

RELAÇÃO ENTRE EMPATIA E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RELATIONSHIP BETWEEN EMPATHY AND QUALITY OF LIFE: A STUDY WITH PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS

RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y CALIDAD DE VIDA: UN ESTUDIO CON PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

 Danielle Bordin ¹
 Vivian Carla Vascoski ²
 Álex Renan Gonçalves Pereira ²
 Celso Bilynkiewicz dos Santos ³
 Camila Zanesco ⁴
 Cristina Berger Fadel ²

¹ Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública. Ponta Grossa, PR – Brasil.

² UEPG, Departamento de Odontologia. Ponta Grossa, PR – Brasil.

³ UEPG, Departamento de Odontologia, Assuntos Estudantis. Ponta Grossa, PR – Brasil.

⁴ UEPG, Setor de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Ponta Grossa, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Danielle Bordin
E-mail: daniellebordin@hotmail.com

Contribuições dos autores:

Análise estatística: Danielle Bordin, Celso B. Santos;
Coleta de Dados: Danielle Bordin, Vivian Vascoski, Alex Pereira, Camila Zanesco, Cristina B. Fadel;
Conceitualização: Danielle Bordin, Vivian Vascoski, Alex Pereira, Cristina B. Fadel;
Gerenciamento do Projeto: Cristina B. Fadel;
Investigação: Danielle Bordin, Cristina B. Fadel;
Metodologia: Danielle Bordin, Celso B. Santos, Cristina B. Fadel;
Redação - Preparação do Original: Danielle Bordin, Vivian Vascoski, Alex Pereira, Camila Zanesco, Cristina B. Fadel;
Redação - Revisão e Edição: Danielle Bordin, Camila Zanesco, Cristina B. Fadel;
Software: Celso B. Santos;
Supervisão: Danielle Bordin, Cristina B. Fadel;
Validação: Danielle Bordin, Cristina B. Fadel;
Visualização: Danielle Bordin, Vivian Vascoski, Alex Pereira, Celso B. Santos, Camila Zanesco, Cristina B. Fadel.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 01/11/2018

Aprovado em: 06/09/2019

RESUMO

Objetivo: compreender a relação entre comportamento empático e qualidade de vida de trabalhadores da rede pública de atenção à saúde no âmbito primário. **Material e método:** trata-se de estudo transversal, tipo inquérito, quantitativo, que investigou 111 profissionais da atenção primária em saúde (cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros) e 888 usuários. Para avaliar a empatia e qualidade de vida utilizaram-se os instrumentos *The World Health Organization Quality of Life Assessment - Bref* e *o Consultation and Relational Empathy*, respectivamente. A variável dependente empatia global foi criada a partir da junção de questões, e as independentes referiram-se as características demográficas, de trabalho e de qualidade de vida. Para a análise, realizou-se teste de redução de dimensionalidade e regressão logística. **Resultados:** verificou-se que 32% dos profissionais apresentaram empatia global parcial. Indivíduos com menos de 30 anos e entre 41 e 50 anos apresentaram-se menos empáticos, enquanto os com mais de 50 anos foram mais empáticos. A satisfação reduzida com a capacidade de trabalho amplia as chances de empatia global parcial (OR=1,81), assim como a necessidade extrema ou ausência de tratamento médico para levar sua vida (OR=1,80; OR=1,52), a elevada oportunidade de lazer (OR=1,30), a alta satisfação do profissional quanto ao acesso próprio aos serviços de saúde (OR=2,67) e frequência significativa de sentimentos negativos (OR=2,53; OR=1,24). **Conclusão:** o comportamento empático dos profissionais apresenta relação direta com a idade e várias dimensões da qualidade de vida, sendo fundamental o investimento em estratégias potencializadoras da qualidade de vida do trabalhador, para qualificação direta dos serviços por eles prestados.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Saúde Bucal; Pessoal de Saúde; Relações Comunidade-Instituição.

ABSTRACT

Objective: to understand the relationship between empathic behavior and quality of life of public health care workers at the primary level. **Material and method:** this is a cross-sectional, survey-type and quantitative study that investigated 111 primary health care professionals (dental surgeons, doctors and nurses) and 888 users. To assess empathy and quality of life, the instruments used were *The World Health Organization Quality of Life Assessment - Bref* and the *Consultation and Relational Empathy*, respectively. The dependent variable "global empathy" was created from the junction of questions, and the independent ones referred to demographic, work and quality of life characteristics. For the analysis, a dimensionality reduction and logistic regression test was performed. **Results:** it was verified that 32% of the professionals had partial global empathy. Individuals under 30 years old and between 41 and 50 years old were less empathic, while those over 50 years old were more empathic. Reduced satisfaction with working capacity increases the chances of partial global empathy (OR=1.81), as well as the extreme need or lack of medical treatment to lead your life (OR=1.80; OR=1.52), high opportunity for leisure (OR=1.30), high satisfaction of professionals regarding their own access to health services (OR=2.67) and significant frequency of negative feelings (OR=2.53; OR=1.24). **Conclusion:** the empathic behavior of the professionals is directly

Como citar este artigo:

Bordin D, Vascoski VC, Pereira ARG, Santos CB, Zanesco C, Fadel CB. Relação entre empatia e qualidade de vida: um estudo com profissionais da Atenção Primária à Saúde. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____];23:e-1253. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20190101

related to age and various dimensions of quality of life, being essential to invest in strategies that enhance the quality of life of workers, for direct qualification of the services they provide.

Keywords: Health Education; Oral Health; Health Personnel; Community-Institutional Relations.

RESUMEN

Objetivo: comprender la relación entre el comportamiento empático y la calidad de vida de los trabajadores de salud pública en el nivel primario. **Material y método:** estudio transversal, tipo encuesta, cuantitativo, que investigó a 111 profesionales de atención primaria de la salud (cirujanos dentales, médicos y enfermeros) y 888 usuarios. Para evaluar la empatía y la calidad de vida, se utilizaron los instrumentos The World Health Organization Quality of Life Assessment – Bref y el Consultation and Relational Empathy, respectivamente. La variable dependiente empatía global se creó a partir de la unión de preguntas, y las independientes se refirieron a las características demográficas, laborales y de calidad de vida. Para el análisis se realizó una prueba de reducción de dimensionalidad y regresión logística. **Resultados:** se encontró que el 32% de los profesionales tenían empatía global parcial. Las personas menores de 30 años y entre 41 y 50 años eran menos empáticas, mientras que las mayores de 50 años eran más empáticas. La reducción de la satisfacción con la capacidad de trabajo aumenta las posibilidades de empatía global parcial (OR = 1,81), así como la extrema necesidad o falta de tratamiento médico para llevar la vida (OR = 1,80; OR = 1,52), alta oportunidad de ocio (OR = 1,30), alta satisfacción de los profesionales con respecto a su propio acceso a los servicios de salud (OR = 2,67) y frecuencia significativa de sentimientos negativos (OR = 2,53; OR = 1,24). **Conclusión:** el comportamiento empático de los profesionales está directamente relacionado con la edad y con varias dimensiones de la calidad de vida, siendo esencial invertir en estrategias que mejoren la calidad de vida de los trabajadores, para la calificación directa de los servicios que brindan. **Palabras clave:** Educación en Salud; Salud Bucal; Personal de Salud; Relaciones Comunidad-Institución.

INTRODUÇÃO

Empatia é uma palavra derivada do grego *empathia* e, de forma genérica, refere-se à apreciação aos sentimentos e perspectivas de outra pessoa. Atualmente é percebida como uma habilidade socioemocional individual e também como uma habilidade multidimensional, uma vez que envolve grandezas cognitivas, afetivas e comportamentais. Assim, empatia não deve ser interpretada como uma aptidão natural, mas como uma habilidade a ser adquirida. Como habilidade, o comportamento empático representa um dos domínios centrais da inteligência emocional, das capacidades sociais e da comunicação.¹

Na área da saúde, a empatia é um instrumento indispensável de fim diagnóstico e terapêutico e envolve: escuta ativa, identificação de problemas e de emoções vinculadas a eles e expressão de linguagem corporal. Autores mencionam ainda desdobramentos da capacidade empática sobre o sentimento de segurança do paciente, tanto em quesitos técnicos quanto humanizados.¹⁻³

No Brasil, o sistema público de saúde, apesar de inúmeros avanços qualitativos sofridos por meio de políticas voltadas para a humanização de suas ações e serviços (com valorização do vínculo, do acolhimento e da escuta ativa ao usuário), ainda não se dedicou incisivamente sobre os fatores que envolvem o elemento empatia de seus trabalhadores. Cabe aqui considerar também que, apesar das diretrizes de formação de diferentes categorias profissionais ressaltarem a importância de competências e habilidades emocionais, com ênfase em profissionais sensibilizados e comprometidos com o ser humano, existem poucos estudos que abordem especificamente esta temática.⁴

Em relação à qualidade de vida, o conceito formulado pela Organização Mundial de Saúde estabelece: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos”. Tal definição realça a subjetividade e multidimensionalidade do objeto, pois, além de fatores individuais, ocorre a mescla com fatores religiosos, éticos, profissionais e culturais. A qualidade de vida de profissionais da área da saúde é um aspecto de bastante relevância, já que eles estão rotineiramente inseridos em ambientes que promovem estímulos emocionais, sobrecarga e hierarquização do trabalho, relações interpessoais e tratamento de doenças debilitantes, sendo que esses aspectos podem gerar estresse, fatores negativos e doenças que tendem a impactar negativamente em sua qualidade de vida.^{5,6}

De importância para o presente estudo é a influência que a qualidade de vida de profissionais da saúde possa exercer sobre o seu comportamento empático, considerando o processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). A hipótese aqui apresentada tem como pilar de sustentação o fato de que profissionais que não desenvolvam, ou desenvolvam de forma incipiente, relações empáticas com usuários de saúde apresentam baixos indicadores de qualidade de vida. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é compreender a relação entre comportamento empático e qualidade de vida de trabalhadores da rede pública de cuidados de saúde primários.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, tipo inquérito, com utilização de metodologia quantitativa, desenvolvido no município de Ponta Grossa, Paraná, nos anos de 2017 e 2018. O referido município conta atualmente com 12 cirurgiões-dentistas, 75 médicos e 75 enfermeiros no âmbito da atenção primária à saúde (APS), considerando-se o modelo nominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para compor a amostra do estudo, considerou-se a totalidade de profissionais cirurgiões-dentistas, médicos e

enfermeiros atuantes na ESF do referido município (n=162). A escolha das categorias profissionais teve como base o critério de que estas são as profissões de nível superior que compõem a equipe de referência da ESF.

O cálculo do tamanho amostral de usuários foi determinado por meio do *software* Epi.Info 7.1.4, considerando-se a população adulta estimada no município estudado (172.600 habitantes), com precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de desenho 1, para uma prevalência de 80% de usuários que consideram empático o atendimento recebido dos profissionais do serviço público de saúde. Essa prevalência foi utilizada considerando-se parâmetros de estudo que envolveram diversos aspectos relacionados à empatia profissional.⁷ Ao total calculado para cada categoria profissional (n=246) foram acrescidos 20%, resultando na amostra final de 296 usuários adultos por categoria profissional e número total de 888 indivíduos.

Os critérios de elegibilidade dos profissionais foram: fazer parte do quadro das profissões – médico, enfermeiro e cirurgião-dentista; atuar na ESF e estar em exercício da profissão. Já os critérios de exclusão (perdas amostrais) decorreram da recusa em participar, profissionais que estavam em licença médica ou férias, profissionais alocados em unidades sem vínculo com ESF ou reforma. E os critérios de elegibilidade para os usuários foram: ser usuário da rede pública brasileira de atenção primária à saúde; ter recebido atendimento dos profissionais sob investigação; apresentar idade igual ou maior de 18 anos; e o profissional de sua referência ter participado do estudo.

A amostra de usuários foi selecionada de forma estratificada e de maneira equânime, representativa de todos os profissionais de saúde investigados, em dias e períodos alternados de funcionamento, visando acessar a multiplicidade de olhares e ampliar a expressão da amostra.

A coleta de dados foi realizada tanto para o profissional, quanto para o usuário, por meio de entrevista individualizada, por pesquisadores previamente treinados para angariar as informações necessárias e acolher dúvidas, sem influenciar as respostas. Essa etapa ocorreu em um ambiente reservado, no interior das unidades de saúde.

Para a obtenção das informações utilizaram-se dois instrumentos validados para o Brasil, o “*The World Health Organization Quality of Life Assessment – Bref*” (WHOQOL-BREF), aplicado aos profissionais, e o “*Consultation and Relational Empathy*” (CARE), para os usuários. Além disso, contou-se com questionário sociodemográfico simples, contendo questões sobre sexo, estado civil, idade, formação em nível de pós-graduação e tempo de trabalho.^{8,9}

O WHOQOL-BREF foi o instrumento de escolha para mensurar a qualidade de vida dos profissionais sob investigação no presente estudo. Conta com 26 questões distribuídas em quatro domínios: relações sociais, psicológico, físico e meio

ambiente. Cada domínio é composto de questões cujas pontuações das respostas variam entre um e cinco.

O CARE foi eleito para avaliar a relação empática de profissionais da rede pública de saúde. É empregado nas Ciências Humanas e da Saúde e merece destaque por depender da observação externa do comportamento empático, e não de autorrelato. Refere-se a uma escala simples, composta de 10 itens, direcionada para o comportamento empático. As dimensões avaliadas são: comportamental, cognitiva e afetiva. O questionário utiliza a percepção do paciente acerca da atitude do profissional da saúde na consulta.¹⁰

Inicialmente, as informações de ambos os questionários foram juntadas em um único banco. As variáveis de qualidade de vida foram replicadas para as respostas do questionário de empatia análogo ao profissional investigado, pareando as respostas de qualidade de vida e empatia, segundo profissional.

Com vistas à criação da variável dependente “empatia global”, somaram-se as 10 respostas. Os padrões de respostas ruim, regular e bom foram transformados em números que variavam de um a três, sendo um a pior condição e três a melhor. Os resultados que alcançaram valores iguais a 30 enquadraram a categoria “empatia global total”, enquanto os valores menores que 30 a categoria “empatia global parcial”.

Para compor as variáveis independentes, consideraram-se as características demográficas e de trabalho (idade, sexo, estado civil, escolaridade, categoria profissional, tempo e regime de trabalho) e as 26 variáveis de qualidade de vida do instrumento WHOQOL-BREF. Os padrões de respostas em escala Likert de cinco pontos foram mantidos (sendo um a pior condição e cinco a melhor), a fim de potencializar a análise de mineração de dados no encontro de padrões de respostas.¹¹

A mineração de dados foi empregada para análise dos dados no presente estudo. Consiste em um conjunto de técnicas e ferramentas utilizadas no mundo todo que permitem a avaliação de banco de dados de diferentes proporções, empregando algoritmos de avaliação.¹¹ A utilização dessa modalidade reduz ao mínimo a interferência dos pesquisadores, possibilita acurácia e veracidade dos resultados. Entre as opções de *softwares* disponíveis para realizar tal modalidade de exploração encontra-se o *Waikato Environment for Knowledge Analysis (WEKA)*, eleito para uso neste estudo.¹²

O teste de mineração empregado foi o de redução de dimensionalidade, com base no algoritmo *Correlation-based Feature Selection (CFS)*, por meio do método de validação cruzada de 10 Fold.¹³ O teste permite identificar as variáveis independentes com grande potencial explicativo para a variável dependente, criando um modelo com muito mais precisão que outros testes frequentemente utilizados na literatura. O algoritmo elimina todas as variáveis independentes com baixa relação com a variável dependente e com relação

entre si, extinguindo qualquer relação de confundimento, possibilitando validar as relações puras e estritas das variáveis independentes da variável desfecho.¹³

Em seguida, as variáveis relacionadas à empatia global foram avaliadas a partir da regressão logística para mensurar a magnitude das associações. A regressão logística possibilita ponderar as chances de determinada questão acontecer com base na condição conformadora da variável dependente (com base em uma variável binária e um conjunto de variáveis independentes).¹⁴ O modelo formado teve capacidade explicativa de 62,5%. Utilizou-se o ambiente *Data Mining Software in Java – WEKA 3.7* para a realização dos testes aplicados ao estudo.

Todos os sujeitos receberam explanação acerca dos objetivos da pesquisa, seu caráter de voluntariedade e de não identificação, assim como a forma de coleta, análise e destino dos dados, para que, assim que aquiescessem com sua participação, pudessem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e participar da pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos Parecer nº 2.146.155/2017, CAAE: 66782717.6.0000.5689.

RESULTADOS

A amostra total de profissionais foi composta de 48 médicos, 52 enfermeiros e 11 cirurgiões-dentistas. As perdas se deram devido à recusa em participar (n=21), profissionais em licença médica ou férias (n=8), unidades de saúde em reforma e/ou unidades desvinculadas da ESF (n=8).

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (n=73,87%); casada (n=60,36%), com média etária de 38,7 anos (24±68), possuindo pós-graduação *lato sensu* (79,27%), com tempo de atuação de cinco anos ou menos em ESF (45,04%) e com dedicação exclusiva (83,78%).

Nos resultados da análise de seleção de atributos verificou-se que as variáveis mais fortemente relacionadas à empatia parcial foram: idade (100%), necessidade de tratamento médico (100%), oportunidade de atividade de lazer (90%), satisfação com a capacidade para o trabalho (80%), satisfação com acesso aos serviços de saúde (100%) e frequência de sentimentos negativos (100%).

A análise descritiva mostra que 32% dos investigados apresentaram empatia global parcial. Destaca-se a análise descritiva das variáveis independentes que apresentaram relação com empatia global (Tabela 1).

Na sequência, são exibidas as razões de chances de os profissionais apresentarem empatia global parcial, segundo variáveis independentes (Tabela 2). Verificou-se que profissionais com faixa etária entre 41 e 50 anos têm 1,5 mais chance de manifestar empatia parcial. Profissionais que necessitam de forma

extrema ou não necessitam de tratamento médico para levar sua vida também têm mais chances de dispor de baixa empatia. Além disso, quanto maior a oportunidade de lazer dos entrevistados, menores são as chances de empatia global total. Isso também ocorre com a capacidade de trabalho, quanto menos satisfeito neste quesito, menores as chances de o profissional ser empático. Já no tocante ao acesso próprio aos serviços de saúde, ocorre o inverso, quanto mais satisfeito, menor a empatia. Averiguou-se, ainda, que quanto mais frequentes forem os sentimentos negativos do profissional, menos empatia ele mostrará aos seus pacientes.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis independentes que apresentaram relação com a empatia global (N= 888). Ponta Grossa, PR, Brasil, 2017-2018

Variável	Total N (%)	Empatia Global Total N (%)	Empatia Global Parcial N (%)
Idade			
Até 30 anos	256	30,36	25,53
De 31 a 40 anos	291	30,04	38,65
De 41 a 50 anos	197	25,90	14,19
Mais de 50 anos	144	13,70	21,63
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?			
Nada	144	28,05	36,88
Muito pouco	256	43,23	34,40
Mais ou menos	291	10,06	10,64
Bastante	197	16,66	8,87
Extremamente	144	2,00	9,21
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?			
Médio	62	8,09	4,61
Muito pouco	167	16,17	24,47
Muito	450	52,64	46,45
Complemente	175	21,45	15,96
Nada	34	1,65	8,51
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?			
Muito satisfeito	210	22,44	26,24
Satisfeito	572	67,66	57,45
Nem satisfeito nem insatisfeito	95	8,41	15,60
Insatisfeito	11	1,49	0,71
Muito insatisfeito	0	0,00	0,00
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?			
Muito satisfeito	181	18,32	24,82
Satisfeito	484	57,92	47,16
Nem satisfeito nem insatisfeito	180	18,32	24,47
Insatisfeito	17	2,80	0,00
Muito Insatisfeito	26	2,64	3,55

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis independentes que apresentaram relação com a empatia global (N= 888). Ponta Grossa, PR, Brasil, 2017-2018

Variável	Total N (%)	Empatia Global Total N (%)	Empatia Global Parcial N (%)
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?			
Nunca	103	10,56	13,83
Algumas vezes	580	69,47	56,38
Frequentemente	115	9,08	21,28
Muito frequentemente	78	9,40	7,45
Sempre	12	1,49	1,06

Tabela 2 - Razões de chances empatia global parcial, segundo variáveis demográficas e de qualidade de vida (N= 888). Ponta Grossa, PR, Brasil, 2017-2018

Variável	Oddis Ratio (OR)
Idade	
Até 30 anos	1,00
De 31 a 40 anos	0,80
De 41 a 50 anos	1,50
Mais de 50 anos	0,68
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	
Nada	1,52
Muito pouco	0,56
Mais ou menos	1,00
Bastante	0,80
Extremamente	1,80
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	
Nada	0,74
Muito pouco	0,80
Médio	1,00
Muito	1,30
Complemente	0,46
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	
Muito satisfeito	1,00
Satisfeito	1,05
Nem satisfeito nem insatisfeito	1,81
Insatisfeito	2,35
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	
Muito insatisfeito	1,00
Nem satisfeito nem insatisfeito	1,50
Satisfeito	1,33
Muito satisfeito	2,67

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Razões de chances empatia global parcial, segundo variáveis demográficas e de qualidade de vida (N= 888). Ponta Grossa, PR, Brasil, 2017-2018

Variável	Oddis Ratio (OR)
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	
Nunca	1,00
Algumas vezes	1,06
Frequentemente	2,53
Muito frequentemente	1,24
Sempre	2,86

DISCUSSÃO

A empatia considerada no presente estudo refere-se às habilidades que envolvem a compreensão de experiências, preocupações e perspectivas do paciente, combinada com a capacidade profissional de comunicar esse entendimento e com a intenção de ajudar.¹² Dessa forma, este constructo apresentou-se fortemente relacionado a idade, satisfação com a capacidade para o trabalho, necessidade de tratamento médico, oportunidade de atividade de lazer, satisfação com acesso aos serviços de saúde e frequência de sentimentos negativos manifestados pelos profissionais pesquisados.

Profissionais classificados como menos empáticos mostraram-se distribuídos na faixa etária de 41 a 50 anos, podendo esse resultado ser explicado pelo fato de que pessoas nessa faixa de idade tendem a expor, de forma mais intensificada: desgaste das relações interpessoais, insatisfação profissional e salarial, sobrecarga na vida pessoal e frustração consigo mesma, por estarem, via de regra, deixando o trabalho como primeiro plano e tendo, muitas vezes, salário incompatível com as suas necessidades, o que os faria buscar ainda outras formas de renda.¹⁵⁻¹⁷ Outras hipóteses seriam que profissionais em meio de carreira podem perceber com mais frequência estagnação de suas funções, falta de autonomia e valorização no trabalho, contribuindo também para a redução de sua capacidade empática.

Como observado no presente estudo, pessoas com mais de 50 anos mostraram-se muito mais empáticas do que as mais jovens. Estudos recentes coadunam com esses achados, uma vez que pessoas com mais idade costumam valorizar tarefas que por elas são consideradas relevantes, como sua atuação profissional; ou possuem situação de melhor bem-estar ocupacional, relativo à valorização no trabalho por parte de colegas e supervisores.¹⁸⁻²⁰

A literatura moderna mostra que o estresse e o esgotamento profissional, também chamado síndrome de

Burnout, são também importantes causadores da diminuição da empatia e da compaixão entre profissionais da área da saúde, sendo esses fatores intimamente relacionados à perda da qualidade de vida, a problemas físicos e sociais, ao comprometimento da qualidade e capacidade de trabalho, à satisfação do paciente e à carga de trabalho pesada.^{21,22}

De fato, a pouca satisfação com a capacidade de trabalho foi também associada à reduzida empatia entre os trabalhadores investigados. Como anteriormente exposto, o ambiente de trabalho de profissionais da saúde exige grande complexidade nas prestações de serviço, além de exibir uma rotina pesada, levando esses profissionais a riscos ocupacionais, dor, depressão e estresse, os quais podem impactar sua qualidade de vida, capacidade de trabalho e empatia.^{17,23,24}

Outra variável com forte associação com a empatia foi a percepção dos profissionais em relação à sua necessidade de tratamento médico. Os dados mostraram que as respostas de extremidade, ou seja, profissionais que necessitam muito de tratamento médico e os que julgam não necessitar de tratamento médico apresentaram menos empatia. Hipótese para justificar essa situação pode ser atribuída ao fato de que sujeitos em situação de muito agravo à saúde encontram-se tão comprometidos com a resolução de seus problemas que o impedem de se relacionar com pacientes de uma maneira mais humanizada, havendo então correlação direta entre adoecimento e empatia.²⁵ De forma contrária, profissionais com condições efetivas de saúde podem apresentar grande distanciamento emocional do universo da doença, uma vez que eles não passam ou não passaram por experiência de adoecimento; ambas as condições impactando negativamente em um processo de trabalho empático.

Apesar de a literatura ser escassa sobre esse objeto, estudo realizado também com profissionais da saúde demonstra que aqueles que passaram ou passam por algum tratamento médico ou situação de doença de forma regular demonstram melhora da empatia, justamente pela criação de uma ponte entre o profissional e o paciente doente, subsidiada pelo compartilhamento do adoecimento, o que pode explicar a relação positiva entre empatia e as respostas de meio no presente estudo.²⁶

A oportunidade para atividades de lazer foi também considerada fator relevante da empatia entre os investigados e os resultados revelaram que os profissionais que realizam muitas atividades de lazer têm menos chances de desenvolverem um comportamento empático com seus pacientes, se comparado aos profissionais com atividade de lazer mediana. O acesso exagerado ao lazer pode, muitas vezes, ser visto como uma forma de escape emocional, com vistas ao afastamento de entraves do cotidiano de trabalho entre profissionais da saúde, propiciando, assim, menos envolvimento com os seus

pacientes. Já a ausência e a baixa frequência de oportunidade de lazer, também vislumbrada nos resultados do presente estudo, mostraram o inverso. Essa baixa oportunidade dos profissionais investigados ao lazer pode ser reflexo de sua excessiva dedicação ao trabalho, justificada pela alta empatia por eles praticada. Para o paciente, esse comprometimento com o trabalho é, sem dúvida, produtivo, prazeroso e fortalecedor de vínculos; contudo, para a saúde do profissional, é prejudicial, com danos significativos à sua qualidade de vida.

Esse resultado alerta para a necessidade de se ter um senso profissional de resiliência, equilíbrio e ciência das funções preventivas das atividades de lazer, agindo, a atividade de lazer, como agente amortecedor do estresse e da melhoria da qualidade de vida.²⁷

A satisfação dos profissionais com seu acesso aos serviços de saúde mostrou-se também associada à empatia, de forma negativa, estando o sentimento de mais satisfação profissional atrelado à reduzida empatia com seus pacientes. Apesar da carência na literatura de estudos que abordem essa temática, este resultado pode ser explicado tendo em vista a hipótese de que quanto melhores forem o acesso e a experiência vivenciada em determinado estabelecimento ou serviço, não se tem a compreensão de outra realidade e a sua vivência passa a ser refletida sobre as demais. A experiência exitosa normalmente traz consigo uma percepção de espelhamento coletivo, de competência e de pertencimento social, podendo, nesse caso, influenciar negativamente a empatia pelo outro por não vivenciar a realidade deste e, no caso dos serviços de saúde, não passar pelas mesmas dificuldades e possíveis transtornos de acesso.

Finalmente, a existência e a alta frequência de sentimentos negativos, como o mau humor, o desespero, a ansiedade e a depressão entre os profissionais de saúde, mostraram relação com seu reduzido comportamento empático. Embora a empatia seja um dos valores centrais do campo da saúde, diante de fatores de desequilíbrio do bem-estar pessoal, saúde e qualidade de vida, profissionais podem também manifestar exaustão em lidar com o sentimento do outro, de sentir empatia, alegria ou preocupação, como sugerem os resultados do presente estudo.^{21,22}

A fadiga da compaixão é tema recente e está fortemente interligada na literatura com a empatia. Esses sentimentos são essenciais para um atendimento em saúde de qualidade, humanizado e individualizado, pois permitem que ajustes sejam feitos na medida das necessidades do outro e trazem efeitos benéficos tanto para o paciente quanto para o profissional.^{20,21} Como anteriormente pontuado, a exposição periódica a situações angustiantes, doença, sofrimento e morte torna os profissionais da saúde vulneráveis ao estresse profissional, mas também pode propiciar a chamada fadiga da compaixão,

especialmente por se tratar de situações que exigem um comportamento empático por parte do profissional.²¹

Nesse sentido, os resultados do presente estudo atraem a atenção de gestores de unidades públicas de saúde para a prevenção da fadiga da compaixão entre seus trabalhadores, visando à manutenção e ao aprimoramento de sua capacidade empática e altruísmo. Estratégias como apoio para o processo de trabalho, boa relação em equipe, bem-estar psicológico, conexão social, entre outros, podem atuar como protetores e reguladores dos sentimentos de empatia entre profissionais da saúde.

Quanto à variável dependente intitulada “empatia global”, foram considerados profissionais com “empatia global” parcial todos os sujeitos que exibiram no mínimo uma avaliação negativa entre os 10 quesitos investigados, impedindo, desse modo, o reconhecimento das associações para os indivíduos que dispunham de muitas ou de todas as avaliações negativas. A utilização dessa estratégia buscou evidenciar a avaliação do cenário global, visto que a empatia não é formada por apenas um ou outro fator, e sim por um conjunto. E quando o profissional não é capaz de dispor da totalidade desse conjunto de habilidades, o seu comportamento empático fica prejudicado.

Além disso, vale destacar que o programa WEKA empregado para análise não informa individualmente, para cada variável incluída no modelo, os valores de *p* e de intervalo de confiança. Uma vez que a análise de redução de dimensionalidade previa a regressão logística, elimina todas as variáveis com possíveis fatores de confundimento ocasionados pelo tamanho amostral e correlação entre as variáveis eleitas. Cabe considerar, também, que o teste utiliza os valores padrão de 95% de intervalo de confiança e valor de *p*<0,05.¹² Ademais, outra limitação, durante a análise de regressão, intrínseca ao programa eleito para análise, é a impossibilidade de escolha, pelo pesquisador, da classe das variáveis independentes, quando a questão tem mais de duas opções de resposta, para ser o padrão de comparabilidade (OR=1,00) com as demais classes.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que o comportamento empático dos profissionais da atenção primária em saúde apresenta relação direta com a idade e várias dimensões da qualidade de vida, a saber: satisfação com a capacidade para o trabalho, necessidade de tratamento médico para desenvolver atividades diárias, oportunidade de atividade de lazer, satisfação com acesso aos serviços de saúde e frequência de sentimentos negativos.

Desse modo, para que o serviço ofertado pela equipe de saúde em âmbito primário seja de excelência, como exigem os

diferentes instrumentos norteadores do Sistema Único de Saúde, é fundamental que se invista em estratégias potencializadoras da qualidade de vida do trabalhador, especialmente nas dimensões descritas.

REFERÊNCIAS

1. Terezam R, Reis-Queiroz J, Hoga LAK. A importância da empatia no cuidado em saúde e Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2017[citado em 2018 set. 22];70(3):669-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0669.pdf
2. Ilha P, Radünz V, Tourinho FSV, Marinho MM. Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de Enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2016[citado em 2018 out. 05];21(Esp):1-10. Disponível em: <https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/43620>
3. Wakiuchi J, Marcon SS, Sales CA. Atenção a pacientes oncológicos na Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016[citado em 2018 set. 06];37(1):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-37-1-1983-144720160154088.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS; 2010[citado em 2018 jan. 21]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
5. Mattei A, Fiasca F, Mazzei M, Necozone S, Bianchini V. Stress and Burnout in health-care Workers after the 2009 L'Aquila earthquake: a cross-sectional Observational study. *Front Psychiatr*. 2017[citado em 2018 set. 09];8(98):1-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsy.2017.00098>
6. Gorgich EAC, Zare S, Ghoreishinia G, Barfroshan S, Arbabisarjou A, Yoosefian N. Job stress and mental health among nursing staff of educational hospitals in south east iran. *Thrita*. 2017[citado em 2018 out. 18];6(1):1-6. Disponível em: <http://thritajournal.com/en/articles/56292.html>
7. Bordin D. Qualidade do serviço público odontológico no Brasil: a percepção de usuários e profissionais da saúde [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Pós-Graduação odontologia preventiva e social; 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/124035/000831504.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000[citado em 2018 set. 22];34(2):178-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>
9. Scarpellini GR, Capellato G, Rizzatti FG, Silva GA, Baddini-Martinez JA. Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Rev Med (São Paulo)*. 2014[citado em 2018 ago. 21];47(1):51-8. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/80098/83978>
10. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt G. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004[citado em 2018 set. 30];21(6):699-705. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/21/6/699/508761>
11. Hojat M. *Empathy in health professions education and patient care*. New York: Springer; 2016.
12. Kleinbaum DG, Klein M. *Logistic regression*. New York: Springer; 2010.
13. Frank E, Hall MA, Witten IH. *Data mining: practical machine learning tools and techniques*. Burlington: Morgan Kaufmann; 2016.
14. Vianna RCXF, Moro CMCBM, Moyses SJ, Carvalho D, Nievola JC. Mineração de dados e características da mortalidade infantil. *Cad Saúde Pública*. 2010[citado em 2019 abr. 29];26(3):535-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/11.pdf>

15. Carlotto MS. A relação profissional-paciente e a Síndrome de Burnout. *Encontro: Rev Psicol.* 2009[citado em 2018 set. 29];12(17):7-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000109&pid=S1413-8123201300040001800022&lng=es
16. Robieux L, Karsenti L, Pocard M, Flahault C. Let's talk about empathy! *Patient Educ Couns.* 2018[citado em 2018 ago. 23];101(1):59-66. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399117303725?via%3Dihub>
17. Andrade KO, Andrade PO, Leite LF. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. *Rev Cient ITPAC.* 2015[citado em 2018 set. 19];8(1):1-5. Disponível em: https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo_1.pdf
18. Hess TM. Selective engagement of cognitive resources: motivational influences on older adults' cognitive functioning. *Perspect Psychol Sci.* 2014[citado em 2018 out. 12];9(4):388-407. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177%2F1745691614527465>
19. Wieck C, Kunzmann U. Age differences in empathy: multidirectional and context-dependent. *Psychol Aging.* 2015[citado em 2018 set. 22];30(2):407-19. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2015-17034-001.html>
20. Zacher H, Schmitt A. Work characteristics and occupational well-being: the role of age. *Front Psychol.* 2016[citado em 2018 set. 12];7:1-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2016.01411>
21. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016[citado em 2018 ago. 22];60:1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015>
22. Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J Health Care Chaplain.* 2014[citado em 2018 ago. 22];20(3):95-108. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08854726.2014.913876>
23. Lindegård A, Larsman P, Hadzibajramovic E, Ahlborg G. The influence of perceived stress and musculoskeletal pain on work performance and work ability in Swedish health care workers. *Int Arch Occup Environ Health.* 2014[citado em 2018 set. 20];87(4):373-9. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00420-013-0875-8>
24. Ribeiro RP, Marziale MHP, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro PHV. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018[citado em 2018 set. 21];39:1-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e65127.pdf>
25. Torres OY, Aresté ME, Mora JRM, Soler-González J. Association between sick leave prescribing practices and physician burnout and empathy. *PLoS ONE.* 2015[citado em 2018 set. 22];10(7):1-9. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0133379>
26. Brown AEC, Garden R. From silence into language: questioning the power of physician illness narratives. *AMA J Ethics.* 2017[citado em 2018 set. 25];19(5):501-7. Disponível em: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/silence-language-questioning-power-physician-illness-narratives/2017-05>
27. Cevada T, Cerqueira LS, Moraes HS, Santos TM, Pompeu FAMS, Deslandes AC. Relação entre esporte, resiliência, qualidade de vida e ansiedade. *Rev Psiquiatr Clín.* 2012[citado em 2018 set. 22];39(3):85-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n3/a03v39n3.pdf>