sexo feminino. Também não foi possível avaliar medidas de convergência – outras que não fossem a satisfação – e de divergência dadas as escassas possibilidades de medidas deste tipo validadas no Brasil. Destaca-se que a realização da coleta em determinado serviço ocorreu após 36 enfermeiras(os) se voluntariarem para serem avaliados pela CARE. Considerando este aspecto, os dados da CARE podem não ser representativos, visto que as profissionais que aceitaram participar podem ser aquelas que se percebem como mais empáticas e que acreditam ser avaliadas positivamente pelo usuário. Também se pontua que o conhecimento de que seriam avaliadas após a consulta pode ter influenciado a forma como atenderam no respectivo dia.

Considera-se como potencialidades a inserção de perguntas gerais sobre a satisfação da consulta, se o paciente recomendaria ou não o médico à família ou amigos, assim como perguntas sociodemográficas com o intuito de compreender e esclarecer a possível associação entre essas variáveis e a CARE, tendo em vista que apenas outros seis estudos psicométricos da CARE procuraram verificar essa associação, sendo que resultados divergentes foram constatados. O estudo psicométrico também utilizou uma amostra que atua em diferentes unidades de saúde, localizadas em diferentes gerências distritais de saúde do município de Porto Alegre, favorecendo a diversidade da amostra.

Conclusões

A empatia é um elemento determinante e indicador relevante da interação entre o profissional de saúde e usuário. À vista disso, instrumentos com adequados índices psicométricos para avaliar esse construto são necessários. A medida CARE foi desenvolvida a partir de uma base teórica, sendo continuamente estudada em diferentes contextos de atenção à saúde, assim como sendo pesquisada para ser utilizada em distintos países. Os resultados encontrados nesse estudo indicam que a escala atendeu aos critérios psicométricos mínimos esperados para que possa ser utilizada em contextos de pesquisa com enfermeiras(os) da APS. Ressalta-se que esse estudo encontrou associações entre a CARE e fatores sociodemográficos. Indica-se assim que demais pesquisas investiguem o possível impacto dessas variáveis na percepção de empatia do profissional pelo usuário. Com a CARE apta para ser utilizada com enfermeiras(os) da APS, salienta-se a relevância de medidas que avaliem a empatia, podendo assim: (a) investigar a percepção individual dos usuários sobre a empatia dos profissionais da

enfermagem da APS do Brasil e (b) obter uma medida para enfermeiras(os) individualmente, agregando os dados de um grupo representativo de usuários atendidos, fornecendo um feedback para o profissional quanto a sua atuação.

REFERENCIAS

- Agardh, E., Allebeck, P., Hallqvist, J., Moradi, T., & Sidorchuk, A. (2011). Type 2 Ahlforn, K. C., Horwitz, E. B., & Osika, W. (2017). A Swedish version of the Consultation and Relational Empathy (CARE) measure. *Scandinavian journal of primary health care*, 35(3), 286-292. DOI: 10.1080/02813432.2017.1358853
- Amaral, D. M. (2007). *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde* (Tese de doutorado). Faculdade de Saúde Coletiva - Ciências Humanas e Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1955_1935_amaraldaniela.pdf
- Aomatsu, M., Abe, H., Abe, C., Yasui, H., Suzuki, T., Sato, J., Ban, N., & Mercer, S. W. (2013). Validity and reliability of the Japanese version of the CARE Measure in a general medicine outpatient setting. *Family Practice*, 31(1), 118-126. DOI: 10.1093/fampra/cmt053
- Arpey, N. C., Gaglioti, A. H., & Rosenbaum, M. E. (2017). How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health*, 8(3), 169-175. DOI: 10.1177/2150131917697439
- Aydin, Er. R., Sehiralti, M., & Akpınar, A. (2017). Attributes of a good nurse: The opinions of nursing students. *Nursing Ethics*, 24(2), 238-250. DOI: 10.1177/0969733015595543
- Barret-Lennard, G. The empathy cycle; refinement of a nuclear concept. (1981). *J Counsell Psychol*, 28(2), 91-100. DOI: 10.1037/0022-0167.28.2.91
- Bernardo, M. O., Cecílio-Fernandes, D., Costa, P., Quince, T. A., Costa, M. J., & Carvalho-Filho, M. A. (2018). Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS One*, 13(5), 1-13. DOI: 10.1371/journal.pone.0198488
- Bernheim, S. M., Ross, J. S., Krumholz, H. M., & Bradley, E. H. (2008). Influence of patients' socioeconomic status on clinical management decisions: a qualitative study. *Annals of family medicine*, 6(1), 53-59. DOI:10.1370/afm.749
- Bikker, A. P., Fitzpatrick, B., Murphy, D., Forster, L., & Mercer, S. W. (2017). Assessing the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in sexual health nurses' consultations. *BMC Nursing*, 16(71), 1-9. DOI 10.1186/s12912-017-0265-8
- Birhanu, Z., Assefa, T., Woldie, M., & Morankar, S. (2012). Predictors of perceived empathy among patients visiting primary health-care centers in central Ethiopia. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(2), 161-168. DOI: 10.1093/intqhc/mzs001
- Brandão, A. L. D. R. B., Giovanella, L., & Campos, C. E. A. (2013). Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 103-114. DOI: 10.1590/S1413-81232013000100012

- Chen, G. D., Huang, C. N., Yang, Y. S., & Lew-Ting, C. Y. (2014). Patient perception of understanding health education and instructions has moderating effect on glycemic control. *BMC public health, 14*(1), 1-9. DOI: 10.1186/1471-2458-14-683.
- Chen, J. Y., Chin, W. Y., Fung, C. S., Wong, C. K., & Tsang, J. P. (2015). Assessing medical student empathy in a family medicine clinical test: validity of the CARE measure. *Medical education online, 20*(1), 1-7. DOI: 10.3402/meo.v20.27346
- Choi, S. M., Lee, J., Park, Y. S., Lee, C-H., Lee, S-M., & Yim, J. J. (2016). Effect of Verbal Empathy and Touch on Anxiety Relief in Patients Undergoing Flexible Bronchoscopy: Can Empathy Reduce Patients' Anxiety? *Respiration, 92*(6), 380-388. DOI: 10.1159/000450960
- Cohen-Cole S., A. & Bird, J. Building rapport and responding to patient's emotions. (1991). In: S. A. Cohen-Cole (Ed.). *The medical interview: the three-function approach* (pp. 21-27). St Louis: Mosby Year Book.
- Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., & Meneghini, A. M. (2012). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing, 21*(13-14), 2016-2025. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica, 11*(2), 213-228.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology, 44*(1), 113-136. DOI: 10.1037/0022-3514.44.1.113
- Derksen, F., Hartman, T. C. O., van Dijk, A., Plouvier, A., Bensing, J., & Lagro- Janssen, A. (2017). Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. *Patient education and counseling, 100*(5), 987-993. DOI: 10.1016/j.pec.2016.12.003
- Dijk, I., Scholten, M., L., N., Lucassen, P. L., Mercer, S. W., van Weel, C., & Speckens, A. E. (2017). Reliability and validity of the Dutch version of the Consultation and Relational Empathy Measure in primary care. *Family practice, 34*(1), 119-124. DOI: 10.1093/fampra/cmw116
- Dikmen, Y., & Yılmaz, D. (2016). Patient's Perceptions of Nursing Care-A Descriptive Study from Turkey. *Ann Nurs Pract, 3*(3), 1-5. Recuperado de <https://www.jsimedcentral.com/Nursing/nursing-3-1048.pdf>
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods, 4*(3), 272-299. DOI: 10.1037/1082-989x.4.3.272
- Field, A. (2009). *Descobrimos a estatística usando o SPSS-2*. Bookman Editora.
- Flickinger, T. E., Saha, S., Roter, D., Korthuis, P. T., Sharp, V., Cohn, J., Eggly, S., Moore, R.

- D., & Beach, M. C. (2016). Clinician empathy is associated with differences in patient–clinician communication behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. *Patient Education and Counseling*, 99(2), 220-226. DOI: 10.1016/j.pec.2015.09.001
- Forgiarini, M., Gallucci, M., & Maravita, A. (2011). Racism and the empathy for pain on our skin. *Frontiers in Psychology*, 2(108), 1-7. DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00108
- Fung, C. S. C., Hua, A., Tam, L., & Mercer, S. W. (2009). Reliability and validity of the Chinese version of the CARE Measure in a primary care setting in Hong Kong. *Family Practice*, 26(5), 398-406. DOI: 10.1093/fampra/cmp044
- Gerace, A., Oster, C., O’Kane, D., Hayman, C. L., & Muir-Cochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse–consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing* 27(1), 92-105. DOI: 10.1111/inm.12298
- Hanževački, M., Jakovina, T., Bajić, Z., Tomac, A., & Mercer, S. W. (2015). Reliability and validity of the Croatian version of Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in primary care setting. *Croatian Medical Journal*, 56(1), 50-56. DOI: 10.3325/cmj.2015.56.50
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185. DOI: 10.1007/BF02289447
- Izquierdo, I., Olea, J., & Abad, F. J. (2014). Exploratory factor analysis in validation studies: uses and recommendations. *Psicothema*, 26(3), 395-400. DOI: 10.7334/psicothema2013.349.
- Janati, A., Matlabi, H., Allahverdipour, H., Gholizadeh, M., & Abdollahi, L. (2011). Socioeconomic status and coronary heart disease. *Health promotion perspectives*, 1(2), 105-110. DOI:10.5681/hpp.2011.011
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. DOI: 10.1007/BF02291575
- Kelly, P. A., & Haidet, P. (2007). Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. *Patient education and counseling*, 66(1), 119-122. DOI: 10.1016/j.pec.2006.10.007
- Kewi, S. Y., Tesema, A. A., & Negussie, B. B. (2018). Patient's Perception towards Quality of Nursing Care in Inpatient Department at Public Hospitals of Benishangul Gumuz Regional State, North West Ethiopia. *J Nurs Care*, 7(467), 2167-1168. DOI: 10.4172/2167-1168.1000467
- Lavras, C. (2011). Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 867-874. DOI: 10.1590/S0104-

12902011000400005

- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, *21*(12), 1255-1264. DOI: 10.1002/pon.2115
- Maina, I., Belton, T., Ginzberg, S., Singh, A., & Johnson, T. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science & Medicine*, *199*(1), 219-229. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.05.009
- Mercer, S. W., Hatch, D. J., Murray, A., Murphy, D. J., & Eva, H. W. (2007). Capturing patients' views on communication with anaesthetists: the CARE measure. *Clinical Governance: An International Journal*, *13*(2), 128-137. DOI 10.1108/14777270810867320
- Mercer, S. W., Higgins, M., Bikker, A. M., Fitzpatrick, B., McConnachie, M., Lloyd, S. M., Little, P., & Watt, G. C. M. (2016). General practitioners' empathy and health outcomes: A prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *Annals of Family Medicine*, *14*(2), 117-124. DOI: 10.1370/afm.1910
- Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. M. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, *21*(6), 699-705. DOI: 10.1093/fampra/cmh621
- Mercer, S. W., McConnachie, A., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. M. (2005). Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Family Practice*, *22*(3), 328-334. DOI: 10.1093/fampra/cmh730
- Mercer, S. W., & Murphy, D. J. (2008). Validity and reliability of the CARE measure in secondary care. *Clinical Governance: An International Journal*, *13*(1), 261-283. DOI: 10.1108/14777270810912969
- Meyers, D. S., Mishori, R., McCann, J., Delgado, J., O'Malley, A. S., & Fryer, E. (2006). Primary care physicians' perceptions of the effect of insurance status on clinical decision making. *Ann Fam Med*, *4*(5), 399-402. DOI: 10.1370/afm.574
- Molla, M., Berhe, A., Shumye, A., & Adama, Y. (2014). Assessment of adult patients' satisfaction and associated factors with nursing care in Black Lion Hospital, Ethiopia: Institutional based cross sectional study. *Int J Nurs Midwifery*, *6*(4), 49-57. DOI: 10.5897/IJNM2014.0133
- Okun, B. F., & Kantrowitz, R. E. (2014). *Effective helping: Interviewing and counseling techniques*. Nelson Education.
- Organização Panamericana da Saúde. (2011). *A atenção a saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atencao no SUS - Contribuicoes para o debate*. Brasilia: autor. Recuperado de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1366-a-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-

navegadorsus-n-2-6&category_slug=serie-navegadorsus-239&Itemid=965

- Pettit, K. E., Turner, J. S., Kindrat, J. K., Blythe, G. J., Hasty, G. E., Perkins, A. J., Ashburn-Nardo, L., Milgrom, L. B., Hobgood, C. D., & Cooper, D. D. (2017). Effect of Socioeconomic Status Bias on Medical Student-Patient Interactions Using an Emergency Medicine Simulation. *AEM education and training*, 1(2), 126-131. DOI:10.1002/aet2.10022
- Reynolds, W. J. (2000). *The measurement and development of empathy in nursing*. Ashgate: Aldershot.
- Rosnow, R. L., & Rosenthal, R. (2005). *Beginning behavioral research: A conceptual primer*. (5th Ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rossen, B., Johnsen, K., Deladisma, A., Lind, S., & Lok, B. (2008). Virtual Humans Elicit Skin-Tone Bias Consistent with Real-World Skin-Tone Biases. In H. Prendinge, J. Lester, & M. Ishizuka (Eds). *Intelligent Virtual Agents. IVA 2008. Lecture Notes in Computer Science* (vol. 5208, pp. 237-244). Berlin, Heidelberg: Springer
- Scarpellini, G. R., Capellato, G., Rizzatti, F. G., Silva, G. A., & Baddini-Martinez, J. A. (2014). Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP*, 47(1), 51-58. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v47i1p51-58
- Signorello, L. B., Cohen, S. S., Williams, D. R., Munro, H. M., Hargreaves, M. K., & Blot, W. J. (2014). Socioeconomic status, race, and mortality: a prospective cohort study. *American journal of public health*, 104(12), 98-107. DOI:10.2105/AJPH.2014.302156
- Viegas, A. P. B., Carmo, R. F., & Luz, Z. M. P. D. (2015). Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 100-112. DOI 10.1590/S0104-12902015000100008
- Yang, N., Xiao, H., Cao, Y., Li, S., Yan, H., & Wang, Y. (2018). Influence of oncology nurses' empathy on lung cancer patients' cellular immunity. *Psychology Research and Behavior Management*, 11(1), 279-287. DOI: 10.2147/PRBM.S168649
- Wada, K., Higuchi, Y., & Smith, D. R. (2015). Socioeconomic status and self-reported health among middle-aged Japanese men: results from a nationwide longitudinal study. *BMJ Open*, 5(6), 1-7. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-008178
- Wirtz, M., Boecker, M., Forkmann, T., & Neumann, M. (2011). Evaluation of the "Consultation and Relational Empathy" (CARE) measure by means of Rasch- analysis at the example of cancer patients. *Patient education and counseling*, 82(3), 298-306. DOI: 10.1016/j.pec.2010.12.00

CAPÍTULO III – CONGRUÊNCIA ENTRE A EMPATIA AUTORREFERIDA DE ENFERMEIRAS(OS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE A RELAÇÃO EMPÁTICA

Congruence between the self-reported empathy of nurses in primary health care and the user's perception of the empathic relationship

Resumo

O propósito deste estudo foi investigar se haveria congruência entre a empatia autorreferida por enfermeiras(os) (IRI) com a empatia percebida da profissional pelo usuário (CARE). Participaram do estudo 36 enfermeiras(os) atuantes em 32 unidade de saúde da Atenção Primária do município de Porto Alegre (RS) e 166 usuários atendidos por essas profissionais. Utilizou-se testes de correção de Spearman para verificar a congruência entre a IRI e a CARE, assim como testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis para analisar a associação entre a IRI e a CARE com variáveis sociodemográficas e contextuais do ambiente de trabalho, como o estresse ocupacional e características de atuação das profissionais. Não foram encontradas associações entre a IRI e a CARE ($\rho = 0,41$, $p = 0,596$). No entanto, constatou-se que a percepção do usuário da empatia da profissional variou conforme os níveis de estresse ($H(3) = 9,149$, $p = 0,027$). Destaca-se o impacto que variáveis sociodemográficas têm na percepção de empatia: usuários autodeclarados pretos, com baixo status socioeconômico e menor nível educacional avaliaram as profissionais como sendo menos empáticas, indicando que os usuários percebem um atendimento diferenciado devido a essas condições. Enfermeiras(os) que exercem a função de coordenação na Unidade de Saúde referem menores índices de empatia, o que também é percebido pelos usuários. Reconhecer que o estresse impacta na forma como o profissional expressa empatia, assim como também é uma variável que influencia na forma como o usuário avalia o comportamento empático do profissional possibilita que ações de promoção e prevenção a saúde sejam desenvolvidas no local de trabalho e impactem não somente a saúde do trabalhador, mas também na saúde do usuário atendido.

Palavras-chave: Empatia autorreferida; empatia percebida; estresse ocupacional; enfermagem.

Abstract

The purpose of this study was to investigate whether there would be congruence between the nurse's self-reported empathy (IRI) and the professional's perceived empathy by the user (CARE). The study included 36 nurses working in 32 primary health care centers in the city of Porto Alegre (RS) and 166 users attended by these professionals. Spearman's correlation tests were used to check congruence between IRI and CARE, as well as Mann-Whitney and Kruskal Wallis tests to analyze the association between IRI and CARE with sociodemographic and contextual variables of the work environment, such as occupational stress and work characteristics of professionals. No associations were found between IRI and CARE ($\rho = 0.41$, $p = 0.596$). However, it was found that the user's perception of the professional's empathy varied according to stress levels ($H(3) = 9.149$, $p = 0.027$). The impact that sociodemographic variables have on the perception of empathy is highlighted: black users, people with low socioeconomic status and lower educational level rated professionals as being less empathic, indicating that users perceive differentiated attendance due to these conditions. Professionals who exercise the role of coordinators report lower rates of empathy, which is also perceived by users. Recognizing that stress impacts the way the professional expresses empathy, as well as being a variable that influences the way the user evaluates the professional's empathic behavior allows actions to promote and prevent health to be developed in the workplace and impact not only the health of the worker, but also the health of the user served.

Keywords: Self-reported empathy; perceived empathy; occupational stress; nursing.

Introdução

Empatia se refere às reações de um indivíduo às experiências observadas de outro. Envolve um processo complexo que abarca respostas cognitivas – a capacidade de espontaneamente adotar o ponto de vista psicológico de outro indivíduo conjuntamente com a capacidade de transpor-se imaginativamente para os sentimentos e ações desse outro ser – e respostas emocionais – direcionar sentimento de simpatia e preocupação ao outro, o que pode ocasionar para si próprio sentimentos de ansiedade e desconforto em situações interpessoais tensas (Davis, 1983).

No entanto, no âmbito da saúde, principalmente na relação entre profissional e usuário atendido, a empatia envolve não apenas a capacidade do profissional de compreender a situação, perspectiva e sentimentos do paciente, mas também sua

habilidade em comunicar esse entendimento, averiguando sua acurácia, e a capacidade de agir de forma terapêutica a partir desse entendimento (Monica, 1981; Mercer, McConnachie, Maxwell, Heaney, & Watt, 2005; Reynolds, 1994). Para que o profissional consiga exercer um comportamento empático, é preciso que seja receptivo e entenda o que o usuário está comunicando, transmitindo então seu entendimento e verificando se a percepção sobre a demanda do usuário está correta (Patterson, 1974). A comunicação se torna o ponto central nesse contexto (Reynolds & Scott, 1999). A empatia, assim, caracteriza-se por ser um construto que abarca elementos cognitivos, emocionais, comunicativos e relacionais (Williams, 1990).

Sua relevância para o contexto da saúde é indiscutível. Pesquisas demonstram o impacto que a empatia tem para a satisfação dos usuários atendidos (Bikker, Fitzpatrick, Murphy, Forster, & Mercer, 2017; Gerace, Oster, O’Kane, Hayman, & Muir-Cochrane, 2018; Lelorain, Brédart, Dolbeault, & Sultan, 2012; Wang et al., 2018), nos resultados em saúde de pacientes com câncer (Yang et al., 2018), com diabetes (Hojat et al., 2011), com ansiedade devido a procedimentos médicos (Choi et al., 2016) e na autoeficácia medicamentosa (Flickinger et al., 2016).

Estudos que pesquisam o construto investigam ou a partir da perspectiva do profissional da saúde, avaliando a percepção de seu comportamento empático, ou a partir do panorama do usuário atendido, objetivando compreender sua percepção sobre o profissional que lhe atendeu. Poucos são os pesquisadores que procuraram investigar ambos cenários simultaneamente (Bernardo et al., 2018; Gerace et al., 2018; Glaser, Markan, Adler, McManus, & Hojat, 2007; Hojat et al., 2010; Kane, Gotto, Mangione, West, & Hojat, 2007; Scarpellini, Capellato, Rizzatti, Silva, & Baddini-Martinez, 2014). Pesquisar apenas uma perspectiva limita a compreensão do fenômeno e de possíveis intervenções caso sejam necessárias. Os trabalhadores, por exemplo, podem avaliar sua comunicação empática como adequada, porém os usuários podem ter uma percepção distinta. Considerando apenas o entendimento do profissional, possivelmente se argumentaria não ser necessário trabalhar aspectos de comunicação com este, o que os resultados obtidos com os usuários poderiam contradizer. Entender, assim, se há uma congruência entre as percepções do profissional e do usuário se torna relevante.

Entre alguns elementos que parecem influenciar na forma como usuários percebem e avaliam o profissional de saúde, a literatura destaca fatores sociodemográficos como raça (Forgiarini, Gallucci, & Maravita, 2011; Mercer, Hatch, Murray, Murphy, & Eva, 2007), orientação sexual e identidade de gênero (Amaral, 2007).

Com relação ao profissional, estudos apontam que aspectos pessoais – como gênero (Birhanu, Assefa, Woldie, & Morankar, 2012) e experiência prévia (Grosseman et al., 2014) – e fatores externos, como condições do atendimento – a demanda clínica, tempo limitado (Grosseman et al., 2014) – e o estresse ocupacional (Bry et al., 2015; Park et al., 2015; Soler-Gonzalez, San-Martín, Delgado-Bolton, & Vivanco 2017) são elementos que também parecem intervir na forma como os profissionais expressam a empatia.

Quando comparadas a outras categorias profissionais, enfermeiras são as que apresentam maiores níveis de estresse ocupacional (Latimer et al., 2018; Leonelli et al., 2017; Roque et al., 2015). As inúmeras atividades inerentes à categoria profissional, como assistência integral, planejamento e administração da equipe de saúde, supervisão de estagiários e residentes explicariam essa constatação (Silva et al., 2015). Soma-se a esses aspectos demandas específicas do local de trabalho e do nível de complexidade em que atuam. Na APS demandas abrangendo alcoolismo, depressão, tráfico de substâncias ilícitas e violência são vivenciadas pelos trabalhadores cotidianamente, ocasionando sentimentos de frustração e impotência por se considerarem incapazes de resolver tais demandas (Kanno, Bellodi, & Tess, 2012). Semelhantes condições de trabalho provocam sobrecarga, esgotamento, alta rotatividade, doenças e acidentes de trabalho (Lua, Araújo, Santos, & Almeida, 2018). Considerando as atividades inerentes de enfermeiras, as demandas da comunidade atendida, e os dados observados quanto ao esgotamento destas profissionais (Lua et al., 2018; Silva et al., 2015), observa-se o quanto estas estão expostas a um possível adoecimento devido ao estresse ocupacional.

O estresse ocupacional pode ocorrer quando o trabalhador percebe que demandas existentes no ambiente de trabalho – pressões de natureza psicológica que ocorrem em razão do tempo e da velocidade para realizar tarefas – acabam se sobrepondo ao controle de sua atividade laboral, dificultando a utilização de suas habilidades intelectuais para executar tarefas, assim como dispor de autoridade para decidir como irá realizá-las (Theorell & Karasek, 1996). Acrescenta-se ao panorama a percepção quanto à escassez de apoio social – níveis de interação social existentes no trabalho, tanto com os colegas quanto com os superiores – que também demonstra estar associado ao desenvolvimento do estresse ocupacional (Johnson & Hall, 1988).

Outro fator associado ao estresse ocupacional e produtor de um estado emocional de aflição é a falta de reciprocidade entre o esforço despendido e a recompensa obtida – altos níveis de esforço e baixos níveis de recompensa no ambiente de trabalho. Considera-se também não apenas as características do local de trabalho, mas diferenças individuais

de cada trabalhador. Quando o profissional apresenta um alto padrão motivacional de engajamento no trabalho e uma alta necessidade de aprovação pode resultar em maior risco à saúde, visto que por serem mais comprometidos podem se implicar em atividades que demandem muito ou excedam seus esforços além do que é preciso. Portanto, é um elemento de risco psicológico (Siegrist, 1996).

Sabendo a importância da empatia no contexto de saúde, observa-se a necessidade de entender tanto a perspectiva do profissional de sua capacidade de atuação empática quanto à percepção do usuário atendido por este profissional, buscando averiguar se são percepções compatíveis. Da mesma forma, torna-se essencial analisar demais variáveis que possam estar influenciando a empatia autorreferida do profissional e a empatia percebida do usuário, como características sociodemográficas, assim como também contextuais do espaço de trabalho, como o estresse ocupacional, visto ser um elemento presente no cotidiano desses trabalhadores.

A partir dessas considerações, este estudo se propõe a investigar se há congruência entre a empatia autorreferida por enfermeiras(os) da APS (IRI) e a percepção do usuário sobre a empatia da profissional (CARE). Como objetivos específicos, destacam-se: a) averiguar a relação entre empatia autorrelatada (IRI) por enfermeiras(os) da APS e o estresse ocupacional, conjuntamente a características sociodemográficas da profissional e condições do trabalho; b) explorar a relação entre empatia percebida pelo usuário da(o) enfermeira(o) (CARE) da APS e a características sociodemográficas do usuário, histórico de acompanhamento e características da profissional; c) pesquisar a relação entre empatia autorrelatada (IRI) por enfermeiras(os) da APS e a percepção do usuário sobre a empatia (CARE) da profissional, considerando fatores contextuais (ex., níveis de estresse ocupacional).

Observando que os resultados encontrados na literatura sobre a possível associação entre a empatia autorreferida e a empatia percebida pelo usuário são divergentes, assim como poucos estudiosos ainda exploraram a relação entre empatia e estresse, hipóteses exploratórias foram elaboradas com a finalidade de estruturar o projeto. Espera-se assim: a) uma associação positiva entre a empatia autorreferida de enfermeiras(os) e a empatia percebida dos usuários atendidos; b) uma associação negativa entre o estresse ocupacional e a empatia autorreferida por enfermeiras(os); c) que os usuários percebam as enfermeiras(os) menos empáticas(os) quando estas(es) apresentam níveis elevados de estresse.

Método

Participantes

Participaram do estudo trinta e seis enfermeiras(os), sendo 80,8% do sexo feminino, majoritariamente autodeclaradas brancas (83,8%) e com idade média de 35,5 anos ($DP = 6,28$). No total, foram coletados dados em 32 unidades de saúde, sendo estas unidades distribuídas em sete gerências distritais. As profissionais atenderam 166 usuários, havendo uma distribuição de três a seis usuários por profissional. Quanto ao local de atuação, 87,4% trabalham apenas em uma unidade de saúde de Porto Alegre, seguido por 6,6% que atuam em mais de uma unidade de saúde do município e de 6% que estão operando em uma unidade de saúde de Porto Alegre e em algum outro serviço de saúde. Em média, as participantes atuam no campo da saúde há 12 anos ($DP = 6,34$), especificamente na APS há oito anos ($DP = 4,97$) e na unidade de saúde há três anos ($DP = 2,27$).

Cento e sessenta e seis usuários do SUS atendidos por enfermeiras(os) de 32 unidades de saúde da APS no município de Porto Alegre participaram no presente estudo. A maioria dos participantes se caracterizou por ser do sexo feminino (86,8%), autodeclarados brancos (43,1%), com ensino fundamental incompleto (33,5%), com uma renda mensal familiar que variava entre 1001 e 2000 reais (38,3%) e que sustentava de duas (20%) a cinco (13%) pessoas. A idade variou de 18 a 75 anos ($M = 38,05$, $DP = 16,73$).

Delineamento e Procedimentos

O presente estudo utilizou uma base de dados coletada durante o ano de 2017 como parte de um projeto mais amplo (CAAE 66152017.6.0000.5334). Caracteriza-se por ser uma pesquisa correlacional, quantitativa e com delineamento transversal (Shaughnessy, Zechmeister, & Zechmeister, 2009) que buscou investigar a associação da empatia relatada por enfermeiras(os) e da empatia relacional percebida pelos usuários atendidos em unidades de saúde da APS do município de Porto Alegre por essas profissionais. O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre e foi obtida a autorização e aprovação para a implementação do estudo.

Foram enviadas mensagens de e-mail (Anexo D) para a lista de profissionais disponibilizadas pela gestão municipal, em que constava o *link* da plataforma online *Survey Monkey*. Obteve-se primeiramente o Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo

E). Em seguida, foram apresentados os instrumentos online da *Job Stress Scale* (Anexo F) e da *Effort-reward Imbalance* (Anexo G) para avaliação de estresse no trabalho, o Índice de Reatividade Interpessoal – IRI (Anexo H) para avaliar a empatia da enfermeira e um questionário abordando aspectos sociodemográficos, histórico profissional e processo de trabalho (Anexo I). A amostragem foi não probabilística (Shaughnessy et al., 2009). Como critérios de inclusão, as enfermeiras não poderiam estar afastadas do trabalho por um período maior do que uma semana. Foram excluídas do estudo profissionais que exerciam atividades em unidades administradas por instituições conveniadas à prefeitura.

Após três semanas do envio dos instrumentos de pesquisa, contataram-se as profissionais que responderam os instrumentos e que identificarem a si e à sua unidade de saúde voluntariamente para a continuidade do estudo. Nesta etapa, foram convidados a participar do estudo os seis primeiros usuários a sair da consulta com a enfermeira. Explicou-se que a participação era voluntária, que os dados seriam mantidos em sigilo e que poderiam se retirar da pesquisa a qualquer instante. Os participantes que concordaram em participar preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C). Seguidamente foram solicitados a responder um questionário com informações sociodemográficas, de acompanhamento na unidade e de satisfação com o serviço (Anexo B) e a escala CARE de empatia (Anexo A). Para participar da pesquisa, os usuários deveriam: (a) ter 18 anos ou mais; (b) não apresentar nenhum diagnóstico de transtorno mental grave, limitação cognitiva severa ou outra condição de saúde que influenciasse sua capacidade de responder aos instrumentos da pesquisa.

Variáveis e Instrumentos

Profissionais de saúde

Aspectos sociodemográficos dos profissionais, histórico profissional e contexto de trabalho na unidade

Questionário com informações como sexo, idade, modelo assistencial em que atua (ESF, UBS, mista ou indígena), função que ocupa (atendimento clínico, coordenação, ambos), se possui formação específica para o trabalho em APS (residência ou especialização), tempo de prática na APS, tempo de trabalho na unidade de saúde, número médio de consultas em um turno de atendimento, forma de contratação, número de faltas no trabalho no último ano, avaliação das condições físicas da unidade (Anexo I).

Empatia Autorreferida

O Índice de Reatividade Interpessoal (*Interpersonal Reactivity Index*, IRI) foi desenvolvido por Davis (1983). A versão brasileira reduzida utilizada neste estudo é composta por 20 itens que avaliam aspectos cognitivos e afetivos da empatia. A estrutura fatorial da escala foi comprovada em estudo prévio e segue as mesmas dimensões da original (Pinheiro, Sbicigo, & Remor, 2019). A escala inclui as dimensões Preocupação Empática com oito itens, Angústia Pessoal com quatro itens, Fantasia com quatro itens e Tomada de Perspectiva com quatro itens. Os escores podem ser obtidos somando todos os itens da escala, fornecendo um escore global de empatia, ou somando os itens de cada dimensão e obtendo um escore por subescala. Nesse estudo optou-se por utilizar um escore global de empatia (Anexo H).

Estresse ocupacional

a) *Job Stress Scale*

A versão da escala traduzida e validada para o contexto brasileiro (Alves, Chor, Faerstein, Lopes, & Werneck, 2004) é relativa à versão reduzida do questionário original (Theorell & Karasek, 1996). O instrumento possui 17 itens divididos em três subescalas. Os cinco itens da subescala *demand* – demanda ($\alpha = 0,72$; CCIC = 0,91) avaliam pressões de dimensão psicológica presentes no processo de trabalho. Com seis itens, a subescala *control* – controle ($\alpha = 0,63$; CCIC = 0,87) se refere à possibilidade de o trabalhador usar suas habilidades intelectuais para desempenhar suas tarefas, bem como ter autoridade sobre a forma de realizá-las. A subescala de seis itens *social support* – apoio social ($\alpha = 0,63$; CCIC = 0,87) avalia os níveis de interação social com colegas e com autoridades. As respostas são através de escala *likert* de quatro pontos (Alves et al., 2004). O escore geral do instrumento foi obtido pela razão entre os pontos na dimensão “demanda” e aqueles provenientes da dimensão “controle” (Comunicação pessoal de Alves, M. G. M., 2016) (Anexo F).

b) *Effort-reward Imbalance*.

A escala original (Siegrist et al, 2004) foi traduzida e validada no Brasil por Chor, Werneck, Faerstein, Alves e Rotenberg (2008). Possui 23 itens divididos em três subescalas. Com seis itens, a subescala *effort* – esforço ($\alpha = 0,68$; CCIC = 0,76) mensura o esforço demandado do trabalhador diante as demandas do ambiente de trabalho -

aspectos qualitativos e quantitativos da carga de trabalho. A subescala *reward* – recompensa ($\alpha = 0,78$; CCIC = 0,86) de 11 itens avalia o quanto o profissional se sente recompensado pelo trabalho que executou, em termos financeiros, de consideração, de ascendência e de segurança no trabalho. Nestas subescalas, primeiramente o participante precisa concordar ou discordar com cada item. Caso concorde, deve conceder uma pontuação em escala *likert* de quatro pontos. Os seis itens da terceira subescala, *overcommitment* – comprometimento excessivo ($\alpha = 0,78$; CCIC = 0,78), medem o empenho exagerado dos participantes em responder às demandas laborais. O escore geral do desequilíbrio esforço-recompensa foi calculado pela razão entre as pontuações obtidas nessas duas subescalas ($e / (r \times 0,454545)$) e transformado logaritmicamente em variável binária (valores <1 vs > 1) em que valores próximos a zero indica uma condição favorável (esforço relativamente baixo, recompensa relativamente alta), enquanto valores acima de 1 indicam uma quantidade alta de esforço gasto que não é suprido pelas recompensas recebidas. Já a subdimensão comprometimento excessivo foi analisada como uma variável em separado (Siegrist et al, 2004) (Anexo G).

Usuários do serviço de saúde

Informações sociodemográficas, acompanhamento na unidade e satisfação com o serviço.

Questionário com informações de identificação pessoal, como sexo, idade, raça, nível socioeconômico, identidade de gênero e orientação sexual. O questionário também investiga informações referentes ao atendimento com a enfermeira – frequência com que consulta com a profissional que lhe atendeu, o tempo que durou a consulta, se o atendimento foi agendado previamente ou não – e avalia a satisfação geral com o funcionamento do serviço. As informações referentes à satisfação e avaliação geral do funcionamento foram avaliadas por meio de uma escala *likert* (1 a 5) (Anexo B).

Percepções sobre a empatia relacional

A escala *Consultation and Relational Empathy* (CARE; <http://www.caremeasure.org/>) de Mercer et al. (2005) foi traduzida e validada no Brasil por Scarpellini et al (2014) para ser utilizada com profissionais da medicina. A escala foi proposta como uma medida unidimensional, com formato de resposta tipo *likert* de cinco pontos (ruim a excelente) e contém 10 itens que avaliam, a partir da percepção do usuário, em que medida o profissional da saúde conseguiu ser empático, colaborativo e atento em

um determinado atendimento. Os valores dos itens são somados, podendo fornecer um escore final entre 10 e 50 pontos (Anexo A).

Considerações Éticas

O estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, para realização de pesquisas com seres humanos. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (protocolo n° 32497) e Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia (CAAE 66152017.6.0000.5334). Os participantes – enfermeiras(os) e usuários – foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, o direito de renunciar a participação a qualquer momento e a confidencialidade dos dados.

Análise de Dados

As análises foram realizadas pelo programa estatístico PASW Statistics, versão 18 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Utilizou-se análises de dispersão e variabilidade, assim como os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro Wilk para analisar a distribuição normal dos dados e a existência de escores extremos ou atípicos devido a erro do participante ao completar o questionário (Dancey & Reidy, 2006; Field, 2009). Considerando a não distribuição normal dos dados, optou-se por análises com testes não paramétricos (Field, 2009).

Correlação de Spearman foi utilizada para examinar a associação direta entre a IRI e CARE, porém não foram encontrados resultados estatisticamente significativos ($\rho = 0,41$, $p = 0,596$). Considerando que há uma distribuição distinta de usuários por profissional (de três a seis usuários), optou-se por distribuir os participantes conforme a mediana obtida com a CARE em dois grupos: alto e baixo nível de percepção empática. O mesmo procedimento foi aplicado com os valores da IRI, obtendo-se grupos com alta/baixa empatia autorreferida. Análises foram realizadas com o intuito de investigar se ocorreriam diferenças entre os grupos, porém também não houve uma associação estatisticamente significativa. A fim de verificar se o estresse ocupacional mediaria a relação entre a empatia autorreferida (IRI) e a empatia percebida (CARE), utilizou-se os valores da mediana da IRI – participantes com alta e baixa empatia autorreferida – e os valores observados com as escalas de estresse ocupacional. Com os escores da *Job Stress Scale* (JSC), empregou-se os valores obtidos para cada profissional na razão demanda-controle, em que valores maiores que 1 foram considerados como alta demanda/baixo

controle e valores menores que 1 foram classificados como baixa demanda/alto controle (Modelo A). O mesmo método foi utilizado com a *Effort-reward Imbalance* (ERI): a partir do escore na razão esforço-recompensa, valores maiores que 1 foram considerados como alto esforço/baixa recompensa e valores menores que 1 foram classificados como alta recompensa /baixo esforço (Modelo B). Assim, a associação dos valores da IRI com os valores das escalas de estresse formaram dois modelos compostos de quatro grupos que podem ser visualizados na Figura 1. Para realizar a análise desses grupos com a CARE, utilizou-se o teste estatístico Kruskal Wallis.

Modelo A – IRI versus JSS		
	Alta demanda/Baixo controle	Baixa demanda/alto controle
Alta empatia	2	3
Baixa empatia	1	4
Modelo B – IRI versus ERI		
	Alta recompensa /Baixo esforço	Baixa recompensa/ Alto esforço
Alta empatia	1	3
Baixa empatia	2	4

Figura 1. Modelo A – IRI versus JSS e Modelo B – IRI versus ERI

Utilizou-se teste de correlação de Spearman para investigar a associação entre a empatia autorreferida de enfermeiras (IRI) e as variáveis: estresse ocupacional – razão demanda/controlado, apoio social, pontuação geral entre esforço e recompensa e comprometimento excessivo; histórico de atuação da profissional; aspectos da unidade de saúde. Correlação de Spearman também foi efetuado com o intuito de determinar a associação entre a empatia percebida pelos usuários (CARE) e o histórico de acompanhamento do usuário. As variáveis analisadas podem ser visualizadas na Tabela 1.

Testes de Mann-Whitney foram aplicados para averiguar quais as variáveis da enfermeira impactavam a empatia autorreferida (IRI) para: sexo, possuir ou não formação específica para atuar na APS, exercer ou não função de coordenação, desempenhar ou não função de supervisão de estagiários ou residentes, atuar ou não em equipe completa.

A variável raça foi agrupada devido ao baixo número de profissionais autodeclaradas pretas/pardas, gerando duas categorias: branca e preta/parda. Não foi incluído “indígena” com apenas um participante. Também foram empregados testes de Mann-Whitney para verificar quais variáveis da enfermeira influenciariam a percepção do usuário do comportamento empático (CARE) para as variáveis possuir ou não formação específica para atuar na APS, exercer ou não função de coordenação, desempenhar ou não função de supervisão de estagiários ou residentes, atuar ou não em equipe completa.

Com o propósito de investigar o impacto de variáveis sociodemográficas do usuário nos escores da CARE, utilizou-se Teste de Mann-Whitney para examinar diferenças nos escores da CARE em relação à variável sexo. Kruskal Wallis foi empregada para verificar diferenças nos escores da CARE em relação a raça (não incluído “indígena”, com apenas quatro participantes e “Amarelos com nenhum participante”), nível educacional (excluiu-se “analfabetos” por contar com apenas dois participantes) e renda familiar mensal. A variável nível educacional foi agrupada em: ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo e ensino superior (abarcando ensino superior incompleto, completo e pós-graduação). A variável renda familiar foi organizada em quatro grupos devido a distribuição dos participantes: renda familiar até R\$ 1000,00, de R\$ 1001,00 a R\$ 2000,00, de R\$ 2001,00 a R\$ 3000,00 e acima de R\$ 3000,00.

Utilizou-se a correção de Bonferroni com a finalidade de comparar os grupos. Para não inflacionar a taxa de erro do Tipo I com a realização de múltiplos testes de Mann-Whitney, utilizou-se um valor crítico de 0,05 dividido pelo número de comparações que foram efetuadas (Field, 2009). O tamanho de efeito (r) foi calculado segundo a equação de Rosnow e Rosenthal (2005). As análises estatísticas foram efetuadas pelo programa estatístico PASW Statistics, versão 18 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

Resultados

Caracterização da amostra de enfermeiras(os)

Com relação ao vínculo profissional, 95,2% foram contratadas via o extinto IMESF (Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família) e 4,8% via Secretaria Municipal da Saúde. A grande maioria possui especialização/residência ou curso técnico para atuar em unidades de saúde/APS (85,0%), é coordenadora de equipe (68,3%),

supervisiona ou orienta a atuação de estagiários (79,0%) e atua em equipes incompletas (75,4%), trabalhando com uma carga de 40 horas semanais (100%). Por turno, realizam em média 15 consultas (29,8%).

No que se refere às condições da unidade de saúde, 35,3% acreditam que as condições e o espaço físico da unidade são parcialmente adequados para desempenhar a função, com a mesma percepção quanto aos equipamentos disponibilizados (51,5%) e aos insumos e materiais (45,5%) viabilizados. Essas profissionais vivenciam de pelo menos uma vez na semana (48,5%) a pelo menos uma vez por mês (34,7%) situações de violência armada dentro do território de abrangência de sua unidade.

Caracterização da amostra de usuários

Quanto ao questionário de satisfação e dados sobre a consulta, 29,2% dos participantes responderam que são atendidos pela enfermeira mais de uma vez ao mês, enquanto 28,3% da amostra informou que são atendidos a cada três meses. Referente à quantidade de vezes que já havia sido atendido pela profissional, 27,1% informaram que apenas uma vez, seguido de 15,7% e de 13,3% que responderam duas e três vezes respectivamente. Mais da metade dos participantes (56,6%) foi atendido sem ter sido agendada previamente. Predominam opiniões de que é fácil conseguir atendimento (63,5%), de que estavam satisfeitos com o tempo que esperaram para ser atendidos (56,3%) de que foram bem acolhidos no momento que chegaram na unidade de saúde (62,9%) e classificaram o atendimento que haviam acabado de ter como muito bom (59,3%) e bom (39,5%). Avaliam ainda a equipe de saúde como competente (52,1%), acreditando ter uma relação boa com esta (65,9%) e consideram-se satisfeitos com as condições físicas da unidade (52,7%). A média que durou o atendimento foi de 17,5 minutos.

Associação das percepções sobre a empatia relacional com a empatia autorreferida mediada pelo estresse ocupacional

Não foram encontradas associações entre os grupos IRixJSC com a CARE ($H(3) = 3,125$, $p = 0,373$), indicando que, independentemente de a profissional apresentar índices mais elevados nas dimensões demanda ou controle, isso não impacta na percepção de empatia do usuário. No entanto, observou-se uma associação estatisticamente significativa entre os grupos IRixERI e CARE, sugerindo que a percepção do usuário da empatia da profissional muda conforme os níveis de estresse ($H(3) = 9,149$, $p = 0,027$).

1. IRI Global; 2. Demanda; 3. Controle; 4. Apoio Social; 5. Razão Demanda-Controle; 6. Esforço; 7. Recompensa; 8. Comprometimento excessivo; 9. Razão Esforço-Recompensa; 10. Qts atend = quantidade de atendimentos que o usuário teve com o profissional; 11. Freq. atend. = frequência com que usuário é atendido pelo profissional; 12. T. acn = tempo que usuário é acompanhado pela unidade; 13. Idade do usuário; 14. RMF = renda mensal familiar; 15. N. cons. Turno = número de consultas realizadas por turno; 16. violência = frequência percebida de episódios de violência; 17. C. físicas = adequabilidade das condições físicas e espaço no trabalho; 18. Equip. = Disponibilidade de equipamentos para desempenhar função; 19. Insumos = Disponibilidade de materiais de consumo e insumos adequados para desempenhar função; 20. Idade p. = idade do profissional; 21. T. saúde = anos de atuação profissional na área da saúde; 22. T. APS = anos de atuação profissional na Atenção Primária à Saúde; 23. T. US = tempo de atuação na unidade de saúde atual

* $p < .05$. ** $p < .01$

Testes de Mann-Whitney foram utilizados para comparar os grupos. Uma correção de Bonferroni foi aplicada e todos os efeitos foram testados no nível de 0,012 de significância. Análises não demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, constatou-se que o grupo 2 apresentava maiores escores no nível de empatia percebida (Mediana = 96.77), seguidos pelo grupo 1 (Mediana = 92.51), grupo 3 (Mediana = 72.45) e grupo 4 (Mediana = 69.29). Os dados sugerem que as profissionais que receberam maiores escores na avaliação de empatia por parte dos usuários foram aquelas que apresentavam maiores níveis de recompensa independentemente do valor da empatia autorreferida (baixa ou alta). O grupo que recebeu as menores pontuações na CARE foram aquelas profissionais que apresentaram maiores níveis de estresse ocupacional (alto esforço e baixa recompensa), independente de os níveis da empatia autorreferida serem altos ou baixos.

Associação da empatia autorreferida com estresse ocupacional

A empatia autorreferida de enfermeiras (avaliada pela IRI) demonstrou estar correlacionada com as seguintes dimensões de estresse ocupacional: razão demanda-controle ($\rho = -0,21$, $p = 0,009$), apoio social ($\rho = -0,19$, $p = 0,011$), e comprometimento excessivo ($\rho = 0,48$, $p = 0,000$). Os dados sugerem que conforme os índices de empatia autorreferida pelas profissionais aumentam o índice de comprometimento excessivo também aumenta. De forma inversa, na medida em que escores de empatia autorreferida aumentam, os escores de apoio social e razão demanda-controle diminuem.

Associação da empatia autorreferida com variáveis sociodemográficas e atuação da profissional

Profissionais do sexo masculino e do sexo feminino parecem diferir quanto a empatia autorreferida com mulheres apresentando maiores escores na IRI (Mediana = 87,84) quando comparadas aos homens (Mediana = 67,80) ($U = 1641,50$, $p = 0,035$, $r = -0,01$). No que se refere a raça, parece não haver diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiras autodeclaradas brancas (Mediana = 84,83) e pretas/pardas (Mediana = 79,19) ($U = 1760,00$, $p = 0,571$). Observou-se que possuir (Mediana = 83,66) ou não (Mediana = 85,84) especialização/residência ou curso técnico para atuar em unidades de saúde/APS parece não influenciar a empatia autorreferida da profissional ($U = 1726,50$, $p = 0,828$). No entanto, constatou-se que profissionais que eram coordenadoras de equipe apresentavam menores escores de empatia autorreferida (Mediana = 76,57) quando comparados as profissionais que não ocupam essa função (Mediana = 99,97) ($U = 2174,50$, $p = 0,004$, $r = -0,01$). Também parece

haver diferenças entre profissionais que supervisionam e orientam estagiários/residentes (Mediana = 88,00) quando comparadas as profissionais que não ocupam essa função (Mediana = 68,90) ($U = 1781,50$, $p = 0,037$, $r = -0,01$). Da mesma forma, observou-se que enfermeiras atuando em equipes completas apresentaram maiores escores na empatia autorrelatada (Mediana = 99,60) quando comparadas às enfermeiras trabalhando em equipes incompletas (Mediana = 78,92) ($U = 1943,50$, $p = 0,017$, $r = -0,01$). Dados indicam também uma associação da IRI com número de consultas realizadas no turno pela profissional ($\rho = -0,19$, $p = 0,011$), frequência percebida de episódios de violência no território ($\rho = -0,45$, $p = 0,000$) e com a adequabilidade das condições físicas e espaço no trabalho ($\rho = 0,18$, $p = 0,016$).

Associação das percepções sobre a empatia percebida pelo usuário com variáveis sociodemográficas do usuário e atuação profissional

Não há diferenças entre homens (Mediana = 78,95) e mulheres (Mediana = 84,19) quanto à percepção de empatia da enfermeira (CARE) ($U = 1484,00$, $p = 0,632$). No entanto, verificou-se um efeito da raça do usuário na percepção de empatia da profissional ($H(1) = 7,38$, $p = 0,001$). Testes de Mann-Whitney foram utilizados para acompanhamento desse achado. Uma correção de Bonferroni foi aplicada e todos os efeitos foram testados no nível de 0,016 de significância. Observou-se que usuários autodeclarados pretos avaliaram as enfermeiras como menos empáticas (Mediana = 38,74) quando comparados a usuários autodeclarados pardos (Mediana = 55,19) ($U = 622,00$, $p = 0,003$, $r = -0,02$). Também se verificou o mesmo resultado quando usuários pretos (Mediana = 49,35) foram comparados aos brancos (Mediana = 72,32) ($U = 1184,50$, $p = 0,000$, $r = -0,02$). Usuários pardos (Mediana = 51,86) e brancos (Mediana = 57,85) não diferiram entre si quanto ao nível de percepção da empatia ($U = 1216,00$, $p = 0,524$).

Uma associação significativa foi constatada entre a percepção da empatia (CARE) e a renda familiar do usuário ($H(3) = 11,16$, $p = 0,001$), indicando que quanto maior a renda, maior a percepção de empatia da profissional pelo usuário. Testes de Mann-Whitney foram utilizados para acompanhamento desse achado. Uma correção de Bonferroni foi aplicada e todos os efeitos foram testados no nível de 0,016 de significância. Não foram encontradas diferenças na CARE entre os usuários que recebem até R\$1000,00 (Mediana = 19,40) e aqueles que recebem de R\$1001,00 a R\$2000,00 (Mediana = 25,24) ($U = 139,00$, $p = 0,231$). Contudo, usuários que recebem até R\$1000,00 (Mediana = 12,60) evidenciaram menores índices de empatia percebida quando comparados com aqueles que recebem de R\$ R\$2001,00 a R\$3000,00 (Mediana = 24,28) ($U = 71,00$, $p = 0,008$, $r = -0,06$). O mesmo resultado foi observado quando participantes que recebem até R\$1000,00 (Mediana = 10,10) foram comparados aos que recebem salário

superior a R\$3000,00 (Mediana = 19,41) ($U = 46,00$, $p = 0,009$, $r = -0,08$).

Com relação ao nível de escolaridade, observou-se uma associação significativa desta variável e a CARE ($H(4) = 11,04$, $p = 0,026$). Testes de Mann-Whitney foram utilizados para acompanhamento desse achado. Uma correção de Bonferroni foi aplicada e todos os efeitos foram testados no nível de 0,012 de significância. Participantes com ensino fundamental incompleto não deferiram nos escores de percepção de empatia (Mediana = 40,17) quando comparados aos participantes com ensino fundamental completo (Mediana = 41,36) ($U = 619,00$, $p = 0,838$). Entretanto, quando usuários com ensino fundamental incompleto (Mediana = 42,49) foram comparados aos de ensino médio incompleto (Mediana = 56,57) observou-se menores índices de percepção de empatia para usuários com menor escolaridade ($U = 753,50$, $p = 0,009$, $r = -0,02$). Resultado semelhante foi observado quando participantes com ensino fundamental incompleto (Mediana = 41,42) foram contrastados aos participantes com ensino médio completo (Mediana = 56,49) ($U = 720,50$, $p = 0,012$, $r = -0,02$). Assim, à medida que os níveis de escolaridade do usuário aumentavam, a percepção de empatia também aumentava. Contudo, participantes com ensino superior apresentaram valores (Mediana = 38,75) semelhantes aos usuários com ensino fundamental incompleto (Mediana = 34,83), não demonstrando haver uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($U = 309,00$, $p = 0,542$). Em resumo, os escores da CARE não diferiram em função do gênero, porém apresentaram variação em função da raça, renda e escolaridade da pessoa avaliada neste estudo.

Referente às características da enfermeira e a associação com a percepção do usuário de empatia da profissional (CARE), observou-se uma associação apenas entre a variável ser coordenadora de equipe ou não, em que profissionais que exercem a função de coordenação foram avaliadas como menos empáticas pelos usuários (Mediana = 78,41) quando comparadas as profissionais que não exercem a função (Mediana = 94,36) ($U = 2419,50$, $p = 0,045$, $r = -0,01$). Com relação a variável trabalhar em equipe completa (Mediana = 74,28) ou incompleta (Mediana = 86,52) parece não influenciar a percepção do usuário da relação empática ($U = 2184,50$, $p = 0,155$). Também parece não haver diferença entre profissionais que supervisionam (Mediana = 83,27) ou não (Mediana = 83,27) estagiários/residentes com a CARE ($U = 2275,50$, $p = 0,946$), assim como ter especialização/residência ou curso técnico para atuar em unidades de saúde/APS (Mediana = 85,51) ou não (Mediana = 72,16) ($U = 1479,50$, $p = 0,198$). Os dados sugerem que a percepção de empatia do usuário sobre a atuação da profissional da saúde estão associados a quantidade de atendimentos que o usuário teve com a profissional ($\rho = 0,17$, $p = 0,027$), ao tempo que usuário é acompanhado pela unidade ($\rho = 0,15$, $p = 0,043$) e ao tempo de atuação da profissional na atenção primária a saúde ($\rho = 0,17$, $p = 0,024$).

Discussão

O propósito deste estudo era investigar se haveria congruência entre a empatia autorreferida de enfermeiras(os) (IRI) com a empatia percebida pelo usuário desta profissional (CARE). Os resultados indicaram não haver associações entre a IRI e a CARE. Destaca-se que pesquisas procurando compreender essa relação ainda são escassas na literatura, assim como apresentam resultados divergentes. Pesquisadores como Kane et al. (2007), Hojat et al. (2010), Grosseman et al. (2014), Scarpellini et al. (2014) e Bernardo et al. (2018) também não encontraram resultados que demonstrassem uma associação dessas variáveis.

Para Kane et al. (2007) uma das possibilidades da correlação não ser significativa se deve a distribuição da pontuação da *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy* (JSPPPE) e pelo efeito teto, enquanto que para Scarpellini et al. (2014) um dos aspectos que pode ter influenciado o resultado foi a amostra pequena. Já Grosseman et al. (2014) acredita que a utilização de pacientes simulados pode tornar o ambiente artificial principalmente considerando a falta de espontaneidade na consulta, o que dificulta o estabelecimento de vínculo e impossibilita que a atribuição de escores tanto por parte do profissional quanto do usuário fossem fidedignos.

Já pesquisadores como Glaser et al. (2007) e Berg, Majdan, Berg, Veloski e Hojat (2011a) encontraram associações positivas entre a empatia autorreferida e a empatia percebida. No entanto, semelhantes estudos também apresentaram limitações. Glaser et al. (2007), por exemplo, teve como limitação o tamanho da amostra ser pequeno. Já Berg et al. (2011a), apesar de constatar correlações positivas entre *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) e a *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy* (JSPPPE), a associação a foi fraca. Salienta-se que, apesar de Bernardo et al. (2018) utilizar duas escalas para avaliar a empatia autorreferida do profissional (IRI e JSE) e duas escalas para medir a empatia percebida do usuário da atuação do profissional (JSPPP e CARE), encontraram associações apenas entre escore da *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy* (JSPPPE) com o escore da dimensão de Tomada de Perspectiva da *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE).

Uma das possíveis explicações deste estudo não ter encontrado congruência entre a CARE e a IRI possa ser devido ao número de usuários por profissional que responderam a CARE – variou de três a seis usuários. Índícios apontam que a capacidade da medida de discriminar entre a empatia de profissionais aumenta conforme o número de pacientes avaliados por este. Assim, um tamanho de amostra que varia de 38 (Matsuhisa et al., 2018) ou, segundo

Mercer et al. (2005), de 50 pacientes por profissional forneceria uma medida representativa da percepção da empatia deste.

Destaca-se que a complexidade da demanda clínica, limitações de tempo, fatores do próprio profissional, como o grau de experiência (Grosseman et al., 2014) e expectativas a respeito da consulta (O'Connor, King, Malone, & Guerandel, 2014) e do sistema de saúde (Bernardo et al., 2018) são também possíveis fatores que podem explicar porque não houve associação entre a empatia autorreferida e a empatia percebida. Há também características individuais do paciente, como sua habilidade emocional que influencia na percepção de empatia e que independe do comportamento do profissional. Assim, para Lelorain et al. (2018), por exemplo, nem todo usuário irá se beneficiar da empatia do profissional, visto que para perceber o comportamento empático é necessário que o usuário tenha habilidades emocionais para abordar e processar as informações emocionais.

O estresse ocupacional parece ser um dos fatores que podem influenciar a capacidade do profissional em ser empático, porém a investigação com essa variável ainda é escassa (Bry et al., 2015; Park et al., 2015; Soler-Gonzalez et al., 2017). A literatura foca principalmente nos estudos com *Burnout* e sua associação com a empatia do profissional de saúde, sendo que grande parte dos pesquisadores encontram uma associação negativa entre esses construtos - na medida em que o participante apresenta maiores índices de empatia, observam-se menores níveis de *Burnout* (Ferri, Guerra, Marcheselli, Cunico, & Di Lorenzo, 2015; Lamothe, Boujut, Zenasni, & Sultan, 2014; Lee & Ashforth, 1990; Torres, Areste, Mora, & Soler-Gonzalez, 2015; Walocha, Tomaszewski, Wilczek-Rużyczka, & Walocha 2013; Yugueron, Marsal, Esquerda Vivanco, & Jorge Soler-González, 2017).

Neste estudo foram encontradas associações entre a IRI e as dimensões de estresse ocupacional – apoio social, razão demanda-controle e comprometimento excessivo. Verificou-se associação negativa entre a IRI e a variável razão demanda-controle. Tais resultados indicam que quanto mais a profissional percebe que tem controle sobre sua atividade, maiores os níveis de empatia autorreferidos, assim como quanto maior for à percepção de que a demanda sobressai a capacidade de controle, menores os índices de empatia.

Sabe-se que à medida que o trabalhador percebe que tem o controle sobre suas funções, obtendo recompensas pela atividade exercida, bem como percebe que tem recursos para realizar seu trabalho, maiores são seus níveis de satisfação, menores os índices de exaustão e intenção de rotatividade (Scanlan & Still, 2019). Já quando há a percepção de que demandas sobrepõem a possibilidade de ter controle e autonomia de sua atividade laboral, tais características se tornam preditoras de um ambiente estressante (Finstad et al., 2019) e de

possível adoecimento (Filha, Costa, & Guilam, 2013; Rostamabad et al., 2019; Sanne, Mykletun, Dahl, Moen, & Tell, 2005). Estresse ocupacional está associado com resultados negativos em saúde mental, potencializando o risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e de depressão por exemplo (Jiang et al., 2017; Thorsteinsson, Brown, & Richards, 2014; Wang, Lesage, Schmitz, & Drapeau 2008). Pessoas com depressão tem como característica serem autofocadas e demonstram uma tendência a se abster e evadir situações, sendo vistos como distantes (Seidel et al., 2010; Troisi & Moles, 1999).

A empatia requer a disponibilidade de escuta e tentativa de adotar o ponto de vista do outro, o que é dificultado no momento em que as necessidades individuais estão colocadas em um primeiro plano (Knight, Stoica, Fogleman, & Depue 2019). Pode haver, assim, uma associação indireta na medida em que um ambiente de trabalho protetivo (maior percepção de controle, por exemplo) diminui o risco de desenvolver estresse ocupacional e consequentes transtornos mentais, o que implicaria em um comportamento empático preservado. Dessa forma, seria uma possível explicação para os resultados observados entre a IRI e a dimensão razão demanda-controle.

Conforme observado na literatura (Devoldre, Davis, Verhofstadt, & Buysse, 2010; Park et al., 2015), esperava-se uma associação positiva entre a empatia autorreferida pela enfermeira e a variável apoio social. No entanto, encontrou-se uma correlação negativa entre as variáveis. Uma possível explicação para isso seria o fato de que trabalhar na APS demanda que haja um trabalho em equipe, sendo necessária a colaboração com os outros profissionais. No entanto, depender de outros trabalhadores de saúde exige que haja protocolos organizacionais para direcionar as atividades de cada trabalhador (Stange, 2009; Stange & Ferrer, 2009), o que para muitos profissionais engessa sua atuação e torna-se um obstáculo para demonstrar um comportamento empático (Derksen, Bensing, Kuiper, Meerendonk, & Lagro-Janssen, 2015). Ressalta-se também que as equipes na APS são compostas por diferentes núcleos profissionais, assim convive-se com indivíduos com diferentes personalidades, interesses conflitantes e perspectivas sobre o trabalho em equipe, o que pode gerar conflitos e um trabalho individualizado (Carvalho, 2012; Peruzzo et al., 2018).

Já a variável comprometimento excessivo é considerada um fator de risco para a saúde do trabalhador, visto que torna os profissionais sujeitos a exagerar seus esforços além do que é necessário, tendo como resultado uma suscetibilidade à frustração devido a terem altas expectativas de recompensa (Siegrist, 1996). A partir dessas características, não se esperava uma relação positiva entre essa dimensão do estresse e a IRI. Contudo, apesar de não ser possível estabelecer relação causal entre tais variáveis, pode-se pensar na possibilidade de que

quanto mais empática a profissional é, mais comprometida está em atender as demandas dos usuários, resultando em ambas variáveis associadas positivamente.

Destaca-se que, apesar de tais resultados contribuírem para entender de que forma o estresse e a empatia podem estar associados para a enfermeira, talvez a maior contribuição desse estudo tenha sido observar que o estresse do trabalhador pode contribuir na forma como o usuário percebe a empatia da profissional que lhe atende. Apesar de não haver associações estatisticamente significativas entre os grupos, a mediana obtida indica que na medida em que profissionais com maiores níveis de estresse ocupacional, principalmente aquelas com maior esforço e menor recompensa, também foram àquelas avaliadas como sendo menos empáticas pelos usuários. Indica, assim, que há um impacto negativo do estresse na maneira de expressar empatia, o que também é percebido pelo usuário atendido que avalia a profissional de forma mais negativa. Torna-se preocupante encontrar tais resultados visto que a avaliação negativa do usuário com relação ao profissional está relacionado a sentimentos de frustração e até mesmo a desistência de continuar o atendimento (Derksen et al., 2017). Até o presente momento ainda não foram identificados demais estudos que procuraram entender a relação entre essas variáveis, o que indica a relevância de tais dados para entender de que forma não apenas o estresse impacta na avaliação do profissional de sua atuação, mas também na percepção do usuário.

Sabe-se que o ambiente de trabalho pode ser tanto um fator de risco quanto de proteção, tornando-se importante considerar as dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores da saúde no que tange ao processo de trabalho e as condições em que ele é realizado. Fatores como extensas horas laborais (jornada semanal superior a 60 horas semanais), insatisfação com a função exercida, sensação de insegurança no trabalho, percepção de que não há um equilíbrio entre o esforço exercido e a recompensa obtida são considerados fatores de risco, influenciando na saúde e produtividade do trabalhador (Lua et al., 2018).

Na APS, ressaltam-se como dificultadores no processo de trabalho as demandas relacionadas ao tráfico de substâncias ilícitas e a violência (Kanno et al., 2012). Nesse estudo observou-se que a empatia autorreferida das profissionais estava associada negativamente a frequência que estas trabalhadoras experienciam situações de violência nos locais em que trabalham, na medida em que quanto mais expostas a essas situações, menores os índices de empatia autorrelatada. Semelhante resultado já havia sido observado por Ruiz-Hernández, López-García, Llor-Esteban, Galián-Muñoz e Benavente-Reche (2016) que observaram uma correlação negativa tanto entre a violência não verbal quanto a violência física com índices de empatia. Experienciar situações de violência está associado a uma diminuição no bem-estar

psicológico (Roldán, Salazar, Garrido, & Ramos, 2013) o que demonstra o impacto negativo na saúde mental e pode influenciar a capacidade do profissional em ser empático, explicando os resultados obtidos.

Também foi averiguada uma associação negativa entre a IRI e o número de consultas realizadas no turno pela profissional, indicando que quanto mais consultas a enfermeira realiza por turno, menores os níveis de empatia autorreferida. Como em média as profissionais atendem 15 usuários em um único turno, isto demanda que precisem limitar o tempo de consulta para cada atendimento. A literatura apresenta indícios de que quanto menos tempo dispendido em uma consulta, menores os níveis de empatia atribuídos ao profissional (Bikker et al., 2017). Essa limitação no tempo pode indicar uma escuta não qualificada, o que pode resultar em uma dificuldade de demonstrar empatia perante as situações apresentadas, ocasionando uma autoavaliação negativa do próprio comportamento empático e explicando os resultados obtidos. Da mesma forma, a associação positiva entre a IRI e a adequabilidade das condições físicas e espaço no trabalho indicam que há uma relação entre o comportamento empático e fatores externos ao profissional. Há, dessa forma, indícios da relação entre estresse ocupacional e empatia autorreferida da profissional, visto que da mesma forma que o estresse ocupacional está relacionado a piores condições de trabalho (Bezerra, Silva, & Ramos, 2012; Ferreira, Neto, Kilimnik, & Santos, 2016; Santos & Cardoso, 2010), a empatia demonstra estar associada positivamente com condições laborais adequadas.

Quanto às características da enfermeira, como exercer a função de coordenadora, supervisionar residentes/estagiário, atuar em equipe incompleta, possuir especialização/residência ou curso técnico, observou-se que todas as variáveis, exceto possuir especialização ou não, apresentaram relação com a empatia autorreferida (IRI), com profissionais apresentando menores índices de empatia quando exercem a função de coordenação de equipe e nos momentos que estão trabalhando com a equipe incompleta. Esses resultados podem ser devidos justamente à sobrecarga de trabalho, visto que o profissional não se dedica apenas ao cuidado do usuário, mas divide essa função com a atividade de coordenação. Da mesma forma, atuar em equipe incompleta ocasiona o acúmulo de trabalho, já que a enfermeira precisa cumprir sua carga laboral assim como assumir as atividades que seriam de outro profissional (Leonelli et al., 2017; Ribeiro, Marziale, Martins, Galdino, & Ribeiro, 2018).

No entanto, apesar de as profissionais acreditarem que exercer a função de coordenação e atuar em equipe incompleta impacta de forma negativa sua capacidade de empatizar, para os usuários atendidos a única variável que demonstrou influenciar na percepção de empatia foi à

enfermeira ser coordenadora de equipe, em que usuários atribuíram menores escores de empatia para as profissionais que exercem essa função. O cargo de coordenador é caracterizado pelo exercício de atividades administrativas, pelo planejamento e o gerenciamento de ações (Silva et al., 2015). Assim, o trabalho como coordenador é desenvolvido conforme as necessidades cotidianas, desde preenchimento de sistemas de informações, a resolução da falta de materiais nas equipes, até reclamações de usuários. Torna-se uma atividade caracterizada pela necessidade de ações rápidas para corrigir ou evitar problemas diários presente na APS. Entretanto, a falta de planejamento gera insatisfação e frustração no desempenho como coordenador (Silva, 2009). Conjuntamente a essa função, profissionais que estão na coordenação também exercem a atividade clínica, atendendo tanto demanda espontânea quanto agendada. Há, assim, um acúmulo de funções que gera sobrecarga de trabalho (Duarte, 2013). As profissionais percebem essa sobrecarga (Yosetake, Camargo, Luchesi, Gherardi-Donato, & Teixeira, 2018), o que as levou a referirem menores índices de empatia, sendo o mesmo percebido pelo usuário, em que a possível limitação no tempo de atendimento considerando as inúmeras atividades a serem realizadas e, até mesmo, uma possível dispersão da profissional possa ter dificultado a dedicação ao usuário.

Sobre o impacto de variáveis sociodemográficas, parece haver diferenças entre profissionais do sexo masculino e do sexo feminino quanto à empatia autorreferida, com mulheres apresentando maiores índices na IRI. Inúmeros estudos também observaram resultados semelhantes (Berg, Majdan, Berg, Veloski, & Hojat, 2011b; Gleichgerrcht & Decety, 2013; Paro et al., 2014; Ramírez & Vallejos, 2017; Worly, Verbeck, Walker, & Clinchot, 2019). Acredita-se que essa diferença seja devido ao papel social da mulher, vista como tendo maior sensibilidade emocional, preocupação com aspectos sociais, tendência ao cuidado e maior capacidade de perceber sentimentos e linguagem verbal (Retuerto, 2004). Há também aspectos biológicos a serem considerados, em que mulheres usam áreas cerebrais com neurônios-espelho em interações empáticas face a face, facilitando o contágio emocional (Rueckert, Branch, & Doan, 2011). No entanto, apesar de haver distinção entre as profissionais quanto aos níveis de empatia autorreferida, usuários homens e mulheres parecem não perceber diferenças no tratamento ofertado.

Já a variável raça apresentou um resultado distinto. Enquanto as profissionais autodeclaradas brancas e as autodeclaradas pretas/pardas parecem não diferir quanto a empatia autorreferida (IRI), os usuários indicaram que, dependendo de sua raça, percebiam que as enfermeiras expressavam empatia de forma distinta. Usuários brancos e pardos pontuaram maiores escores na CARE quando comparados aos usuários autodeclarados pretos. Também se

observou diferenças estatisticamente significativas nos escores da CARE para usuários que pertenciam ao grupo com menor renda familiar, em que estes apresentavam menores índices de percepção empática quando comparados aos demais grupos e distinções na CARE para usuários com diferentes níveis de escolaridade.

Distinção na forma de atender devido a questões de raça já é um tópico abordado na literatura, porém o foco dos estudos acabava sendo nos profissionais de saúde. Estudos encontraram evidências de que os profissionais teriam uma frequência maior de comportamentos empáticos direcionados para os pacientes caucasianos quando comparados aos pacientes de raças distintas (Maina, Belton, Ginzberg, Singh, & Johnson, 2018; Rossen, Johnsen, Deladisma, Lind, & Lok, 2008). Berg et al. (2011b) constataram que pacientes americanos com descendência asiática perceberam o profissional como menos empático quando comparados com os americanos caucasianos. Segundo os autores, questões culturais poderiam explicar essa diferença.

Quanto a associação entre a CARE e níveis socioeconômicos, Pettit et al. (2017) também averiguaram que haveria uma diferença na forma de atender pacientes com situação econômica mais favorável e pacientes em situações mais desfavoráveis, em que pessoas com nível socioeconômico mais baixo tiveram seu nome recordado com menor frequência, assim como também foram menos questionados sobre o medicamento para dor. Salienta-se que usuários percebem a diferença no atendimento principalmente no tratamento fornecido, no acesso aos cuidados e nas interações paciente-profissional da saúde (Arpey, Gaglioti & Rosenbaum, 2017; Mercer et al., 2016).

Com relação à associação entre nível educacional e empatia percebida pelo usuário, encontrou-se que pessoas com níveis educacionais mais baixos avaliaram as profissionais como menos empáticas quando comparados as pessoas com maiores níveis educacionais, exceto participantes com ensino superior, que também avaliaram as enfermeiras mais negativamente. Tais resultados podem ser devido a profissional superestimar a literacia do paciente por exemplo. Kelly e Haidet (2007) verificaram que médicos atuantes na APS tenderiam a superestimar o nível de literacia do usuário atendido em até 54% para afro-americanos, 11% para brancos não-hispânicos e 36% para pacientes de outras raças. Tais resultados sugerem que o usuário com menor escolaridade pode não ter compreendido as indicações da profissional, ocasionando uma avaliação negativa do atendimento.

Já uma possível explicação para usuários com maiores níveis de escolaridade avaliarem a profissional mais negativamente possa ser devido a que pessoas com escolaridade média compreendem mais tanto a proposta do atendimento na APS quanto às indicações do

profissional quando comparadas as pessoas com ensino fundamental, porém pessoas com alto nível educacional podem esperar um padrão de atendimento mais alto do que usuário com status de educação mais baixa (Kewi, Tesema, & Negussie, 2018), assim como também possuem maior conhecimento em saúde (Chen et al., 2014). Dessa forma, um conhecimento leigo poderia estar relacionado positivamente a cuidado em saúde e a percepção de empatia, contudo à medida que o conhecimento é muito alto, maior pode ser a capacidade crítica do usuário e, assim, avaliar o atendimento de uma forma mais criteriosa quando comparado aos usuários com menor escolaridade.

No que se refere à percepção de empatia da profissional pelo usuário (CARE) e características do histórico de acompanhamento na unidade, observou-se que o usuário atribuiu maiores escores de empatia para as enfermeiras com as quais já tinha tido outros atendimentos, assim como também conforme maior era o tempo que estava sendo acompanhado na unidade. A associação entre o fato de o usuário conhecer previamente a profissional e já estar sendo acompanhado na unidade de saúde com sua percepção da empatia já havia sido reportado por outros estudiosos (Aomatsu et al., 2014; Fung, Hua, Tam, & Mercer 2009), sugerindo que a escolha por permanecer com o mesmo profissional é devido a uma relação de confiança estabelecida entre ambos. Sabe-se que à medida que o profissional demonstra empatia, maior confiança o usuário deposita neste (Lan & Yan, 2017). Para o usuário, profissionais mais empáticas seriam aquelas com mais tempo de experiência na APS. Pode-se sugerir que trabalhadores que atuam na APS por um período maior de tempo conhecem a proposta de trabalho e as demandas diárias dos usuários e da comunidade, o que faz com que saibam que questões relacionadas à violência e ao uso de substâncias são comuns nesse campo, conhecendo assim o sofrimento de quem busca atendimento e possibilitando vivenciar a experiência desse usuário sem julgamentos morais.

Entre as hipóteses formuladas inicialmente, esperava-se: (a) uma associação positiva entre a empatia autorreferida de enfermeiras(os) e a empatia percebida dos usuários atendidos, o que não se concretizou; (b) uma associação negativa entre o estresse ocupacional e a empatia autorrelatada por enfermeiras(os), o que foi observado em algumas dimensões das escalas de estresse ocupacional, porém eram esperados associações positivas entre a dimensão apoio social e a IRI, assim como relações negativas entre a variável comprometimento excessivo e a IRI, o que não ocorreu; c) que os usuários percebessem as enfermeiras(os) menos empáticas(os) quando estas apresentassem níveis elevados de estresse, o que foi parcialmente corroborado, visto que houve diferença estatisticamente significativas com IRIxERI e CARE, sugerindo que a percepção do usuário da empatia da profissional muda conforme os níveis de estresse, porém

análises não demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Limitações

A não congruência entre a percepção de empatia da profissional e do usuário demonstra a complexidade em entender, descrever e avaliar a comunicação empática. Conforme exposto, há inúmeros fatores para essa desconexão, como variáveis sociodemográficas do usuário e da profissional e questões específicas do atendimento. A própria questão teórica quanto à definição de empatia e como ela pode ser operacionalizada ainda é divergente na literatura. A IRI é uma escala que compreende a empatia como um construto multidimensional, abrangendo respostas cognitivas e emocionais, assim como assume a empatia como um traço da personalidade (Davis, 1983). Já a CARE é um instrumento que compreende a empatia como um construto cognitivo-comportamental e inclui itens que versam sobre atributos perceptivos e interacionais (Reynolds & Scott, 1999). Portanto, as medidas apresentam duas vertentes distintas para compreender o mesmo construto. Implica que, mesmo que o profissional acredite ser empático e que compreende as demandas do usuário, ainda há a possibilidade de não conseguir expressar sua compreensão de forma empática (Grosseman et al., 2014).

Destaca-se o número baixo de enfermeiras(os) que aceitaram participar ($n = 36$), assim como a distribuição de usuários por profissional (três a seis) pode ter influenciado os resultados da associação entre a CARE e a IRI, em que para obter uma medida confiável seriam necessários mais de 38 pacientes (Matsuhisa et al., 2018). Da mesma forma, não encontrar diferenças entre os quatro grupos no Modelo B – IRIxERI e CARE possa ser devido ao limitado número de enfermeiras(os). O estudo prévio (Pinheiro et al., 2019), a partir do qual se estabeleceu os convites para participar no presente estudo, contava com 102 enfermeiras(os), sendo que somente 34% aceitou participar deste estudo. Também não foram questionados os motivos que levaram os usuários a buscarem atendimento, podendo haver diferenças na avaliação dos usuários quanto à empatia das profissionais quando o atendimento é devido a questões de saúde mental e quando ocorre por questões situacionais, como gripes ou viroses por exemplo.

Conclusões

O propósito deste estudo era investigar se haveria congruência entre a empatia autorreferida por enfermeiras(os) (IRI) e a empatia percebida pelo usuário (CARE), assim como

entender o impacto de variáveis contextuais (estresse ocupacional) e sociodemográficas nessa relação. Os dados apontam não haver associação estatisticamente significativa entre a IRI e a CARE. No entanto, quando variáveis como o estresse ocupacional atuam como mediadores dessa relação, percebe-se que o usuário avalia a profissional com maiores índices de estresse ocupacional como menos empática, demonstrando que há fatores e condições do processo de trabalho que impactam tanto na percepção da profissional de sua empatia quanto na percepção do usuário sobre a empatia de quem lhe atendeu.

Salienta-se a importância de se atentar para os fatores contextuais do ambiente de trabalho e o impacto na saúde do trabalhador. Nesse estudo, observou-se que estar exposto a violência também afeta a empatia autorreferida, em que à medida que a exposição à violência aumenta, os níveis de empatia diminuem. Apesar de fatores considerados estressantes estarem presentes em qualquer ambiente laboral, reconhecer estes e poder intervir precocemente pode auxiliar a evitar o adoecimento do profissional, principalmente com o auxílio de ações de prevenção e promoção à saúde (Pérez-Fuentes, Jurado, Martínez, & Linares., 2019). Referente aos usuário, ressalta-se o impacto que variáveis sociodemográficas têm na percepção de empatia do usuário, principalmente em pessoas autodeclaradas pretas, com baixo status socioeconômico e nível educacional, indicando que o atendimento é diferenciado devido a essas condições.

Sugere-se que próximos estudos incluam demais variáveis com o intuito de compreender melhor os fatores que podem mediar a congruência entre a empatia autorreferida do profissional e a empatia percebida pelo usuário da comunicação empática deste profissional. Também se indica que os instrumentos utilizados tenham a mesma compreensão sobre a empatia, em que os pesquisadores utilizem questionários que avaliem também a percepção de comunicação empática do próprio trabalhador. Ademais se recomenda a utilização de observadores externos para avaliarem a interação do profissional e do usuário, afinal como foi observado por Grossemann et al. (2014) pode haver discrepância entre as avaliações. Ressalta-se que a empatia não é apenas um elemento característico do trabalhador da saúde, mas também do próprio usuário. Pomponi et al. (2016), por exemplo constatou que a falta de empatia de pacientes com a doença de Parkinson estava associada com índices elevados de estresse dos seus cuidadores. Pode-se pensar na possibilidade de que, quando o profissional percebe o estresse do usuário e a falta de interesse deste em interagir isso também pode afetar sua autoavaliação, acreditando que possa ter falhado de alguma forma. Avaliadores externos podem suprir essas lacunas e apresentarem resultados mais neutros baseados apenas no comportamento dos profissionais e se este foi condizendo com o esperado.

REFERENCIAS

- Alves, M. G. D. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. D. S., & Werneck, G. L. (2004). Short version of the "job stress scale": a Portuguese-language adaptation. *Revista de Saúde Pública, 38*(2), 164-171. DOI: 10.1590/S0034-89102004000200003
- Amaral, D. M. (2007). *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde* (Tese de doutorado). Faculdade de Saúde Coletiva - Ciências Humanas e Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1955_1935_amaraldaniela.pdf
- Arpey, N. C., Gaglioti, A. H., & Rosenbaum, M. E. (2017). How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health, 8*(3), 169-175. DOI: 10.1177/2150131917697439
- Aomatsu, M., Abe, H., Abe, C., Yasui, H., Suzuki, T., Sato, J., Ban, N., & Mercer, S. W. (2013). Validity and reliability of the Japanese version of the CARE Measure in a general medicine outpatient setting. *Family Practice, 31*(1), 118-126. DOI: 10.1093/fampra/cmt053
- Berg, K., Majdan, J. F., Berg, D., Veloski, J., & Hojat, M. (2011a). A comparison of medical students' self-reported empathy with simulated patients' assessments of the students' empathy. *Medical teacher, 33*(5), 384-388. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182224f1f.
- Berg, K., Majdan, J. F., Berg, D., Veloski, J., & Hojat, M. (2011b). Medical students' self-reported empathy and simulated patients' assessments of student empathy: an analysis by gender and ethnicity. *Academic Medicine, 86*(8), 984-988. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182224f1f.
- Bernardo, M. O., Cecílio-Fernandes, D., Costa, P., Quince, T. A., Costa, M. J., & Carvalho-Filho, M. A. (2018). Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS One, 13*(5), 1-13. DOI: 10.1371/journal.pone.0198488
- Bezerra, F. N., Silva, T. M. da, & Ramos, V. P. (2012). Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. *Acta Paulista de Enfermagem, 25*(2), 151-156. DOI: 10.1590/S0103-21002012000900024
- Bikker, A. P., Fitzpatrick, B., Murphy, D., Forster, L., & Mercer, S. W. (2017). Assessing the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in sexual health nurses' consultations. *BMC Nursing, 16*(71), 1-9. DOI 10.1186/s12912-017-0265-8
- Birhanu, Z., Assefa, T., Woldie, M., & Morankar, S. (2012). Predictors of perceived empathy among patients visiting primary health-care centers in central Ethiopia. *International Journal for Quality in Health Care, 24*(2), 161-168. DOI: 10.1093/intqhc/mzs001
- Bry, K., Bry, M., Hentz, E., Karlsson, H. L., Kyllönen, H., Lundkvist, M., & Wigert, H. (2016). Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents'

- emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta paediatrica*, 105(4), 397-406. DOI:10.1111/apa.13295.
- Carvalho, M. D. (2012). *Contribuições ao planejamento da força de trabalho em saúde para a atenção básica* (Tese de doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. Recuperado de http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309347/1/Carvalho_Manoelade_D.pdf
- Chen, G. D., Huang, C. N., Yang, Y. S., & Lew-Ting, C. Y. (2014). Patient perception of understanding health education and instructions has moderating effect on glycemic control. *BMC public health*, 14(1), 1-9. DOI: 10.1186/1471-2458-14-683.
- Choi, S. M., Lee, J., Park, Y. S., Lee, C-H., Lee, S-M., & Yim, J. J. (2016). Effect of Verbal Empathy and Touch on Anxiety Relief in Patients Undergoing Flexible Bronchoscopy: Can Empathy Reduce Patients' Anxiety? *Respiration*, 92(6), 380-388. DOI: 10.1159/000450960
- Chor, D., Werneck, G. L., Faerstein, E., Alves, M. G. D. M., & Rotenberg, L. (2008). The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 219-224. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100022
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113-136. DOI: 10.1037/0022-3514.44.1.113
- Derksen, F., Bensing, J., Kuiper, S., Meerendonk, M. van, & Lagro-Janssen, A. (2015). Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. *Family practice*, 32(1), 94-100. DOI: 10.1093/fampra/cmu080
- Devoldre, I., Davis, M. H., Verhofstadt, L. L., & Buysse, A. (2010). Empathy and social support provision in couples: Social support and the need to study the underlying processes. *The Journal of psychology*, 144(3), 259-284. DOI: 10.1080/00223981003648294.
- Duarte, V. R. C. A. (2013). *Sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família* (Trabalho de conclusão de curso). Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4163.pdf>
- Ferreira, C. A. A., Neto, M. T. R., Kilimnik, Z. M., & Santos, A. S. dos (2016). O Contexto do Estresse Ocupacional dos Trabalhadores da Saúde: estudo bibliométrico. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 5(2), 84-99. DOI: 10.5585/rgss.v5i2.233
- Ferri, P., Guerra, E., Marcheselli, L., Cunico, L., & Di Lorenzo, R. (2015). Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomed for Health Professions*, 86(2), 104-115.

- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS-2*. Bookman Editora.
- Filha, M. M. T., Costa, M. A. S de, & Guilam, M. C. R. (2013). Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 475-483. DOI: 10.1590/S0104-11692013000200002.
- Finstad, G. L., Ariza-Montes, A., Giorgi, G., Lecca, L. I., Arcangeli, G., & Mucci, N. (2019). The JDCS model and blue-collar bullying: decent working conditions for a healthy environment. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 1-16. DOI: 10.3390/ijerph16183411
- Flickinger, T. E., Saha, S., Roter, D., Korthuis, P. T., Sharp, V., Cohn, J., Eggly, S., Moore, R. D., & Beach, M. C. (2016). Clinician empathy is associated with differences in patient-clinician communication behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. *Patient Education and Counseling*, 99(2), 220-226. DOI: 10.1016/j.pec.2015.09.001
- Forgiarini, M., Gallucci, M., & Maravita, A. (2011). Racism and the empathy for pain on our skin. *Frontiers in Psychology*, 2(108), 1-7. DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00108
- Fung, C. S. C., Hua, A., Tam, L., & Mercer, S. W. (2009). Reliability and validity of the Chinese version of the CARE Measure in a primary care setting in Hong Kong. *Family Practice*, 26(5), 398-406. DOI: 10.1093/fampra/cmp044
- Gerace, A., Oster, C., O’Kane, D., Hayman, C. L., & Muir-Cochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse-consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing* 27(1), 92-105. DOI: 10.1111/inm.12298
- Glaser, K. M., Markan, F. W., Adler, H. M., McManus, R. P., & Hojat, M. (2007). Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: A validity study. *Medical Science Monitor*, 13(7), 291-294. Recuperado de <https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/487348>
- Gleichgerricht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PloS one*, 8(4), 1-12. DOI: 10.1371/journal.pone.0061526
- Grossemann, S., Novack, D. H., Duke, P., Mennin, S., Rosenzweig, S., Davis, T. J., & Hojat, M. (2014). Residents’ and standardized patients’ perspectives on empathy: issues of agreement. *Patient education and counseling*, 96(1), 22-28. DOI: 10.1016/j.pec.2014.04.007
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., & Gonnella, J. S. (2010). Patient of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust perceptions,

- and compliance. *International Journal of Medical Education*, 1(1), 83-87. DOI: 10.5116/ijme.4d00.b701.
- Jiang, T., Ge, H., Sun, J., Li, R., Han, R., & Liu, J. (2017). Relationship between occupational stress, 5-HT_{2A} receptor polymorphisms and mental health in petroleum workers in the Xinjiang Arid desert: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 14(4), 1-11. DOI: 10.3390/ijerph14040402
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342. DOI: 10.2105/AJPH.78.10.1336
- Kane, G. C., Gotto, J. L., Mangione, S., West, S., & Hojat, M. (2007). Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croatian Medical Journal*, 48(1), 81-86. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080494/pdf/CroatMedJ_48_0081.pdf
- Kanno, N. de P., Bellodi, P. L., & Tess, B. H. (2012). Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 884-894. DOI: 10.1590/S0104-12902012000400008.
- Kelly, P. A., & Haidet, P. (2007). Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. *Patient education and counseling*, 66(1), 119-122. DOI: 10.1016/j.pec.2006.10.007
- Kewi, S. Y., Tesema, A. A., & Negussie, B. B. (2018). Patient's Perception towards Quality of Nursing Care in Inpatient Department at Public Hospitals of Benishangul Gumuz Regional State, North West Ethiopia. *J Nurs Care*, 7(467), 2167-1168. DOI: 10.4172/2167-1168.1000467
- Knight, L. K., Stoica, T., Fogleman, N. D., & Depue, B. E. (2019). Convergent Neural Correlates of Empathy and Anxiety During Socioemotional Processing. *Frontiers in human neuroscience*, 13(1), 1-15. DOI: 10.3389/fnhum.2019.00094
- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., & Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: The combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *Biomed Central Family Practice*, 15(15), 1-7. DOI: 10.1186/1471-2296-15-15
- Lan, Y. L., & Yan, Y. H. (2017). The impact of trust, interaction, and empathy in doctor-patient relationship on patient satisfaction. *J Nurs Health Stud*, 2(2), 1-7. DOI: 10.21767/2574-2825.100015
- Latimer, M., Jackson, P. L., Eugène, F., MacLeod, E., Hatfield, T., Vachon-Préseau, E., Michon, P-E., & Prkachin, K. M. (2018). Empathy in paediatric intensive care nurses part 1: Behavioural and psychological correlates. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 2676-2685. DOI: 10.1111/jan.13333
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout.

Journal of Applied Psychology, 75(6), 743-747. DOI: 10.1037/0021-9010.75.6.743

- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21(12), 1255-1264. DOI: 10.1002/pon.2115
- Leonelli, L. B., Andreoni, S., Martins, P., Kozasa, E. H., Salvo, V. L. D., Sopezki, D., Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., & Demarzo, M. M. P. (2017). Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(2), 286-298. DOI: 10.1590/1980-5497201700020009
- Lua, I., Araújo, T. M. de, Santos, K. O. B., & Almeida, M. M. G. de (2018). Factors associated with common mental disorders among female nursing professionals in primary health care. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(20), 1-14. DOI: 10.1186/s41155-018-0101-4
- Matsuhisa, T., Takahashi, N., Aomatsu, M., Takahashi, K., Nishino, J., Ban, N., & Mercer, S. W. (2018). How many patients are required to provide a high level of reliability in the Japanese version of the CARE Measure? A secondary analysis. *BMC family practice*, 19(1), 1-5. DOI: 10.1186/s12875-018-0826-2.
- Maina, I., Belton, T., Ginzberg, S., Singh, A., & Johnson, T. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science & Medicine*, 199(1), 219-229. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.05.009
- Mercer, S. W., Higgins, M., Bikker, A. M., Fitzpatrick, B., McConnachie, A., Lloyd, S. M., Little, P., & Watt, G. C. (2016). General practitioners' empathy and health outcomes: a prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 117-124. DOI: 10.1370/afm.1910
- Mercer, S. W., McConnachie, A., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. M. (2005). Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Family Practice*, 22(3), 328-334. DOI: 10.1093/fampra/cmh730
- Mercer, S. W., Hatch, D. J., Murray, A., Murphy, D. J., & Eva, H. W. (2007). Capturing patients' views on communication with anaesthetists: the CARE measure. *Clinical Governance: An International Journal*, 13(2), 128-137. DOI: 10.1108/14777270810867320
- Monica, E. L. L. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing and Health*, 4(4), 389-400. DOI: 10.1002/nur.4770040406
- O'Connor, K., King, R., Malone, K. M., & Guerandel, A. (2014). Clinical examiners, simulated patients, and student self-assessed empathy in medical students during a psychiatry objective structured clinical examination. *Academic Psychiatry*, 38(4), 451-457. DOI: 10.1007/s40596-014-0133-8
- Park, K. H., Kim, D. H., Kim, S. K., Yi, Y. H., Jeong, J. H., Chae, J., Hwang, J., & Roh, H. (2015). The relationships between empathy, stress and social support among medical

- students. *International journal of medical education*, 5(6), 103-108. DOI: 10.5116/ijme.55e6.0d44.
- Paro, H. B., Silveira, P. S., Perotta, B., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R., Bonito, R. F., Martins, M. A., & Tempski, P. Z. (2014). Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout?. *PloS one*, 9(4), 1-10. DOI: 10.1371/journal.pone.0094133
- Patterson, C. (1974). *Relationship Counselling and Psychotherapy*. New York: Harper & Row
- Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., Martos Martínez, Á., & Gázquez Linares, J. J. (2019). Analysis of the risk and protective roles of work-related and individual variables in burnout syndrome in nurses. *Sustainability*, 11(20), 1-17. DOI: 10.3390/su11205745
- Peruzzo, H. E., Bega, A. G., Lopes, A. P. A. T., Haddad, M. D. C. F. L., Peres, A. M., & Marcon, S. S. (2018). Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*, 22(4), 1-8. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372
- Pettit, K. E., Turner, J. S., Kindrat, J. K., Blythe, G. J., Hasty, G. E., Perkins, A. J., Ashburn-Nardo, L., Milgrom, L. B., Hobgood, C. D., & Cooper, D. D. (2017). Effect of Socioeconomic Status Bias on Medical Student-Patient Interactions Using an Emergency Medicine Simulation. *AEM education and training*, 1(2), 126-131. DOI:10.1002/aet2.10022
- Pinheiro, J. P., Sbicigo, J. B., & Remor, E. (2019) Associação da empatia e do estresse ocupacional com o burnout em profissionais da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Citado em 15/06/2020]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/associacao-da-empatia-e-do-estresse-ocupacional-com-o-burnout-em-profissionais-da-atencao-primaria-a-saude/17080?id=17080>.
- Pomponi, M., Ricciardi, L., La Torre, G., Fusco, D., Morabito, B., Ricciardi, D., Di Gioia, A., Bernabei, R., & Bentivoglio, A. R. (2016). Patient's Loss of Empathy Is Associated With Caregiver Burden. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(9), 717-722. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000568.
- Ramírez, G. D. J. P., & Vallejos, R. M. C. (2017). Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investigación en educación médica*, 6(24), 221-227. DOI: 10.1016/j.riem.2016.11.001
- Retuerto, Á. P. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*, 22(3), 323-339. Recuperado de http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL22_3_3.pdf
- Reynolds, W. (1994). The influence of clients' perceptions of the helping relationship in the development of an empathy scale. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1(1), 23-30. DOI: 10.1111/j.1365-2850.1994.tb00005.x

- Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6(5), 363-370. DOI: 10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x
- Ribeiro, R. P., Marziale, M. H. P., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., & Ribeiro, P. H. V. (2018). Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(1), 1-6. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.65127
- Roldán, G. M., Salazar, I. C., Garrido, L., & Ramos, J. M. (2013). Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. *Health*, 5(2), 193-199. DOI: 10.4236/health.2013.52027
- Roque, H., Veloso, A., Silva, I., & Costa, P. (2015). Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3087-3097. DOI: 10.1590/1413-812320152010.00832015
- Rosnow, R. L., & Rosenthal, R. (2005). *Beginning behavioral research: A conceptual primer*. (5th Ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rossen, B., Johnsen, K., Deladisma, A., Lind, S., & Lok, B. (2008). Virtual Humans Elicit Skin-Tone Bias Consistent with Real-World Skin-Tone Biases. In H. Prendinge, J. Lester, & M. Ishizuka (Eds). *Intelligent Virtual Agents. IVA 2008. Lecture Notes in Computer Science* (vol. 5208, pp. 237-244). Berlin, Heidelberg: Springer
- Rostamabad, A., Kargar, F. S., Jalilian, H., Choobineh, A., Azmoon, H., & Shakerian, M. (2019). The relationship between work-related psychosocial factors and burnout among Iranian nurses: Job Demand-Control-Support model. *La Medicina del lavoro*, 110(4), 312-320. DOI: 10.23749/mdl.v110i4.8025
- Rueckert, L., Branch, B., & Doan, T. (2011). Are gender differences in empathy due to differences in emotional reactivity?. *Psychology*, 2(6), 574-578. DOI: 10.4236/psych.2011.26088
- Ruiz-Hernández, J. A., López-García, C., Llor-Esteban, B., Galián-Muñoz, I., & Benavente-Reche, A. P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International journal of clinical and health psychology*, 16(3), 295-305. DOI 10.1016/j.ijchp.2016.06.001
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E., & Tell, G. S. (2005). Testing the job demand-control-support model with anxiety and depression as outcomes: the Hordaland health study. *Occupational medicine*, 55(6), 463-473. DOI: 10.1093/occmed/kqi071
- Santos, A. F. D. O., & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. *Psicologia em estudo*, 15(2), 245-253. DOI: 10.1590/S1413-73722010000200003
- Scanlan, J. N., & Still, M. (2019). Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. *BMC health services research*, 19(1), 1-11. DOI: 10.1186/s12913-018-3841-z

- Scarpellini, G. R., Capellato, G., Rizzatti, F. G., Silva, G. A., & Baddini-Martinez, J. A. (2014). Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP*, 47(1), 51-58. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v47i1p51-58
- Seidel, E-M., Habel, U., Finkelmeyer, A., Schneider, F., Gur, R. C., Derntl, B. (2010). Implicit and explicit behavioral tendencies in male and female depression. *Psychiatry Research*, 177(1-2), 124-130. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.02.001
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E., & Zechmeister, J. (2009). *Research Methods in Psychology*. New York: McGraw-Hill
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41. DOI: 10.1037/1076-8998.1.1.27
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social science & medicine*, 58(8), 1483-1499. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00351-4
- Silva, G. S. (2009). *O Processo de Trabalho do Coordenador Municipal da Estratégia de Saúde da Família* (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Recuperado de <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp100547.pdf>
- Silva, S. C. P., Nunes, M. A. P., Santana, V. R., Reis, F. P., Neto, J. M., & Lima, S. O. (2015). A síndrome de Burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3011-3020. DOI: 10.1590/1413-812320152010.19912014
- Soler-Gonzalez, J., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., & Vivanco, L. (2017). Human Connections and Their Roles in the Occupational Well-being of Healthcare Professionals: A Study on Loneliness and Empathy. *Frontiers in Psychology*, 8(1475), 1-10. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01475.
- Stange, K. C. (2009). The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *The Annals of Family Medicine*, 7(2), 100-103. DOI: 10.1370/afm.971
- Stange, K. C., & Ferrer, R. L. (2009). The paradox of primary care. *The Annals of Family Medicine*, 7(4), 293-299. DOI: 10.1370/afm.1023
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9-26. DOI: 10.1037/1076-8998.1.1.9
- Thorsteinsson, E. B., Brown, R. F., & Richards, C. (2014). The relationship between work-stress, psychological stress and staff health and work outcomes in office workers. *Psychology*, 5(1), 1301-1311. DOI: 10.4236/psych.2014.510141

- Torres, O. Y., Areste, M. E., Mora, J. R. M., & Soler-Gonzalez, J. (2015). Association between sick leave prescribing practices and physician burnout and empathy. *Public Library of Science*, *10*(7), 1-9. DOI: 10.1371/journal.pone.0133379.
- Troisi, A., & Moles, A. (1999). Gender differences in depression: an ethological study of nonverbal behavior during interviews. *Journal of Psychiatric Research*, *33*(3), 243-250. DOI: 10.1016/S0022-3956(98)00064-8
- Walocha, E., Tomaszewski, K. A., Wilczek-Rużyczka, E., & Walocha, J. (2013). Empathy and burnout among physicians of different specialties. *Folia Medica Cracoviensia*, *53*(2), 35-42. Recuperado de http://www.fmc.cm-uj.krakow.pl/pdf/53_2_35.pdf
- Wang, H., Kline, J. A., Jackson, B. E., Laureano-Phillips, J., Robinson, R. D., Cowden, C. D., d'Etienne, J. P., Arze, S. E., & Zenarosa, N. R. (2018). Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PloS one*, *13*(9), 1-12. DOI: 10.1371/journal.pone.0204113
- Wang, J. L., Lesage, A., Schmitz, N., & Drapeau, A. (2008). The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *62*(1), 42-47. DOI:10.1136/jech.2006.050591
- Williams, C. (1990). Biopsychosocial elements of empathy: A multidimensional model. *Issues in Mental Health Nursing*, *11*(2), 155-174. DOI: 10.3109/01612849009014551
- Worly, B., Verbeck, N., Walker, C., & Clinchot, D. M. (2019). Burnout, perceived stress, and empathic concern: differences in female and male Millennial medical students. *Psychology, health & medicine*, *24*(4), 429-438. DOI: 10.1080/13548506.2018.1529329
- Yang, N., Xiao, H., Cao, Y., Li, S., Yan, H., & Wang, Y. (2018). Influence of oncology nurses' empathy on lung cancer patients' cellular immunity. *Psychology Research and Behavior Management*, *11*(1), 279-287. DOI: 10.2147/PRBM.S168649
- Yosetake, A. L., Camargo, I. M. de L., Luchesi, L. B., Gherardi-Donato, E. C. S., & Teixeira, C. A. B. (2018). Estresse percebido em graduandos de enfermagem. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, *14*(2), 117-124. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000336
- Yuguero, O., Marsal, J. R., Esquerda, M., Vivanco, L., & Jorge Soler-González, J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *European Journal of General Practice*, *23*(1), 4-10. DOI: 10.1080/13814788.2016.1233173

CAPÍTULO IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como propósito investigar se haveria congruência entre a empatia autorrelatada por enfermeiras(os) e a empatia percebida pelo usuário atendido, procurando compreender também se fatores sociodemográficos apresentariam associação com a empatia expressa e percebida, assim como se fatores contextuais como o estresse ocasionado pelo ambiente de trabalho impactaria nessa relação. Para alcançar esse objetivo, primeiramente foram confirmadas as propriedades psicométricas da CARE – instrumento de avaliação da empatia percebida pelo usuário. Conforme esperado, os dados apontaram boas características psicométricas e semelhantes as encontradas em demais estudos. Consideradas as limitações, é uma medida que, por sua brevidade, pode ser utilizada para investigar a percepção individual dos usuários sobre a empatia de enfermeiras da APS do Brasil, fornecendo um feedback para a profissional quanto a sua atuação.

Os resultados do presente estudo também sugerem que, apesar de não haver uma congruência entre a empatia autorreferida pela enfermeira e a percepção de empatia desta profissional pelo usuário atendido, outros fatores parecem impactar nessa relação, como o estresse ocupacional. Observou-se que, na medida que as profissionais apresentavam menores índices de esforço e maiores índices de recompensa – menores níveis de estresse ocupacional – foram percebidas como mais empáticas pelos usuários (CARE). Assim, independente se a profissional se autoavaliou como mais ou menos empática, a avaliação do usuário sobre o comportamento empático da profissional foi influenciado pelo nível de estresse desta. Semelhantes dados demonstram o impacto negativo que o estresse ocupacional tem não apenas na própria percepção da profissional quanto a seu comportamento empático, mas que também de alguma forma reflete no comportamento da profissional de forma negativa visto a avaliação dos usuários atendidos.

Ressalta-se também que a percepção de empatia da profissional pelo usuário esteve associada com renda familiar, raça e nível de escolaridade do usuário. Torna-se preocupante que as pessoas que buscam atendimento na área da saúde percebam que exista uma diferença na forma que são tratados dependendo de suas características sociodemográficas. Por exemplo, profissionais autodeclarados pretos/pardos e brancos parecem não diferir quanto a sua percepção de empatia – não houve uma diferença nos escores da IRI. Contudo, os usuários referiram um tratamento distinto, com participantes autodeclarados pretos avaliando as profissionais como menos empáticas quando comparados aos usuários autodeclarados pardos e brancos. Não deveria haver distinção no atendimento devido a renda, raça e nível educacional,

principalmente considerando os princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade. O impacto dessa percepção é justamente na saúde do usuário, que por sentir que suas demandas não são acolhidas e escutadas pode deixar de seguir as orientações e prescrições do profissional, da mesma forma como pode deixar de frequentar a unidade de saúde.

Considerando os resultados obtidos com este estudo, destaca-se que a não congruência entre a empatia autorreferida da profissional e a empatia percebida pelo usuário, mesmo que influenciada por inúmeros outros fatores, assegura a necessidade de investimento em cursos, oficinas práticas de comunicação empática, visto que os próprios profissionais referem que na graduação pouco foi explorado com relação a esse tópico. Capacitar o trabalhador possibilita que suas habilidades sejam aprimoradas, o que conseqüentemente não apenas ocasiona em maior satisfação com o próprio trabalho exercido, mas também suscita a satisfação dos usuários atendidos, facilitando que estes sigam as recomendações propostas e apresentem melhores resultados em saúde.

ANEXOS

ANEXO A

Versão brasileira da escala CARE

Por favor, avalie as afirmações abaixo a respeito da consulta de hoje.

Por favor, selecione apenas uma resposta por item e responda a todos os itens. Como foi o médico ou a médica em:

(A versão para profissionais de enfermagem terá no cabeçalho: “Como foi o enfermeiro ou a enfermeira em:”)

1. Deixar você à vontade (sendo gentil e amigável, tratando você com respeito; sem ser frio(a) ou ríspido(a))
2. Deixar você contar sua “história” (dando tempo para você descrever sua doença completamente, com suas próprias palavras; sem lhe interromper ou distrair)
3. Realmente ouvir (prestando atenção no que você dizia; sem ficar olhando nas anotações ou no computador enquanto você falava)
4. Estar interessado em sua pessoa como um todo (perguntando ou sabendo detalhes importantes da sua vida, sua situação; sem lhe tratar “apenas como um número”)
5. Entender plenamente suas preocupações (demonstrando que ele ou ela tinha entendido corretamente suas preocupações; não esquecendo ou desconsiderando nada)
6. Mostrar cuidado e compaixão (demonstrando estar genuinamente preocupado, relacionando-se com você em um nível humano não sendo indiferente ou insensível)
7. Ser positivo (tendo uma abordagem e uma atitude positivas; sendo honesto(a), sem ser negativo(a) sobre os seus problemas)
8. Explicar as coisas claramente (respondendo completamente suas questões, explicando claramente, dando informações adequadas para você; não sendo vago)

9. Ajudar você a manter o controle (conversando sobre o que você pode fazer para melhorar sua saúde; encorajando ao invés de ficar “dando sermão”)
10. Planejar junto com você o que será feito (conversando sobre as possibilidades, envolvendo você nas decisões na medida em que você quer estar envolvido(a); não ignorando os seus pontos de vista)

Opções de resposta:

Ruim; Regular; Bom; Muito Bom;

Excelente; Não se aplica.

ANEXO B

Questionário de informações sociodemográficas, acompanhamento na unidade e satisfação com o serviço

Cabeçalho para preenchimento do coletador:

Unidade de Saúde: _____ . Profissional

de saúde: _____ . Categoria

Profissional: Enfermeiro(a) Médico(a)

Itens a serem preenchidos junto aos usuários do serviço:

1. Informações sobre o uso da unidade de saúde:

1.1. Quantas consultas aproximadamente já teve com o(a) profissional que o(a) atendeu hoje? _____.

1.2. Em média, com que frequência consulta com o profissional que o(a) atendeu hoje?

Primeira vez que consulta

Mais de uma vez no mês Uma vez por mês

Uma vez a cada três meses Uma vez a cada seis meses Uma vez a cada ano

Menos de uma vez por ano

1.3. Há quanto tempo aproximadamente está em acompanhamento com esse profissional (em meses e anos)?

_____.

1.4. Quanto tempo você acredita que durou a consulta de hoje (em minutos)?

_____.

1.5. A consulta de hoje foi agendada previamente (você ou outra pessoa veio à unidade em algum momento anterior e marcou essa consulta para hoje)? Sim Não

2. Satisfação com a unidade de saúde

2.1. Qual é a sua opinião sobre o grau de facilidade de conseguir a consulta de hoje?

Muito difícil Difícil Médio Fácil Muito fácil

2.2.

O

quanto você está satisfeito com o tempo que esperou na unidade hoje para consultar?

Muito insatisfeito(a) Insatisfeito(a) Nem insatisfeito(a), Nem satisfeito(a) Satisfeito(a) Muito satisfeito(a)

2.3. O quanto você se sentiu acolhido ao chegar à unidade hoje?

Muito mal acolhido(a) Mal acolhido(a) Nem mal, nem bem acolhido(a) Bem acolhido(a) Muito bem acolhido(a)

2.4. Como foi, como um todo, a consulta que acaba de ter?

Muito ruim Ruim Nem ruim, nem boa Boa Muito boa

2.5. Como você avalia a competência da equipe da unidade como um todo?

Muito incompetente Incompetente Nem incompetente, nem competente Competente Muito competente

2.6. O que você acha da sua relação com a equipe da unidade de saúde como um todo?

Muito ruim Ruim Nem ruim, nem boa Boa Muito boa

2.7. Qual o seu grau de satisfação com as condições físicas e o conforto da unidade de saúde hoje?

Muito insatisfeito(a) Insatisfeito(a) Nem insatisfeito(a), nem satisfeito(a) Satisfeito(a) Muito satisfeito(a)

2.8. De 1 a 5, quanto você recomendaria hoje a unidade de saúde para amigos e familiares, sendo 1 para um nível menor de recomendação e 5 para maior?

1 2 3 4 5

[O preenchimento da escala será realizado nesse ponto, após a primeira parte do questionário]

3. Identificação Pessoal:

3.1. Idade: _____ anos

3.2. Raça/Cor: Preto Pardo Branco Amarelo Indígena

3.3. Escolaridade:

Não frequentou a escola

Ensino fundamental (1º grau) incompleto Ensino fundamental (1º grau) completo

Ensino médio (2º grau) incompleto Ensino médio (2º grau) completo

Superior incompleto Superior completo

Pós-graduação completa

Pós-graduação incompleta

3.4. Ao nascer, você foi registrado(a) como: Mulher Homem

3.5. Marque a opção que melhor define sua identidade de gênero (o gênero do qual você se considera): Mulher Homem Mulher transexual Homem transexual Travesti Outro Não quero informar

3.6. Você se sente atraído(a) por: (favor marcar todas as opções que se aplicam)

Mulher Homem Mulher transexual Homem transexual Travesti Outro Não quero informar

3.7. Renda familiar mensal aproximada:

até 250 reais

250 a 500 reais

501 a 1000 reais

1001 a 2000 reais

2001 a 3000 reais

3001 a 4000 reais

4001 a 5000 reais

5001 a 6000 reais

a partir de 6000 reais

3.8. Quantas pessoas são sustentadas com essa renda?_____.

3.9. Para você, responder a esta pesquisa foi... (por favor marcar todas as que se aplicam)

Interessante Cansativo

Divertido

Desagradável Inspirador

Outro, favor especificar:_____.

Muito obrigado por sua participação!

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: TCLE Universidade Federal do Rio Grande do Sul Programa de Pós-graduação em Psicologia
Grupo de Pesquisa em Psicologia da saúde –GPPS

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar da segunda etapa da pesquisa *Associação do estresse ocupacional e do Burnout com a empatia em profissionais da atenção primária em saúde de unidades básicas tradicionais e de Estratégias de Saúde da Família*.

Qual o objetivo do estudo?

O objetivo é investigar a relação entre o estresse dos profissionais e a forma como eles atendem seus pacientes em unidades de saúde.

Quem poderá participar do estudo?

Estão sendo convidadas a participar dessa etapa da pesquisa pessoas atendidas por médicos e enfermeiros de unidades de saúde de Porto Alegre. Para fazer parte desse estudo, essas pessoas precisam ter 18 anos ou mais e não ter problema de saúde que as impeçam de participar.

O que eu tenho que fazer?

Caso aceite fazer parte da pesquisa, você irá responder a um questionário, o que deve levar em torno de 10 minutos. Sua participação é voluntária e você pode parar e sair o momento que quiser, sem nenhum prejuízo.

Esse estudo apresenta algum risco?

Esta pesquisa não supõe riscos para você e todos os procedimentos obedecem aos princípios de ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de saúde. Esse estudo é anônimo e não mudará em nada o seu atendimento na unidade. Caso você experimente algum desconforto ao preencher o questionário, a equipe de pesquisa estará a à disposição e poderá encaminhá-lo(a) a atendimento psicológico apropriado.

Como vou me beneficiar participando desse estudo?

Caso você aceite participar, terá como benefício contribuir para a pesquisa sobre saúde do trabalhador e sobre o atendimento em unidades de saúde, podendo ajudar a gerar melhorias desses serviços no futuro.

Minhas respostas serão mantidas em sigilo?

Sim, as informações coletadas serão armazenadas de maneira sigilosa e os resultados poderão ser divulgados na literatura científica, contudo sem qualquer identificação dos participantes.

Uma cópia dos dados será guardada de forma segura pelo grupo de pesquisa (Sala 101) no Instituto de Psicologia durante 5 anos.

Se eu mudar de ideia, posso desistir de continuar no estudo?

Sim! A sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum dano.

Quem são os responsáveis por esse estudo?

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador no e-mail *joaopinheiro85@gmail.com*, pelo telefone (51)95414724, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Rua Ramiro Barcelos, 2600, Porto Alegre – RS. Fones: (51)3308-5698 ou (51)3308-5066 (Secretaria Geral do Instituto de Psicologia). E-mail: cep-psico@ufrgs.br.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e entendi a explicação. Concordo em participar do projeto, sabendo que a participação é voluntária e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um(a) de nós.

Data _____/_____/_____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO D

Mensagem a ser enviada por e-mail para possíveis participantes do estudo 1 Assunto do e-mail: *Convite para pesquisa sobre estresse em profissionais de saúde* Texto do e-mail:

Prezado profissional de saúde,

Gostaríamos de lhe convidar para ajudar a ampliar o conhecimento sobre a Atenção Primária em Saúde! Queremos, com a sua colaboração, melhorar as condições de trabalho e os serviços de APS!

Estamos desenvolvendo um estudo sobre como o estresse afeta pessoas como você no dia-a-dia do trabalho no âmbito da APS. Para isso, convidamos você que é enfermeiro(a), técnico(a) ou auxiliar de enfermagem, médico(a), agente comunitário(a) de saúde, cirurgião(ã) dentista, técnico(a) ou auxiliar de saúde bucal a participar da pesquisa “Associação do estresse ocupacional e do Burnout com a empatia em profissionais da atenção primária em saúde de unidades básicas tradicionais e de Estratégias de Saúde da Família”. Sua participação será inteiramente pela internet, de forma prática e sigilosa.

Acesse o link abaixo, obtenha mais informações e participe!

[link]

Muito obrigado por sua participação!

Atenciosamente,

Mestrando João Paulo Pinheiro Prof. Dr. Eduardo Remor (orientador)

Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde – GPPS (www.ufrgs.br/gpps) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFRGS

ANEXO E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: TCLE

Programa de Pós-graduação em Psicologia - UFRGS Grupo de Pesquisa em Psicologia da
saúde – GPPS

Associação do estresse ocupacional e do Burnout com a empatia em profissionais da atenção primária em saúde de unidades básicas tradicionais e de Estratégias de Saúde da Família

Sua participação nessa pesquisa é muito importante para a Atenção Primária em Saúde brasileira!

Objetivo do estudo

Investigar a associação do estresse ocupacional e do *Burnout* com os níveis de empatia autorrelatada pelos profissionais e de empatia percebida pelos usuários em unidades básicas de saúde “tradicionais” e em Estratégias de Saúde da Família

Quem irá participar

Foram convidados a participar enfermeiros(as), médicos(as), técnicos(as)/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários(as) de saúde, cirurgiões(ãs) dentistas e auxiliares/técnicos(as) em saúde bucal da APS de Porto Alegre.

Como se dará sua participação e quais cuidados éticos serão tomados

Sua participação é voluntária e se dará por meio de preenchimento de alguns instrumentos a serem respondidos pela internet, com duração prevista de 30 minutos. Suas respostas pessoais serão mantidas sigilosas, estarão armazenadas nessa plataforma de pesquisa *online* segura (<https://pt.surveymonkey.com/>), disponíveis apenas para os pesquisadores. Uma cópia dos dados será guardada de forma segura pelo grupo de pesquisa (Sala 101) no Instituto de Psicologia durante 5 anos. **Você tem o direito de se retirar do estudo a qualquer momento**, independentemente do motivo, sem quaisquer prejuízos. Essa pesquisa foi

submetida à avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia - UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, e à aprovação da Coordenação Geral da Atenção Básica do município.

Riscos e benefícios

Esta pesquisa não supõe riscos para você e todos os procedimentos obedecem aos princípios de ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Caso você experimente algum desconforto ao preencher os instrumentos, a equipe de pesquisa estará à disposição para que você entre em contato, encaminhando-o(a) para atendimento psicológico se necessário. Em relação aos benefícios, ao participar, terá uma oportunidade de refletir sobre aspectos relacionados ao seu contexto de trabalho e contribuirá para o conhecimento sobre saúde do trabalhador, com potencial de melhoria das condições de trabalho e dos serviços de Atenção Primária em Saúde.

Contatos

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador no e-mail *joaopinheiro85@gmail.com*, pelo telefone (51)995414724, ou poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Rua Ramiro Barcelos, 2600, Porto Alegre – RS. Fones: (51)3308-5698 ou (51)3308-5066 (Secretaria Geral do Instituto de Psicologia). E-mail: *cep-psico@ufrgs.br*.

Consentimento Pós-Informação

Ao clicar sobre o botão “Eu concordo em participar da pesquisa” abaixo, você estará afirmando que concorda em participar do projeto, tendo compreendido as informações acima.

[Eu concordo em participar da pesquisa]

Se você desejar obter uma **cópia** do seu consentimento, por favor clique no **menu** do seu navegador e em “**imprimir**”.

Muito obrigado por sua participação!

ANEXO F

Versão resumida da *Job Stress Scale* adaptada para o Português

Agora, temos algumas perguntas sobre características de seu trabalho.

- a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- c) Seu trabalho exige demais de você?
- d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
- e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?
- f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho.

- l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
- m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
- n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
- p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

Opções de resposta de A até K:

Freqüentemente; Às vezes; Raramente;

Nunca ou Quase nunca.



Opções de resposta de L até Q:

Concordo totalmente;

Concordo mais que discordo; Discordo mais que concordo; Discordo totalmente.

ANEXO G

Versão brasileira da Escala *Effort-reward Imbalance*

Indique se esta de acordo ou não com as informações seguintes. Se depois da sua resposta encontrar uma seta (→) indique, em cada caso, quanto isso o estressa.

1. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada (quantidade) de trabalho.
 2. Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.
 3. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.
 4. Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.
 5. Meu trabalho exige muito esforço físico.
 6. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.
 7. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.
 8. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.
 9. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.
 10. No trabalho, eu sou tratado injustamente.
 11. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.
 12. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.
 13. Tenho pouca estabilidade no emprego.
 14. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.
 15. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.
 16. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.
 17. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.
- Assinale até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo:
18. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.
 19. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.
 20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e ‘me desligar’ facilmente do meu trabalho.
 21. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.
 22. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.

23. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.

Opções de resposta para os itens 1-6; 10-13: 31

Concordo → E com isso fico: Nem um pouco estressado; Um pouco estressado; Estressado; Muito estressado;
Discordo.

As opções de resposta para os itens 7-9 e 14-17 são as mesmas, mas as opções relativas ao estresse estão ligadas à resposta “Discordo”.

Opções de resposta para os itens 18-23:

Discordo totalmente; Discordo; Concordo;

Concordo totalmente.

□

ANEXO H

Versão brasileira do Interpersonal Reactivity Index – IRI

As seguintes afirmações questionam seus sentimentos e pensamentos em uma variedade de situações. Para cada item, indique quanto você concorda ou discorda com a afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo. Quando você tiver decidido sua resposta marque um X no número apropriado ao lado da afirmação. Leia cada item com muito cuidado antes de responder. Responda o mais honesto possível.

1. Discordo totalmente
 2. Discordo parcialmente
 3. Nem discordo/nem concordo
 4. Concordo parcialmente
 5. Concordo totalmente
-
1. Habitualmente me envolvo emocionalmente com filmes e/ou livros.
 2. Sou neutro quando vejo filmes.
 3. Incomodo-me com as coisas ruins que acontecem aos outros.
 4. Tento compreender o argumento dos outros.
 5. Sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente.
 6. Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo.
 7. Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico.
 8. Antes de tomar alguma decisão procuro avaliar todas as perspectivas.
 9. Tento compreender meus amigos imaginando como eles vêem as coisas.
 10. Fico comovido com os problemas dos outros.
 11. Preocupo-me com as pessoas que não têm uma boa qualidade de vida.
 12. Descrevo-me como uma pessoa de “coração mole” (muito sensível).

13. Costumo fantasiar com coisas que poderiam me acontecer.
14. Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda.
15. Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens.
16. Costumo me emocionar com as coisas que vejo acontecer.
17. Fico apreensivo em situações emergenciais.
18. Quando vejo uma história interessante, imagino como me sentiria se ela estivesse acontecendo comigo.
19. Tendo a perder o controle durante emergências.
20. Coloco-me no lugar do outro se eu me preocupo com ele. 34 21. Escuto os argumentos dos outros, mesmo estando convicto de minha opinião.

Pinheiro, JP, Sbicigo, JB, Remor, EA. Associação da empatia e do estresse ocupacional com o burnout em profissionais da atenção primária à saúde. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2019/Jan). [Citado em 02/03/2020]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/associacao-da-empatia-e-do-estresse-ocupacional-com-o-burnout-em-profissionais-da-atencao-primaria-a-saude/17080?id=17080&id=17080>

ANEXO I

Questionário de aspectos sociodemográficos dos profissionais, histórico profissional e contexto de trabalho na unidade

1. Identificação Profissional:

1.1. Categoria: [1] Enfermeiro(a) [2] Médico(a) [3] Agente Comunitário(a) de Saúde [4] Técnico(a)/auxiliar de enfermagem [5] Cirurgião(ã) dentista [6] Técnico/auxiliar em saúde bucal

1.2. Nome da unidade em que atua em Porto Alegre (opcional):

1.3. Em que tipo de unidade atua no município? [1] com equipe tradicional apenas (UBS) [2] com ESF apenas [3] Mista (equipe tradicional e ESF na mesma unidade)

1.4. Como se dá seu vínculo profissional? [1] Via IMESF [2] Via Secretaria Municipal de Saúde [3] Via PROVAB [4] Via Programa Mais Médicos [5] Via Estado [6] Via Federação [7] Via convênio (GHC, HCPA, PUC, HED ou outro)

1.5. Você esteve trabalhando pelo menos um dia na unidade de saúde na última semana?
[1] Sim [2] Não

1.6. Realiza atendimentos clínicos nessa unidade? [1] Sim [2] Não

1.7. Há quanto tempo atua na área da saúde (em meses)?

1.8. Há quanto tempo está na unidade de saúde em que atua hoje em dia em Porto Alegre (em meses)?

1.9. Atua em algum outro serviço de saúde? [1] Sim [2] Não

1.10. Há quanto tempo atua em Atenção Primária em Saúde (em meses)?

1.11. Possui residência ou especialização específica para atuar em Atenção Primária em Saúde? [1] Sim [2] Não

1.12. É coordenador de unidade ou ESF? [1] Sim [2] Não

1.13. Carga horária semanal: [1] 20 horas [2] 30 horas [3] 40 horas

1.14. Número de consultas, em média, por turno de atendimento (deixar em branco caso não realize consultas. Agente Comunitário deve preencher com o número de visitas domiciliares):

1.15. Com que frequência, aproximadamente, você fica sabendo de episódios de violência armada dentro do território de abrangência de sua unidade?

[1] Menos de uma vez por ano [2] Pelo menos uma vez por ano [3] Pelo menos uma vez a cada seis meses [4] Pelo menos uma vez por mês [5] Pelo menos uma vez por semana

1.16. Em uma escala de 1 a 5, pontue o quanto as condições e o espaço físico da unidade são adequados para o desempenho de sua função (1= totalmente inadequado e 5=totalmente adequado).

1 -----2-----3-----4-----5

1.17. Em uma escala de 1 a 5, pontue o quanto os equipamentos disponibilizados na unidade estão adequados para o desempenho de sua função (1= totalmente inadequado e 5=totalmente adequado).

1 -----2-----3-----4-----5

1.18. Em uma escala de 1 a 5, pontue o quanto os insumos disponibilizados na unidade estão adequados para o desempenho de sua função (1= totalmente inadequado e 5=totalmente adequado).

1 -----2-----3-----4-----5

[O preenchimento das escalas será realizado nesse ponto, após a primeira parte do questionário]

2. Identificação Pessoal:

2.1. Idade: _____ anos

2.2. Raça/Cor: [1] Preto [2] Pardo [3] Branco [4] Amarelo [5] Indígena

2.3. Ao nascer você foi registrado(a) como: [1] Mulher [2] Homem

2.4. Marque a opção que melhor define sua identidade de gênero (o gênero do qual você se considera): [1] Mulher [2] Homem [3] Mulher transexual [4] Homem transexual [5] Travesti [6] Outro [7] Não quero informar

2.5. Você se sente atraído(a) por: (favor marcar todas as opções que se aplicam)

[1] Mulher [2] Homem [3] Mulher transexual [4] Homem transexual [5] Travesti [6] Outro [7] Não quero informar

2.6. Caso queira receber uma devolução sobre as respostas que forneceu acima, por favor, digite abaixo seu endereço de e-mail:

2.7. Por fim, se for médico(a) ou enfermeiro(a), você tem uma importante contribuição para a segunda etapa dessa pesquisa. A etapa seguinte é importante porque permitirá investigar como o grau de desgaste dos profissionais, sua empatia autorreferida, o contexto de atendimento nas unidades e as próprias características dos usuários influenciam em como esses percebem a empatia dos profissionais. Para ajudar, permita que usuários atendidos por você participem desse estudo, escrevendo seu nome e a unidade em que atua abaixo. Vale lembrar que os seus dados e os dados de usuários não serão analisados individualmente (não estamos interessados no atendimento de uma pessoa em específico, mas em gerar dados estatísticos com dezenas de pessoas). Nenhuma pessoa saberá das suas respostas para qualquer das questões, permanecendo sua identificação em total sigilo.

Nome:

Unidade de Porto Alegre em que atua:

Muito obrigado por sua participação!

ANEXO J

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO DO ESTRESSE OCUPACIONAL E DO BURNOUT COM A EMPATIA EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE UNIDADES BÁSICAS TRADICIONAIS E DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: EDUARDO AUGUSTO REMOR Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66152017.6.3001.5338

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.137.264

Apresentação do Projeto:

O objetivo da presente pesquisa é investigar a associação do estresse ocupacional e do Burnout com os níveis de empatia autorrelatada pelos profissionais e de empatia percebida pelos usuários em unidades básicas de saúde “tradicionais” e em Estratégias de Saúde da Família. Essa pesquisa será dividida em dois estudos transversais, de amostragem não probabilística. Essa pesquisa será dividida em dois estudos transversais, de amostragem não probabilística. No primeiro os profissionais das categorias enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, médico(a), cirurgião(ã) dentista, técnicos(as) e auxiliares de saúde bucal e agente comunitário(as) de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre, tanto em UBS quanto em ESF, receberão por e-mail link de acesso a plataforma Survey Monkey. Através dessa, responderão às versões brasileiras da Job Stress Scale e da Escala effort-reward imbalance para avaliação de estresse no trabalho, do Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, do Índice de Reatividade Interpessoal e de um questionário abordando aspectos sócio-demográficos, histórico profissional e processo de

trabalho. No segundo estudo serão visitadas as unidades de 30 médicos(as) e 30 enfermeiros(as) sorteados entre os que houverem se identificado voluntariamente no primeiro estudo e será feita a coleta presencial com seis usuários atendidos por cada profissional sorteado. Os instrumentos utilizados serão a versão brasileira da escala Consultation and Relational Empathy.

– CARE é um questionário de informações sociodemográficas, acompanhamento na unidade e satisfação com o serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo principal desse projeto é investigar a associação do estresse ocupacional e do Burnout com os níveis de empatia autorrelatada pelos profissionais e de empatia percebida pelos usuários em unidades básicas de saúde “tradicionais” e em Estratégias de Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Os objetivos secundários dessa pesquisa são: (a) averiguar a associação do grau de estresse ocupacional e Burnout dos profissionais da APS, o modelo assistencial em que atuam (UBS ou ESF), sua categoria profissional, características sociodemográficas, condições de trabalho e histórico ocupacional com os seus níveis de empatia autorrelatada; (b) investigar a associação dos níveis de empatia, estresse ocupacional e Burnout autorrelatados por profissionais da APS, as características sociodemográficas e de histórico ocupacional desses, as condições de trabalho e o modelo assistencial em que atuam (UBS ou ESF) com os níveis de empatia percebida pelos usuários por eles atendidos; (c) averiguar a associação das características sociodemográficas, do histórico de acompanhamento e da satisfação dos usuários da APS em relação à unidade com a empatia

percebida por esses nos atendimentos; (d) averiguar a associação da coincidência ou diferença entre usuários e profissionais em relação a raça, orientação sexual ou identidade de gênero com os níveis de empatia percebida pelos usuários no atendimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o autor, estão descritos os riscos e benefícios como segue. Riscos:

Os riscos ao participar da pesquisa são mínimos e dizem respeito a algum desconforto que o participante possa experimentar ao preencher os instrumentos de pesquisa. Caso isso ocorra, a equipe de pesquisa estará à sua disposição.

Benefícios:

O participante terá como benefício contribuir para a pesquisa sobre saúde do trabalhador e sobre o atendimento em unidades de saúde, podendo ajudar a gerar melhorias desses serviços no futuro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador Responsável: Eduardo Augusto Remor

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Psicologia Tipo: Dissertação de Mestrado

Local: Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre

Número participantes: 760 (400 profissionais de saúde; 360 usuários) Cronograma: janeiro de 2017 à março 2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: foram apresentados.

Recomendações:

Recomenda-se retornar os resultados da pesquisa aos profissionais participantes tendo em vista que muitos não participam do CMS e possivelmente não ficariam cientes. Seria interessante enviar por e-mail aos que aderirem, uma cópia do resultado final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na elaboração de seu parecer foram encontradas as seguintes pendências:

No estudo 1 será enviado para leitura o TCLE, via plataforma, antes do preenchimento dos questionários. Será enviada uma cópia para os participantes em caso de dúvidas? De que forma?

Resposta do pesquisador: O termo contará com um link para que o participante possa fazer o download de uma cópia, caso deseje.

Análise: pendência atendida.

Qual será a forma de se conseguir os e-mails dos participantes de pesquisa (profissionais)?

A pesquisa será divulgada, com autorização da gestão municipal, nas reuniões mensais dos coordenadores de equipes de APS de Porto Alegre com suas gerências distritais. Nessas reuniões serão distribuídos flyers com o link para participação na pesquisa, e será solicitado que os coordenadores os entreguem às suas equipes. Também serão solicitados os endereços de e-mail dos coordenadores. Subsequentemente, será enviado e-mail a esses com o link da pesquisa, para que encaminhem às equipes e também participem, caso se encaixem nas categorias profissionais enfermeiro(a), técnico(a) de

enfermagem, médico(a), cirurgião(ã) dentista, técnicos(as) e auxiliares de saúde bucal e agente comunitário(as) de saúde que atuem na Atenção Primária em Saúde.

Análise: pendência atendida.

As pendências solicitadas foram atendida, projeto APROVADO. Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D O_P ROJETO_885004.pdf	23/03/2017 20:42:44		Aceito
Outros	Formulario_de_submissao_de_projet o_d e_pesquisa.pdf	23/03/2017 20:39:34	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Aprovacao_da_COMPESQ_UFRGS. pdf	23/03/2017 20:37:59	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_de_utilizaca o_ e_divulgacao_dos_dados.pdf	23/03/2017 20:35:51	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_e_autorizacao_da _c oordenacao_onde_sera_realizada_a_p e squisa.PDF	23/03/2017 20:33:53	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto de Pesquisa.docx	23/03/2017	EDUARDO	Aceito

Brochura		20:22:41	AUGUSTO REMOR	
Investigador				
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermosdeConsentimentoLivreeEsclarecid oEstudo2.docx	23/03/2017 20:10:28	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermosdeConsentimentoLivreeEsclareci doEstudo1.docx	23/03/2017 20:08:52	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.PDF	23/03/2017 20:04:36	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Junho de 2017

Assinado por: Thaís Schossler (Coordenador)