

Artigo Original**Congruência entre a empatia autorreferida de enfermeiros(as) 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



<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i1.7263>

Luana Dullius¹ ORCID: 0000-0003-0722-9628, Eduardo Remor^{1*} ORCID: 0000-0002-5393-8700

RESUMO

Objetivo: investigar a relação entre a empatia autorreferida por enfermeiros(as) da APS (Atenção Primária a Saúde) e a percepção do usuário sobre a empatia do(a) profissional. **Materiais e Métodos:** Participaram 36 enfermeiros(as) atuantes na APS do município de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) e 166 usuários atendidos por esses profissionais. Utilizou-se testes de correlação de Spearman para verificar a congruência entre a IRI (*Interpersonal Reactivity Index*) e a CARE (*Consultation and Relational Empathy*), assim como testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis para analisar a associação entre a IRI e a CARE com variáveis como o estresse ocupacional e características de atuação dos profissionais. **Resultados:** 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 do profissional variou conforme os níveis de estresse ($H(3) = 9,149$, $p = 0,027$). **Conclusão:** Reconhecer o impacto do estresse na forma como o profissional expressa empatia 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; Estresse ocupacional; Enfermagem; Saúde.

ABSTRACT

Objective: To investigate the congruence between nurses' self-reported empathy (IRI) and the professional's perceived empathy by the user (CARE). **Material and Methods:** The study included 36

¹ Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Brasil

*Autor Correspondente: Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia - UFRGS. Rua Ramiro Barcelos, 2600, Sala 219. CEP 90035-003, Porto Alegre – RS.

E-mail: eduardo.remor@ufrgs.br

nurses working in Primary Health Care (PHC) in the city of Porto Alegre (Rio Grande do Sul) and 166 users attended by these professionals. Spearman's correlation tests were used to check the congruence between IRI (*Interpersonal Reactivity Index*) e a CARE (*Consultation and Relational Empathy*), as well as Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests to analyze the association between IRI and CARE with variables such as occupational stress and performance characteristics of women. professionals. **Results:** 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 ($H(3) = 9.149$, $p = 0.027$). **Discussion:** Recognizing the impact of stress in the way the professional expresses empathy 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: Empathy; Occupational stress; Nursing; Health.

INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde, é indiscutível a relevância da empatia na relação profissional-usuário. Pesquisas demonstram o impacto que profissionais percebidos como empáticos têm na satisfação dos usuários atendidos¹⁻³ e nos resultados em saúde desses⁴⁻⁶. Em um sentido abrangente, o construto se refere às reações de um indivíduo às experiências observadas de outro. Entretanto, 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 desconforto⁷. No campo da saúde, 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 entendimento⁸.

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^{2,9-13}. Entre alguns elementos que influenciam na forma como profissionais expressam empatia, estudos apontam aspectos pessoais – como gênero¹⁴ e experiência prévia¹⁵ – e fatores externos, como a demanda clínica, o tempo limitado¹⁵. O estresse ocupacional também parece ser um elemento que influencia negativamente na forma como profissionais expressam a empatia¹⁶⁻¹⁸.

No campo da saúde, quando comparadas a outras categorias profissionais, a enfermagem apresenta maiores níveis de estresse ocupacional¹⁹⁻²¹. Essa constatação pode ser explicada pelas inúmeras atividades inerentes à categoria profissional como funções administrativas e assistenciais²², e as demandas do local de trabalho, tais como violência²³ que provocam sobrecarga, esgotamento, alta rotatividade, doenças e acidentes de trabalho²⁴.

O estresse ocupacional pode ocorrer quando o trabalhador percebe que demandas no ambiente de trabalho acabam se sobrepondo ao controle de sua atividade laboral, dificultando a utilização de suas habilidades intelectuais para executar tarefas, assim como indispor de autoridade para decidir como irá realizá-las²⁵. Acrescenta-se ao panorama a percepção quanto à escassez de apoio social que também demonstra estar associado ao estresse ocupacional²⁶.

Outro fator relacionado ao estresse ocupacional 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, como o alto padrão motivacional de engajamento no trabalho que pode ser considerado um elemento de risco psicológico, visto que indivíduos mais comprometidos podem se envolver em

atividades que demandam muito ou excedam seus esforços²⁷.

Sabendo a importância da empatia no contexto da saúde¹⁻⁶ observa-se a necessidade de entender tanto a perspectiva do profissional de sua capacidade de atuação empática quanto à percepção do usuário atendido pelo profissional, buscando averiguar se são percepções compatíveis. Torna-se essencial também analisar variáveis que possam estar influenciando a empatia autorreferida do profissional e a empatia percebida do usuário, como características contextuais do espaço de trabalho, tal qual o estresse ocupacional por ser um elemento presente no cotidiano desses trabalhadores. A partir dessas considerações, este estudo se propõe a investigar a relação entre a empatia autorreferida por enfermeiros(as) da APS e a percepção do usuário sobre a empatia do(a) profissional.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participantes

Neste estudo foram incluídos enfermeiros(as) que trabalham em unidades de atenção primária de saúde do município de Porto Alegre e usuários atendidos em unidades de atenção primária de saúde do município de Porto Alegre. Como critérios de inclusão, enfermeiros(as) não poderiam estar afastados(as) do trabalho por um período maior do que uma semana. Foram excluídos do estudo profissionais que exerciam atividades em unidades administradas por instituições conveniadas à prefeitura. Os usuários participantes deveriam: (a) ter 18 anos ou mais; (b) não apresentar nenhum diagnóstico de transtorno mental grave, limitação cognitiva severa ou condição de saúde que influenciasse sua capacidade de responder aos instrumentos.

Delineamento e Procedimentos

O estudo utilizou uma base de dados coletada durante 2017 e 2018 como parte de um projeto mais amplo, com anuência da gestão do município, e avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre e pela CEP da universidade pública (CAAE 66152017.6.0000.5334). A pesquisa de campo ocorreu da seguinte forma: (a) um conjunto de profissionais da enfermagem respondeu uma primeira avaliação online, via Survey Monkey® e autorizou a avaliação de seus pacientes; (b) Três semanas após a avaliação os pesquisadores foram até o centro de trabalho do profissional e se avaliou os seis primeiros usuários ao sair da consulta com a enfermagem. Todos os participantes (a e b) foram informados sobre o estudo e deram seu consentimento livre e esclarecido de participação.

Variáveis e Instrumentos

Profissionais de saúde

Aspectos sociodemográficos dos profissionais, histórico profissional e contexto de trabalho na unidade. Questionário com informações como sexo, idade, 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 de consultas em um turno de atendimento e avaliação das condições físicas da unidade.

Empatia autorreferida. Foi utilizado o Índice de Reatividade Interpessoal (*Interpersonal Reactivity Index*, IRI) em sua versão brasileira reduzida²⁸, composta por 20 itens distribuídos em quatro subescalas 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 desenvolvida por Davis⁷. Os escores podem ser obtidos tanto por subescalas, como somando todos os itens, fornecendo um escore global de empatia. Optou-se por utilizar o escore global de empatia.

Estresse ocupacional

a) *Job Stress Scale*. A versão da escala traduzida e validada para o contexto brasileiro²⁹ é relativa à versão reduzida do questionário original³⁰. O instrumento possui 17 itens divididos em três subescalas: demanda, controle e apoio social. As respostas são através de escala *Likert* de quatro pontos. O escore geral do instrumento foi obtido pela razão entre os pontos na dimensão “demanda” e aqueles provenientes da dimensão “controle”².

b) *Effort-reward Imbalance*. A escala original³¹, traduzida e validada no Brasil³², possui 23 itens divididos em três subescalas: esforço, recompensa e comprometimento excessivo. 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 indicam uma condição favorável (esforço relativamente baixo, recompensa relativamente alta), enquanto valores acima de 1 indicam uma quantidade alta de esforço que não é suprido pelas recompensas obtidas. A subescala comprometimento excessivo foi analisada em separado³¹.

Usuários do serviço de saúde

Informações sociodemográficas, acompanhamento na unidade e satisfação com o serviço. Questionário coletando informações sociodemográficas e informações referentes ao atendimento com a enfermagem – frequência com que consulta com o 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).

Percepções sobre a empatia relacional. A escala *Consultation and Relational Empathy (CARE)*⁸, traduzida e validada no Brasil¹³, 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.

Plano de 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^{33,34}. Considerando a não distribuição normal dos dados, optou-se por análises com testes não paramétricos³⁴.

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. 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.

² Comunicação pessoal de Márcia Guimarães de Mello Alves em 15 de janeiro de 2016, recebida por correio eletrônico.

Com os escores da *Job Stress Scale* (JSS) 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 formou dois modelos compostos de quatro grupos que podem ser visualizados no Quadro 1. Para realizar a análise desses grupos com a CARE, utilizou-se o teste estatístico Kruskal Wallis. Empregou-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 efetuadas³⁴.

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

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

Utilizou-se teste de correlação de Spearman para investigar a associação entre a empatia autorreferida de enfermeiros(as) (IRI) e as variáveis: estresse ocupacional – razão demanda/controlado, apoio social, pontuação geral entre esforço e recompensa e comprometimento excessivo; histórico de atuação do 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.

Testes de Mann-Whitney foram aplicados para averiguar quais as variáveis do(a) enfermeiro(a) impactavam a empatia autorreferida (IRI) para: 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. Também foram empregados testes de Mann-Whitney para verificar quais variáveis do profissional influenciariam a percepção do usuário (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.

RESULTADOS

Caracterização da amostra de enfermeiros(as)

Participaram do estudo 36 enfermeiros(as), sendo 80,8% do sexo feminino, majoritariamente autodeclarados brancos (83,8%) e com idade média de 35,5 anos ($DP = 6,28$). No total, foram coletados dados em 32 unidades de saúde distribuídas em sete gerências distritais. Quanto ao local de atuação,

87,4% dos profissionais trabalham apenas em uma unidade de saúde de Porto Alegre. Em média, os participantes atuam na APS há oito anos ($DP = 4,97$) e na unidade de saúde há três anos ($DP = 2,27$). A grande maioria possui especialização/residência ou curso técnico para atuar em unidades de saúde/APS (85,0%), é coordenador 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%).

Caracterização da amostra de usuários

Cento e sessenta e seis usuários do SUS atendidos por enfermeiros(as) de 32 unidades de saúde da APS participaram no presente estudo. A maioria dos usuários se caracterizou por ser do sexo feminino (86,8%), autodeclarados brancos (43,1%), com ensino fundamental incompleto (33,5%) e uma renda mensal familiar que variava entre 1001 e 2000 reais (38,3%). A idade variou de 18 a 75 anos ($M = 38,05$, $DP = 16,73$). Quanto ao questionário de satisfação e dados sobre a consulta, 29,2% dos participantes responderam que são atendidos pelo(a) enfermeiro(a) mais de uma vez ao mês e 28,3% informou que são atendidos a cada três meses. Referente à quantidade de vezes que já havia sido atendido pelo 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 agendamento prévio. Classificaram o atendimento que haviam acabado de ter como muito bom (59,3%) e bom (39,5%). O atendimento durou em média 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 IRlxJSS com a CARE ($H(3) = 3,125$, $p = 0,373$), indicando que, independentemente de o 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 IRlxERI e CARE, indicando que a percepção do usuário da empatia do profissional muda conforme os níveis de estresse ($H(3) = 9,149$, $p = 0,027$). Análises para verificar qual dos quatro grupos teria sido melhor avaliado pelos usuários foram realizadas, porém não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, constatou-se que o grupo 2 apresentava maiores escores no nível de empatia recebida (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 os profissionais que receberam maiores escores na avaliação de empatia por parte dos usuários foram aqueles 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 os 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 enfermeiros(as) (avaliada pela IRI) demonstrou estar correlacionada com as seguintes dimensões de estresse ocupacional: razão demanda-controle ($\rho = -0,20$, $p = 0,009$), 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 dos 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. Os resultados podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1. Correlações de Spearman entre a IRI e estresse ocupacional.

	1	2	3	4	5
1.IRI	1	-,195*	-,202**	,487**	,130
2.AP	-,195*	1	-,335**	-,194*	-,526**
3.D/C	-,202*	-,335**	1	,033	,164*
4.C. E.	,487**	-,194*	,033	1	,432**
5.E/R	,130	-,526**	,164*	,432**	1

1. IRI Global; 2. Apoio Social; 3. Razão Demanda-Controle; 4. Comprometimento excessivo; 5. Razão Esforço-Recompensa. * $p < ,05$ ** $p < ,01$

Associação da empatia autorreferida com e atuação do profissional

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 do profissional ($U = 1726,50$, $p = 0,828$). No entanto, constatou-se que profissionais que eram coordenadores de equipe apresentavam menores escores de empatia autorreferida (Mediana = 76,57) quando comparados aos 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 comparados aos profissionais que não ocupam essa função (Mediana = 68,90) ($U = 1781,50$, $p = 0,037$, $r = -0,01$). Da mesma forma, observou-se que enfermeiros(as) atuando em equipes completas apresentaram maiores escores na empatia autorrelatada (Mediana = 99,60) quando comparados àqueles 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 pelo 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 da atuação do profissional e histórico de acompanhamento na unidade

Referente às características do(a) enfermeiro(a) e a associação com a percepção do usuário de empatia do profissional (CARE), observou-se uma associação apenas entre a variável ser coordenador de equipe ou não, em que profissionais que exercem a função de coordenação foram avaliados como menos empáticos pelos usuários (Mediana = 78,41) quando comparados aos profissionais que não exercem a função (Mediana = 94,36) ($U = 2419,50$, $p = 0,045$, $r = -0,01$). Os dados sugerem que a percepção de empatia do usuário sobre a atuação do(a) enfermeiro(a) da saúde estão associados a quantidade de atendimentos que o usuário teve com o 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 do profissional na atenção primária a saúde ($\rho = 0,17$, $p = 0,024$).

DISCUSSÃO

Ao contrário do que era esperado, os resultados do presente estudo 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 encontraram tanto associações positivas entre a empatia autorreferida e a empatia percebida por outro^{10,35}, como também não encontram resultados que demonstrassem uma associação dessas variáveis^{9,11-13}.

Uma das possíveis explicações deste estudo não ter encontrado congruência entre a CARE e a IRI está na limitação imposta pelo número de usuários por profissional que responderam a CARE - 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 – 38 a 50 pacientes por profissional^{36,8}. Assim, um maior número de usuários por profissional poderia fornecer uma medida mais 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 experiência¹⁵ e expectativas a respeito da consulta³⁷ e do sistema de saúde⁹ são também possíveis fatores que podem explicar porque não houve associação entre a empatia autorreferida e a empatia percebida. Ademais há características individuais do usuário, como sua habilidade emocional, que interfere na percepção de empatia e que independe do comportamento do profissional³⁸.

O estresse ocupacional parece ser um dos fatores que influencia a capacidade do profissional da enfermagem de ser empático, porém a investigação com essa variável ainda é escassa¹⁶⁻¹⁸. Sabe-se que à medida que o trabalhador percebe que tem controle e recursos para realizar seu trabalho, maiores são seus níveis de satisfação, menores os índices de exaustão e intenção de rotatividade³⁹. Já quando há a percepção de que demandas sobressaem a possibilidade de ter controle e autonomia de sua atividade laboral, tais características se tornam preditoras de um ambiente estressante⁴⁰ e de possível adoecimento^{41,42}, potencializando o risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e de depressão^{43,44}.

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 primeiro plano⁴⁵. 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. Seria uma possível explicação para os resultados observados entre a IRI e a dimensão razão demanda-controle.

Já a variável comprometimento excessivo é considerada um fator de risco para a saúde, visto que torna os trabalhadores sujeitos a exagerarem seus esforços, tendo como resultado uma suscetibilidade à frustração devido a terem altas expectativas de recompensa²⁷. A partir dessas características, não se esperava uma relação positiva entre essa dimensão do estresse e a IRI. Apesar de não ser possível estabelecer relação causal entre tais variáveis, pode-se pensar na possibilidade de que quanto mais empático o profissional é, mais comprometido está em atender as demandas dos usuários, resultando em ambas variáveis associadas positivamente.

Apesar de tais resultados contribuírem para entender de que forma o estresse e a empatia podem estar associados, talvez a maior contribuição desse estudo tenha sido observar que o estresse do trabalhador pode contribuir na forma como o usuário percebe a empatia do profissional que lhe atende. Apesar de não haver associações estatisticamente significativas entre os quatro grupos da IRIxERI com a CARE, a mediana obtida indica que profissionais com maiores níveis de estresse ocupacional, principalmente aqueles com maior esforço e menor recompensa, também foram àqueles avaliados como sendo menos empáticos pelos usuários. Sugere, assim, que há um impacto negativo do estresse na maneira de expressar empatia, o que também é percebido pelo usuário atendido que avalia o profissional de forma mais negativa. Destaca-se que a avaliação negativa do usuário com relação ao profissional está relacionada a frustração e até mesmo a desistência de continuar o atendimento⁴⁶.

Na APS, ressaltam-se como dificultadores do processo de trabalho demandas referentes ao tráfico de substâncias ilícitas e a violência²³. A associação negativa entre estar exposto a violência e o construto empatia já havia sido observada na literatura⁴⁷. Vivenciar situações de violência está associado a uma diminuição no bem-estar psicológico⁴⁸, o que demonstra o impacto negativo na saúde mental e pode influenciar a capacidade do profissional em ser empático, explicando os resultados desse estudo.

Também foi averiguado que quanto mais consultas o(a) enfermeiro(a) realiza por turno, menores os níveis de empatia autorreferida, o que condiz com o que a literatura vem apontando¹. Como em média os profissionais atendem 15 usuários por turno, o tempo para cada atendimento é limitado, indicando uma escuta não qualificada, resultando em uma dificuldade de demonstrar empatia e ocasionando uma autoavaliação negativa do próprio comportamento empático. Da mesma forma, a associação positiva entre a IRI e a adequabilidade das condições físicas e espaço no trabalho indica que há uma relação entre o comportamento empático e fatores externos ao profissional. Assim, há indícios da relação entre estresse ocupacional e empatia autorreferida do profissional, visto que da mesma forma que o estresse ocupacional está relacionado a piores condições de trabalho^{49,50}, a empatia parece estar associada positivamente com condições laborais adequadas.

Observou-se que profissionais de enfermagem apresentaram menores índices de empatia quando exercem a função de coordenação de equipe e nos momentos que estão trabalhando em equipe incompleta. Esses resultados podem ser devidos justamente à sobrecarga de trabalho. Atuar em equipe incompleta ocasiona, por exemplo, o acúmulo de trabalho, já que o(a) enfermeiro(a) precisa cumprir sua carga laboral e assumir as atividades que seriam de outro profissional^{20,51}. Já o cargo de coordenador é desenvolvido normalmente de forma conjunta com a atividade clínica. Há, assim, um acúmulo de funções que pode gerar excesso de trabalho^{52,53}, o que pode ter induzido a referirem menores índices de empatia e o mesmo parece ser percebido pelos usuários. A possível limitação no tempo de atendimento considerando as inúmeras atividades a serem realizadas e, até mesmo, uma possível dispersão do profissional possa ter dificultado a dedicação ao usuário, o que direcionou a uma avaliação negativa tanto por parte do profissional de sua atuação quanto do usuário atendido.

A associação entre o usuário conhecer previamente o profissional e já estar sendo acompanhado na unidade de saúde com sua percepção da empatia sugere que a escolha por permanecer com o profissional é devido ao estabelecimento de uma relação de confiança, já que à medida que o profissional demonstra empatia, maior confiança o usuário deposita neste⁵⁴. Para o usuário, profissionais mais empáticos também seriam aqueles com mais tempo de experiência na APS. Pode-se sugerir que trabalhadores que atuam na APS por um período maior de tempo conhecem as demandas dos usuários e da comunidade, como as questões relacionadas à violência e ao uso de substâncias²⁴, reconhecendo o sofrimento de quem busca atendimento e possibilitando vivenciar a experiência do usuário sem julgamentos morais.

CONCLUSÃO

Entre as limitações do estudo, destaca-se o número baixo de enfermeiros(as) que aceitaram participar (n = 36), assim como a distribuição de usuários por profissional (três a seis), o que pode ter influenciado os resultados da associação entre a CARE e a IRI³⁶. Também não foram questionados os motivos que levaram os usuários a buscarem atendimento, podendo haver diferenças na avaliação desses quanto à empatia dos profissionais quando o atendimento é devido a questões de saúde mental e quando ocorre por questões situacionais, como gripes ou viroses.

Apesar dos dados do presente estudo não encontraram associação estatisticamente significativa entre a empatia autorreferida (IRI) e a empatia percebida pelo usuário (CARE), variáveis como o estresse ocupacional podem estar atuando como mediadores dessa relação. Percebe-se que o usuário avalia aquele profissional que apresenta maiores índices de estresse ocupacional como menos empático, demonstrando que há fatores e condições do processo de trabalho que impactam a relação profissional da saúde-paciente. Reconhecer o impacto do estresse na forma como o profissional expressa empatia possibilita que ações de promoção e prevenção a saúde sejam desenvolvidas no local de trabalho e reflitam não somente a saúde do trabalhador, mas também na saúde do usuário atendido.

Contribuições

LD: Concepção e planejamento do estudo, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo.

ER: Concepção e planejamento do estudo, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo.

Conflito de interesses

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERENCIAS

1. Bikker AP, Fitzpatrick B, Murphy D, Forster L, Mercer SW. Assessing the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in sexual health nurses' consultations. *BMC Nurs*. 2017; 16(1): 1-9.
2. Gerace A, Oster C, O'Kane D, Hayman CL, Muir-Cochrane E. Empathic processes during nurse–consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *Int J Ment Health Nurs*. 2018; 27(1): 92-105.
3. Wang H, Kline JA, Jackson BE, Laureano-Phillips J, Robinson RD, Cowden CD et al. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PLoS One*. 2018; 13(9): 1-12.
4. Flickinger TE, Saha S, Roter D, Korthuis PT, Sharp V, Cohn J, et al. Clinician empathy is associated with differences in patient-clinician communication behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. *Patient Educ Couns*. 2016; 99(2): 220-6.
5. Choi SM, Lee J, Park YS, Lee CH, Lee SM, Yim JJ. Effect of Verbal Empathy and Touch on Anxiety Relief in Patients Undergoing Flexible Bronchoscopy: Can Empathy Reduce Patients' Anxiety? *Respiration*. 2016; 92(6): 380-8.
6. Yang N, Xiao H, Cao Y, Li S, Yan H, Wang Y. Influence of oncology nurses' empathy on lung cancer patients' cellular immunity. *Psychol Res Behav Manag*. 2018; 11: 279-87.
7. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983; 44(1): 113-26.
8. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract*. 2005; 22(3): 328-34.
9. Bernardo MO, Cecílio-Fernandes D, Costa P, Quince TA, Costa MJ, Carvalho-Filho MA. Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS One*. 2018; 13(5): 1-13.
10. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus RP, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: A validity study. *Med Sci Monit*. 2007; 13(7): 291-4.
11. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ*. 2010; 1:83-7.
12. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson scale of patient's perceptions of physician empathy: Preliminary psychometric data. *Croat Med J*. 2007; 48(1): 81-6.
13. Scarpellini GR, Capellato G, Rizzatti FG, Silva GA da, Martinez JAB. Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Med (Ribeirao Preto Online)*. 2014; 47(1): 51.

14. Birhanu Z, Assefa T, Woldie M, Morankar S. Predictors of perceived empathy among patients visiting primary health-care centers in central Ethiopia. *Int J Qual Heal Care*. 2012; 24(2): 161-8.
15. Grosseman S, Novack DH, Duke P, Mennin S, Rosenzweig S, Davis TJ, et al. Residents' and standardized patients' perspectives on empathy: Issues of agreement. *Patient Educ Couns [Internet]*. 2014; 96(1): 22-8.
16. Soler-Gonzalez J, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Human connections and their roles in the occupational well-being of healthcare professionals: A study on loneliness and empathy. *Front Psychol*. 2017; 8(1475): 1-10.
17. Bry K, Bry M, Hentz E, Karlsson HL, Kyllönen H, Lundkvist M, et al. Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2016; 105(4): 397-406.
18. Park KH, Kim D hee, Kim SK, Yi YH, Jeong JH, Chae J, et al. The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *Int J Med Educ*. 2015; 6: 103-8.
19. Latimer M, Jackson PL, Eugène F, MacLeod E, Hatfield T, Vachon-Preseau E, et al. Empathy in paediatric intensive care nurses part 1: Behavioural and psychological correlates. *J Adv Nurs*. 2017; 73(11): 2676-85.
20. Leonelli LB, Andreoni S, Martins P, Kozasa EH, De Salvo VL, Sopezki D, et al. Estresse percebido em profissionais da estratégia saúde da família. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(2): 286-98.
21. Roque H, Veloso A, Silva I, Costa P. Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015; 20(10): 3087-97.
22. Silva SCPS, Nunes MAP, Santana VR, Reis FP, Machado Neto J, Lima SO. A síndrome de burnout em profissionais da rede de atenção primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015; 20(10): 3011-20.
23. Kanno N de P, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: Dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saude e Soc*. 2012; 21(4): 884-94.
24. Lua I, de Araújo TM, Santos KOB, de Almeida MMG. Factors associated with common mental disorders among female nursing professionals in primary health care. *Psicol Reflex e Crit*. 2018; 31(20): 1-14.
25. Patterson CH. *Relationship Counselling and Psychotherapy*. New York: Harper & Row; 1974.
26. Johnson JV., Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of random sample of the Swedish Working Population. *Am J Public Health*. 1988; 78(10): 1336-42.
27. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996; 1(1): 27-41.
28. Pinheiro JP, Sbicigo JB, Remor E. Associação da empatia e do estresse ocupacional com o burnout em profissionais da atenção primária à saúde. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020; 25(9): 1-12.
29. Guimarães de Mello Alves M, Chor D, Faerstein E, de S. Lopes C, Werneck GL. Short version of the "job stress scale": A Portuguese-language adaptation. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(2): 164-71.
30. Theorell T, Karasek RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol*. 1996; 1(1): 9-26.
31. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004; 58(8): 1483-99.
32. Chor D, Faerstein G, Guimarães M, Louretro G, Rotenberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress Versão brasileira da escala effort-reward imbalance para avaliação de estresse no trabalho. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1): 219-24.
33. Dancey C, Reidy J. *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
34. Field A. *Descobrimo a estatística usando o SPSS-2*. Bookman Editora; 2009.

35. Berg K, Majdan JF, Berg D, Veloski J, Hojat M. A comparison of medical students' self-reported empathy with simulated patients' assessments of the students' empathy. *Med Teach*. 2011; 33(5): 388-91.
36. Matsuhisa T, Takahashi N-F, Aomatsu M, Takahashi K, Nishino J, Ban N, et al. How many patients are required to provide a high level of reliability in the Japanese version of the CARE Measure? A secondary analysis. *BMC Fam Pract*. 2018; 19(1): 1-5.
37. O'Connor K, King R, Malone KM, Guerandel A. Clinical examiners, simulated patients, and student self-assessed empathy in medical students during a psychiatry objective structured clinical examination. *Acad Psychiatry*. 2014; 38(4): 451-7.
38. Lelorain S, Cattan S, Lordick F, Mehnert A, Mariette C, Christophe V, et al. Patient Education and Counseling In which context is physician empathy associated with cancer patient quality of life? 2018; 101: 1216-22.
39. Scanlan JN, Still M. Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1): 1-11.
40. Finstad GL, Ariza-montes A, Giorgi G, Lecca LI, Arcangeli G, Mucci N. The JDACS Model and Blue-Collar Bullying: Decent Working Conditions for a Healthy Environment. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(18): 1-16.
41. Rostamabadi A, Jalilian FKS, Choobineh A, Azmoon H, Shakerian M. The relationship between work-related psychosocial factors and burnout among Iranian nurses: Job Demand-Control-Support model. *Work Environ Heal*. 2019; 110(4): 312-20.
42. Miranda M, Filha T, Aparecida M, Costa DS, Cristina M, Guilam R. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013; 21(2): 1-9.
43. Thorsteinsson EB, Brown RF, Richards C. The Relationship between Work-Stress , Psychological Stress and Staff Health and Work Outcomes in Office Workers. *Psychology*. 2014; 5(1): 1301-13011.
44. Jiang T, Ge H, Sun J, Li R, Han R, Liu J. Relationship between Occupational Stress , 5-HT2A Receptor Polymorphisms and Mental Health in Petroleum Workers in the Xinjiang Arid Desert : A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2017; 14(4): 1-11.
45. Knight LK, Stoica T, Fogleman ND, Depue BE. Convergent neural correlates of empathy and anxiety during socioemotional processing. *Front Hum Neurosci*. 2019; 13(1): 1-15.
46. Derksen F, Olde Hartman TC, van Dijk A, Plouvier A, Bensing J, Lagro-Janssen A. Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. *Patient Educ Couns*. 2017; 100(5): 987-93.
47. Ruiz-Hernández JA, López-García C, Llor-Esteban B, Galián-Muñoz I, Benavente-Reche AP. Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *Int J Clin Heal Psychol*. 2016; 16(3): 295-305.
48. Roldán GM, Salazar IC, Garrido L, Ramos JM. Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. 2013; 5(2): 193-9.
49. Ferreira CAA, Neto MTR, Kilimnik ZM, Santos AS dos. O Contexto do Estresse Ocupacional dos Trabalhadores da Saúde: estudo bibliométrico. *Rev Gestão em Sist Saúde*. 2016; 5(2): 84-99.
50. Bezerra FN, Silva TM da, Ramos VP. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência : Revisão Integrativa da Literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2): 151-6.
51. Ribeiro RP, Marziale MHP, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro PHV. Occupational stress among health workers of a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39(1): 1-6.
52. Yosetake AL, Camargo IM de L, Luciana Barizon Luchesi, Gherardi-Donato ECS, Teixeira CAB. Estrés percibido en estudiantes de enfermería. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog*. 2018; 14(2): 117-24.

53. Silva GS. O Processo de Trabalho do Coordenador Municipal da Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. Available from: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp100547.pdf>
54. Lan Y, Yan Y. The Impact of Trust , Interaction , and Empathy in Doctor-Patient Relationship on Patient Satisfaction. J Nurs Heal Stud. 2017; 2(2): 1-7.