UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

O CUIDADO HUMANÍSTICO COMO FOCO INSTITUCIONAL: UM ESTUDO SOBRE EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA OBSTÉTRICA

SIMONE PEDROSA LIMA

Natal – RN
2004

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

SIMONE PEDROSA LIMA

O CUIDADO HUMANÍSTICO COMO FOCO INSTITUCIONAL: UM ESTUDO SOBRE EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA OBSTÉTRICA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção de grau de mestre.

Área de concentração: Enfermagem na assistência à saúde
Linha de Pesquisa: Atenção à saúde

ORIENTADORA: Prof[a]. Dr[a]. Bertha Cruz Enders

Natal – RN
2004

BANCA EXAMINADORA

O CUIDADO HUMANÍSTICO COMO FOCO INSTITUCIONAL: UM ESTUDO SOBRE EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA OBSTÉTRICA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Dissertação aprovada em _____de_____de 2004

Prof[a]. Dr[a]. Bertha Cruz Enders (Orientadora)
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof[a]. Dr[a]. Maguida Costa Stefanelli (Titular)
Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina - IPQ
HCFMUSP / SP

Prof. Dr. George Dantas (Titular)
Departamento de Anatomia e Fisiologia da UFRN

Profa. Dra. Glaucea Maciel de Farias (Suplente)
Departamento de Enfermagem da UFRN

Lima, Simone Pedrosa

O Cuidado Humanístico como foco institucional: um estudo sobre empatia dos profissionais de saúde na área obstétrica/ Simone Pedrosa Lima. – Natal, RN, 2004.

95 f.

Orientadora: Bertha Cruz Enders

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem.

1. Relação profissional – paciente. 2. Empatia. 3. Humanização. I. Enders, Bertha Cruz. II. Título.

CDV 616-083:618.2

UFRN /B9CCS

DEDICATÓRIAS

Ao Soberano e Criador do Universo, **Deus**. presente em minha vida, ajudando-me a caminhar e transpor os obstáculos. Obrigada por ser minha Fortaleza; primeiramente a Vós dedico esta conquista.

Ao meu querido esposo e companheiro **Eliezer** , por estar sempre ao meu lado, incentivando e me apoiando ao longo da minha vida pessoal e profissional. Obrigada por seu amor, amizade e carinho.

Ao meu doce e pequeno tesouro **Andrezinho**, por trazer a alegria da infância à minha vida todas as vezes que me encontrava tensa e com as responsabilidades do mestrado. A você meu filho, dedico meu amor incondicional.

Aos meus pais, **Eliésio e Solange**, que sempre investiram na construção do meu conhecimento, mesmo diante das limitações, obrigada por serem meu espelho, refletindo a força e confiança tão importantes nesta vitória.

A minha amada irmã **Ana Paula** e ao meu cunhado **Iran**, pelo carinho e amor dedicados ao meu filho nos momentos em que não pude estar presente. Obrigada, porque sei que em todos os momentos da minha vida, posso contar com vocês.

À minha querida irmã **Diana**, pela amizade verdadeira, alegria e por estar sempre presente ao meu lado. Obrigada pela confiança no meu sucesso.

MENSÃO ESPECIAL

À Profa. Bertha, pela orientação segura, reconhecido saber e amizade verdadeira cultivada a cada encontro, a quem serei sempre grata, por ter me aceitado como orientanda, incentivando-me em tempos de incertezas, levando-me a esperança e vontade de vencer. Muito Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Ao **Hospital Universitário Ana Bezerra** e à **Escola de Enfermagem de Natal**, nas pessoas de **Petrônio Spinelli** e **Edilene Rodrigues**, respectivamente, por compreenderem a necessidade de fazer-me ausente nos momentos utilizados em dedicação e estudo.

Aos **professores que fazem a pós-graduação de Enfermagem**, por serem verdadeiros empreendedores no processo de construção do conhecimento científico.

À Profa. **Glaucea Maciel de Farias**, pela amizade e tempo investido no meu crescimento, obrigada porque senti seu zelo e cuidado nesta caminhada.

Á minha amiga **Patrícia,** pela presença, auxílio e torcida constante nas etapas mais importantes da minha vida.

Aos amigos do mestrado, em especial **Cleide, Juliana e Izaura,** pelo apoio e solidariedade nos momentos de alegria e tristeza.

Aos **professores da Escola de Enfermagem de Natal**, pela compreensão e amizade, por terem me substituído nas minhas atribuições funcionais no momento em que precisei ausentar-me.

Aos **profissionais e mulheres parturientes** que, através de seus relatos, expressaram força e fragilidade, a perfeição e a imperfeição do ser humano, contribuindo de forma sincera e corajosa para a realização deste estudo.

Ao Professor **Wayne Thomas Enders,** pela valiosa contribuição no estudo estatístico.

Ao Bibliotecário **João Bosco de Medeiros,** pela ajuda na correção do trabalho final.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram e acreditaram na realização desta pesquisa.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA – Análise de Variância

EJEPS – Escala de Jefferson de empatia dos profissionais de saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

HUAB - Hospital Universitário Ana Bezerra

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNHAN – Programa Nacional de Humanização Hospitalar

PPEPE – Percepção do paciente sobre a empatia dos profissionais de enfermagem

PPEPM – Percepção do paciente sobre a empatia dos profissionais médicos

PPEPS – Percepção do paciente sobre a empatia dos profissionais de saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos 47 profissionais de saúde participantes do estudo quanto à categoria, HUAB-Santa Cruz/RN, 2004.....38

Gráfico 2 – Distribuição dos 47 profissionais quanto ao tempo de exercício profissional na função. HUAB-Santa Cruz/RN, 2004.....40

Gráfico 3 – Distribuição dos profissionais quanto ao tempo de serviço na instituição por categoria. HUAB-Santa Cruz/RN, 2004.....41

Gráfico 4 – Distribuição dos 47 profissionais quanto à horas semanais de jornada de trabalho, por categoria. HUAB-Santa Cruz/RN, 2004.....41

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de saúde quanto às características sócio-demográficas. HUAB-Santa Cruz/RN, 2004.....39

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais segundo atualização em humanização, por categoria. HUAB-Santa Cruz/RN, 2004.....42

Tabela 3 - Distribuição das puerperas entrevistadas segundo as características sócio-demográficas. HUAB Santa Cruz/RN, 2004.....43

Tabela 4 - Demonstrativo das médias, desvios padrão e escores mínimos e máximos de empatia dos profissionais de saúde, por categoria. HUAB.Santa Cruz/RN, 2004.....,.....59

Tabela 5 – Demonstrativo das médias, desvio padrão e escores mínimos e máximos de empatia dos profissionais quanto ao gênero. HUAB.Santa Cruz/RN, 2004.....60

Tabela 6 – Demonstrativo dos coeficientes Alfa de Crombach para os três fatores (componentes da escala EJEPS) de Hojat et al (2002)).....63

Tabela 7 – Demonstrativo do nível de empatia identificado pelas mulheres para os profissionais através da Escala de Percepção do Paciente sobre a empatia, por equipe – HUAB.Santa Cruz/RN, 2004.....73

QUADRO

Quadro 1 – Resumo dos resultados quanti-qualitativo obtidos junto a profissionais e puérperas. HUAB.Santa Cruz/RN, 2004.....75

LIMA, Simone Pedrosa. **O Cuidado Humanístico como foco institucional:** um estudo sobre empatia dos profissionais de saúde na área obstétrica. 95 p. Dissertação (mestrado) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal,RN, 2004.

RESUMO

Os relacionamentos voltados a ajudar o outro são conceituados como terapêuticos, sendo a empatia, elemento fundamental e facilitador desse relacionamento e conseqüente processo de humanização da assistência em saúde. O presente estudo tem como objetivos, identificar o nível de empatia dos profissionais do setor obstétrico de um hospital universitário reconhecido pela assistência humanística prestada às parturientes e a percepção das mulheres receptoras do cuidado acerca da empatia demonstrada no atendimento. Realizamos uma pesquisa de abordagem quanti/qualitativa, na qual participaram do estudo, os 47 profissionais que atuam no setor obstétrico (13 médicos, 12 enfermeiros, 22 técnicos de enfermagem) e uma amostra intencional de 101 mulheres atendidas por esses profissionais durante o período do estudo. Dados foram coletados através das escalas Jefferson de Empatia dos Profissionais de Saúde (EJEPS) e Percepção do Paciente sobre a Empatia dos Profissionais de Saúde (PPEPS) e duas questões abertas inicias, objetivando verificar as opiniões subjetivas sobre a empatia prestada durante o atendimento. Utilizamos análise estatística descritiva e inferencial para os dados quantitativos e análise temática das respostas às questões abertas. Foram identificadas cinco categorias que representam os aspectos que os profissionais valorizam no relacionamento com as mulheres: envolvimento emocional, comunicação, ambiente acolhedor, visão integral e o conhecimento técnico-científico. Na análise quantitativa, o escore de empatia encontrado nos profissionais foi, em média, de 120,40 , sendo o máximo possível 140. Neste estudo, o EJEPS apresentou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,83 demonstrando um nível aceitável de confiabilidade com essa população. Consideramos, portanto, que esses profissionais apresentam um bom nível de empatia quando comparados com outras populações observadas com o EJEPS. Os resultados também demonstram que a empatia adquiriu maior nível entre as mulheres ($p \leq 0,05$) e que os profissionais com maior jornada de trabalho tendiam possuir menores níveis de empatia ($r = -0,288$; $p \leq 0,05$). A análise das respostas subjetivas das mulheres indicam que elas estão satisfeitas com o cuidado humanístico, mas identificam a existência de expressões de poder nos profissionais. Na percepção das mulheres, não houve diferença na empatia demonstrada pela equipe médica e a de enfermagem conforme os escores médios no PPEPS (41,90 e 41,20 respectivamente).Diante desses resultados e considerando a relevância da empatia para operacionalização de uma assistência voltada para os valores humanísticos, reforçamos a importância da capacitação dos profissionais que atuam no hospital em foco, abordando a empatia e aspectos globais da humanização para melhor implementação de sua missão.
PALAVRAS CHAVES : Relação profissional – paciente, Empatia, Humanização.

LIMA, Simone Pedrosa. **The Humanistic care as an institutional focus**: a study on empathy of the health professionals in the obstetrical area. 95p. Thesis (Masters degree) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2004.

ABSTRACT

Empathy is a basic facilitating element of the therapeutic helping relationship and the humanization process in health care. The objectives of this study were to identify the empathy level of health professionals working in the obstetrical sector of a university hospital recognized for its humanistic care and the perceptions of the women under their care regarding the empathic behavior shown by these professionals during hospitalization. We conducted a quanti/qualitative study with 47 health professionals that worked in the obstetrical sector (13 obstetricians, 12 nurses, 22 nurse technicians) and an intentional sample of 101 women that received cared from these professionals during the study period. We collected data by means of the Jefferson Empathy Scale for Health Professioals (JEPS-HR) and the Patient´s Perception of Health Professional Empathy (PPHPE), and two additional open questions designed to obtain the subjective opinion about the empathic behavior during the care. We utilized thematic analysis for the data obtained through the open questions and descriptive and inferential statistics for the quantitative data. We identified five thematic categories that represent the aspects valued by the professionals in their relationship with the women under their care: emotional involvement, communication, warm environment, integral vision and technical/scientific knowledge. The mean score on the JEPS-HR reported for the health professionals was 120,40, being that the maximum possible was 140.The Cronbach Alpha for the JEPS-HR was 0,83, indicating an acceptable level of reliability for this population. We consider therefore, that these professionals presented an acceptable empathy level when compared to other populations observed with the JEPS-HR. The results also indicated that women had statistically significant ($p \leq 0,05$) higher scores than men and that professionals with higher working hours tended to have lower scores in the empathy scale ($r = -0,288$; $p \leq 0,05$). The analysis of the subjective responses of the women indicated that they were satisfied with the humanistic care provided by the professionals but they also point out the existence of some power relationships. There were no significant differences in the empathy level of the medical or nursing team perceived by the women who registered means of 41,90 and 41,20 respectively on the PPHPE. In view of these results and considering the relevance of the element of empathy for care based on humanistic values, we reiterate the importance of further in-service training for the health team of the hospital in focus, on the topics of empathy and global aspects of humanized care for the implementation of its mission.

KEY TERMS: health professional-patient relationships, empathy, humanization.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Abordagem do tema e problematização 01

1.2 – Objetivos 09

1.3 – Justificativa 09

CAPÍTULO 2

2 – REVISÃO DE LITERATURA 11

2.1 - Visão paradigmática da saúde e conseqüências na assistência humanizada 11

2.2 - A humanização no processo do cuidar 17

2.3 - A empatia como essencial no relacionamento terapêutico 20

2.4 – QUESTÕES DE PESQUISA 25

CAPÍTULO 3

3 – METODOLOGIA

3.1 – Tipo de pesquisa 26

3.2 – Local da pesquisa 27

3.3 – População e amostra 27

3.4 – Variáveis do estudo 28

3.5 – Definição de variáveis 29

3.6 – Definição de termos 32

3.7 – Instrumento de coleta de dados 32

3.8 – Procedimento de coleta de dados 34

3.9 – Análise de dados / tratamento estatístico 36

CAPÍTULO 4

4– APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS_____ 38

4.1 – Descrição dos profissionais de saúde e das puerperas_____ 38

4.2 – Empatia dos profissionais de saúde _____ 45

4.3 –Percepção das mulheres acerca da empatia demonstrada pelos profissionais_____ 63

4.4 – Resultados da análise quantitativa da percepção das pacientes referente à empatia desenvolvida por profissionais médicos e de enfermagem._____ 72

4.5 – Discussão comparativa dos resultados entre as percepções das mulheres e a auto-avaliação dos profissionais acerca da empatia _____ 75

CAPÍTULO 5

5 – CONCLUSÕES _____ 82

REFERÊNCIAS _____ 86

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

1.1 Abordagem do tema e problematização

Os avanços científicos e tecnológicos ocorridos no mundo da saúde têm contribuído para a redução dos índices de morbimortalidade, aumentando a expectativa de vida dos indivíduos. Entretanto, apesar da inegável relevância desse fato, esses progressos não têm assegurado uma assistência voltada para os valores humanos.

As discussões em torno de uma assistência humanizada são amplas, e não se direcionam apenas para as questões técnicas e estruturais, mas também contemplam a valorização dos relacionamentos estabelecidos entre os profissionais e a clientela. Documentos editados pelo Ministério da Saúde consubstanciam esta afirmação, quando relatam que para haver humanização da assistência hospitalar duas vertentes são de extrema relevância: a qualidade dos serviços de saúde e o relacionamento estabelecido entre profissionais e clientela. Especificamente em obstetrícia, esse assunto torna-se extremamente importante, pois a maternidade é um evento ímpar na vida da mulher, devendo a equipe de saúde proporcionar-lhe carinho, atenção e apoio, ou seja, desenvolver atitudes que venham favorecer um relacionamento harmonioso entre o cuidador e o cuidado.

Sabemos que a prática obstétrica brasileira está permeada pelo paradigma biomédico, e os profissionais, especificamente da medicina e da enfermagem, atuam numa constante predominância da intervenção técnica, adotando posturas autoritárias e tecnicistas, não oportunizando a mulher, principal protagonista do processo, o autoconhecimento e exercício da natureza feminina (GAIVA; TAVARES, 2002; CECHIN,

2002). O elevado número de partos cesáreos, em torno de 40%, exemplifica esta cultura intervencionista, quando comparadas essas taxas ao índice aceitável de cesariana, que é de 15 % e até 8 % nos países do primeiro mundo (OMS, 1996). Nesse sentido, Progianti (1999) afirma que o paradigma biomédico norteia o cuidado à mulher e à formação dos profissionais utilizando o conhecimento do seu corpo, valorizando as ciências biológicas e a visão positivista do mundo, conseqüentemente excluindo o corpo social e histórico da mulher.

Barros (1984) ressalta que o modelo biomédico estimula o médico a aderir a um comportamento cartesiano, devendo haver separação entre observador e objeto observado, dificultando, desta forma, a valorização do todo. Como não há valorização do todo, o relacionamento interpessoal também se torna desnecessário. Da mesma forma, Maldonato e Canella (1988) destacam que a formação médica é alienada e alienante, na medida em que coloca ênfase na doença e não na pessoa atendida, e o ensino com esse enfoque conduz ao médico a ilusão de onipotência e uso de poder.

Não distante deste tipo de formação, os demais profissionais de saúde também adotam estas posturas, e terminam por reproduzir este modelo. No ensino da enfermagem, há presença de uma formação tradicionalmente técnica com ênfase biologizante, mecanicista, curativa, do marco flexneriano e cartesiano, ocorrendo dicotomias entre prevenção e cura, trabalho manual e intelectual, teoria e prática são reforçadas, havendo perda da totalidade (CAMARGO, 1996; BARRETO; MORREIRA, 2002). A literatura também ressalta a problemática e, a exemplo disto, trabalhos realizados por Oliveira e Madeira (2002) e Zampiere (1999) expressam que a mulher vê seu corpo no pré-parto e parto como algo sendo controlado. Ao vivenciar essa sensação, a parturiente descreve a

existência de um abismo entre ela e o profissional, dificultando o relacionamento, sendo o seu corpo visto e manipulado como objeto.

É importante ressaltar que, além do modelo biomédico que influencia os relacionamentos entre equipe de saúde e a clientela, há outros elementos que mediam a construção desses relacionamentos. O campo da saúde brasileira vem sendo alvo de uma política mundial que podemos considerar desumana. O modelo neoliberal, com redução de custos e previlegiamento do setor privado, configura uma redução de investimentos nos serviços públicos de saúde. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), em sendo dificultado pelas restrições de financiamento e o direito à saúde, apesar de garantido por lei, na prática, não tem sido prioridade (MERHY, 1997). Conseqüentemente, o SUS distancia-se das iniciativas da humanização da assistência quando há filas enormes nas portas dos serviços de saúde, corredores dos pronto-socorros de hospitais públicos funcionando como enfermarias e carências institucionais, no que se refere a recursos materiais e humanos.

A equipe de saúde, que está na ponta do sistema, termina por arcar com as conseqüências dessa política desumana. Em muitas situações, o profissional se vê diante de questões éticas conflitantes quando tem que escolher, entre dois pacientes graves, qual tem maior chance de vida, pois há apenas um leito disponível na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além de situações estressantes como esta, há ainda uma sobrecarga de atividades, longa jornada de trabalho, baixos salários, contribuindo para o desgaste físico e emocional dos profissionais.

Diante deste contexto caótico, fica difícil pensar e praticar humanização. Porém, a mobilização em torno de uma assistência humanizada surge como uma singular estratégia para melhorar a qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde.

Tal realidade vem levantando discussões em todo o Brasil acerca da assistência obstétrica humanizada, como também seu significado no cuidado nos serviços de saúde.

Conceitualmente, humanizar significa possuir uma visão holística do cliente, sendo de extrema importância o desenvolvimento de características do ser humano: a sensibilidade, o respeito e a solidariedade (ZAMPIERE, 1999). Rattner (1998) resume a humanização da assistência ao parto e nascimento em princípios norteadores, tais como: respeito ao acompanhamento do processo fisiológico, contribuindo para a evolução natural; respeito à individualidade da parturiente; respeito à integralidade da mulher como um ser biológico e natural, oferecendo suporte emocional e permitindo a presença de acompanhantes, segundo preferência da parturiente. Focalizando os aspectos pessoais do profissional, Bruggemann (2003) relata que o cuidado humanizado é composto por elementos essenciais, como: relacionamento, a presença genuína, compartilhar conhecimentos, atitude de compreensão, a sensibilidade, a competência técnica e a interdisciplinaridade.

Dessa forma, acreditamos que, para o sucesso total da humanização do cuidado com a mulher no processo do nascimento, o relacionamento de profissionais e clientes é um fator decisivo. Para que essa humanização seja efetuada com sucesso, faz-se necessário um relacionamento terapêutico. Stefanelli (1993) conceitua, como sendo um instrumento de ajuda à pessoa, subsidiando uma assistência que proporciona conforto, apoio, confiança e segurança física e emocional. O relacionamento terapêutico é operacionalizado através do interesse, aceitação, comunicação, respeito e empatia, sendo esta última, entendida como a capacidade de se colocar no lugar do outro, tem sido eleita como elemento facilitador e essencial do relacionamento terapêutico (DANIEL, 1983; HOJAT et al., 2002). Desta

forma, essa empatia é vista como uma chave que abre as portas para efetivação do relacionamento terapêutico e conseqüentemente da humanização da assistência.

Portanto, sendo a humanização da assistência um fenômeno que engloba uma valorização das relações interpessoais como elemento essencial, entendemos que o profissional que age de forma arbitrária e/ou autoritária na sua relação com a parturiente distancia-se dessa filosofia. Para que o profissional tenha essa visão filosófica da humanização é importante que ele desenvolva a empatia. Além disso, é imprescindível também aferir como essa empatia é sentida pelas mulheres que são atendidas por esses profissionais, pois, quando a empatia ocorre é importante que o cliente sinta o calor humano durante o atendimento. Nesse sentido, o processo humanístico esteve presente naquela relação.

Como enfermeira obstetra atuando no Hospital Universitário Ana Bezerra, localizado em Santa Cruz – RN, onde a humanização é fator priorizado institucionalmente, detectamos práticas assistenciais que revelam o contrário do que se preconiza em humanização. Entre elas, podemos citar o enfoque direcionado para as intervenções na assistência ao parto, como: uso rotineiro de ocitocina por via parenteral, episiotomias desnecessárias, amniotomias precoces, posição de litotomia durante o trabalho de parto, entre outras, que interferem no processo fisiológico e natural do parto (OMS, 1996). Observamos que, embora tecnicamente competente, a prática de alguns profissionais é representada pelo desrespeito e objetivação das mulheres que procuram os cuidados para com o parto, tornando-as objeto da assistência, desenvolvendo a técnica pela técnica, levando à mulher um papel de passividade e de não exercício de sua cidadania.

Aliado a esse enfoque tecnicista observamos outro aspecto preocupante da assistência à mulher nessa instituição: trata-se da relação que o profissional estabelece com

a parturiente durante o processo de nascimento. Temos observado que as relações entre esses dois atores se estabelecem de forma hierarquizada, isto é, o profissional com postura autoritária trava com a parturiente diálogos de disputa de poder, nos quais são impostos seus conhecimentos e conseqüente domínio do corpo da mulher. À cliente, resta apenas "obedecer", "se comportar" e "não dar trabalho". Suas expectativas, dúvidas e medos são desconsiderados, havendo uma subordinação da parturiente aos profissionais. Essa forma de relacionar-se também levanta questões de gênero e classe social. O fato de serem mulheres com renda salarial baixa as coloca em uma posição de inferioridade, não havendo oportunidade para responder ou reinvidicar condições mais dignas de assistência.

Tais observações se tornam mais preocupantes quando consideramos que o Hospital Maternidade Ana Bezerra possui uma história de procura pela qualidade de assistência e atualmente assume a filosofia de humanização na assistência à saúde. Esta Instituição iniciou seus esforços para a implantação das ações de humanização durante o parto em 1998; desde então, várias iniciativas foram implementadas, tais como: treinamento de pessoal com equipe especializada em humanização da assistência em todos os setores, inclusive no setor obstétrico; a equipe foi estimulada a participar de eventos que tratassem do assunto; liberação dos enfermeiros para aperfeiçoamento em curso de especialização em Enfermagem Obstétrica – Habilidades Midwifery – para uma maternidade segura da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); contratação de psicólogos e fisioterapeutas para atuarem no pré-parto, na sala de parto e no alojamento conjunto; e implantação de comissões internas para elaboração de normas e rotinas do centro obstétrico. Por fim, houve também mudanças estruturais, tais como a construção de ambientes climatizados, individuais, que oportunizam a presença de acompanhantes no processo do parto.

No tocante à assistência, foram instituídas ações que caracterizam a humanização, como: técnicas de massagem e relaxamento para alívio do desconforto do trabalho de parto, promoção de conforto como livre deambulação, banho de chuveiro, oferta de líquidos e alimentação, de acordo com a necessidade da cliente. Tais intervenções visam promover, acima de tudo, o respeito à individualidade da mulher. Dessa forma, a maternidade começou a prestar uma assistência considerada humanizada. A partir dessa iniciativa houve mudanças significativas na prática de alguns profissionais. O reconhecimento deste trabalho foi à contemplação que o referido hospital obteve no ano 2000, com o prêmio Galba de Araújo. Este prêmio é outorgado pelo Ministério da Saúde, buscando reconhecer os esforços desenvolvidos pelos profissionais de saúde nos hospitais públicos ou privados que integram o SUS, ressaltando as inovações voltadas para a humanização do nascimento (DOSSIÊ..., 2002). No ano de 2002, o Hospital passou a compor o programa nacional de humanização do Ministério da Saúde. O programa objetivou a inserção do referido hospital no núcleo Nordeste. Mensalmente, houve reuniões em Fortaleza com a finalidade de traçar metas de melhorias institucionais, objetivando futuramente ser enquadrado como referência, no Rio Grande do Norte, em humanização (BRASIL, 2000; 2002).

Atualmente o hospital reflete esta filosofia e diferencial, através da humanização da assistência, e observamos que grande parte dos profissionais atuam com o propósito de desenvolver uma prática segura, holística, humana, respeitando a fisiologia, assegurando o bem-estar materno fetal. No entanto, a presença de relacionamentos que conduzem ao desvirtuamento dessa filosofia levanta um questionamento sobre os fatores pessoais dos profissionais que deverão estar influenciando essa situação, tendo em vista o apoio político-institucional presente naquela instituição para o atendimento humanizado.

Pressupomos, portanto, que profissionais de uma instituição, que dispõe de grande investimento para implementar o cuidado humanizado, reconheçam o valor dos elementos que o integram e conseqüentemente possam colocá-los em prática através de um relacionamento empático com a mulher durante o processo de nascimento. Por conseguinte, os receptores dessa assistência poderão perceber o diferencial afetivo e subjetivo do profissional que lhe assiste. Surge então a inquietação acerca do porquê dessas atitudes arbitrárias e da falta de comunicação num serviço reconhecido pela humanização da assistência.

Entendemos, desta forma, que, quando as ações são realizadas conforme os princípios do cuidado humanizado, podemos dizer que o profissional interage com a parturiente através de uma relação de empatia, essencial ao processo. Propomos ainda que as ações e interações dos profissionais consideradas distantes dos princípios humanísticos refletem a pouca empatia que os profissionais possuem em relação às parturientes. Partindo desses pressupostos, pretendemos realizar uma investigação para responder aos seguintes questionamentos: Qual o nível de empatia dos profissionais que atuam durante o processo de nascimento? As mulheres receptoras da assistência percebem a empatia dos profissionais?

1.2 OBJETIVOS

Geral:

Avaliar o grau de empatia dos profissionais que atuam durante o processo de nascimento, no contexto de atenção à humanização.

Específicos:

Identificar o grau de empatia dos profissionais que atuam na assistência à mulher;

Identificar as características profissionais e pessoais relacionadas ao grau de empatia dos profissionais;

Identificar a percepção das mulheres acerca da empatia demonstrada pelos profissionais;

Comparar as percepções das mulheres com a auto-avaliação dos profissionais acerca da empatia.

1.3 JUSTIFICATIVA

O trabalho, ora proposto, torna-se relevante em duas vertentes: a prática e a científica. Do ponto de vista da prática, ressaltamos a importância do estudo para a equipe que assiste à mulher nos estágios de pré, trans e pós-parto e, em especial, para a enfermagem como membro integrante dessa equipe.

O conhecimento do nível de empatia dos profissionais torna-se importante à medida que oferece condições para reflexão da equipe de saúde acerca de sua prática, identificando as barreiras que dificultam o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico. Por outro

lado, sendo o enfermeiro integrante de uma equipe multidisciplinar, este estudo representa uma oportunidade de validarmos esse profissional como um importante articulador da assistência humanizada à mulher. Ressaltamos ainda que os profissionais de enfermagem, devido às características próprias da profissão, são aqueles dentre a equipe de saúde que passam maior tempo em contato com o cliente, sendo de extrema importância à vivência e demonstração da empatia. O Estudo também poderá enriquecer a literatura nacional sobre a empatia como elementos fundamentais para a prática obstétrica brasileira e sua influência no desenvolvimento do relacionamento terapêutico, temática ora discutida.

Este trabalho ainda subsidia o Hospital estudado, na medida em que reflete a avaliação de seus princípios norteadores, proporcionando elementos que poderão fundamentar a avaliação e elaboração de estratégias, no sentido de redimensionar a política de humanização da referida instituição.

Do ponto de vista científico, encontramos escassa literatura nacional que aborda a empatia e sua relação com as ações dos profissionais de saúde, frente aos clientes. Ao imergir no estudo sobre empatia e sua influência na efetivação das ações humanísticas em saúde, pretendemos contribuir para o desenvolvimento de conceitos que busquem a conscientização dos profissionais acerca de seu papel como cuidadores humanos e sensíveis.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O marco teórico que norteia o estudo é construído a partir de uma visão paradigmática da saúde no contexto atual do país e suas implicações no desenvolvimento de uma assistência voltada para valores humanísticos. Abordamos, também, a humanização como uma reformulação da assistência à saúde em direção ao modelo holístico que envolve o desenvolvimento do relacionamento terapêutico entre profissionais e clientela. E, por último, trabalhamos a empatia, como principal elemento do relacionamento terapêutico, conseqüentemente precursora e facilitadora da humanização em saúde.

2.1 Visão paradigmática da saúde e conseqüências na assistência humanizada

Ao longo dos anos, a importância das relações terapêuticas entre equipe de saúde e pacientes tem sido revestida de relevância significativa, para o processo de cuidado e recuperação da clientela assistida (ALMAGIA, 2002).

Entretanto, apesar de sua indiscutível importância, as relações humanas em saúde têm sido um processo esvaziado e dificultado por diversos fatores.

A saúde, que por longas décadas foi conceituada e resumida como ausência de doença, constitui um dos fatores que obstaculiza o desenvolvimento dos relacionamentos terapêuticos. Desse modo, o foco do cuidado não era saúde e sim, a doença. A aproximação científica da doença começou focalizando o processo biológico, havendo um dualismo entre mente corpo. As concepções do paradigma cartesiano de que o corpo é uma máquina, a doença uma conseqüência do desarranjo da máquina, originaram o modelo biomédico

(CHIATTONE, 1998). Corroborando essa afirmação, Capra (1982) descreve que a influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no modelo biomédico, constituindo o alicerce da moderna medicina científica.

Com efeito, essa forma reducionista, de abordagem fragmentada, afasta os profissionais da possibilidade de compreensão do ser humano em sua totalidade. Segundo Chiattone (1998), o modelo biomédico adota uma ótica simplista, reduzindo a doença a um projeto biológico, sendo negligenciados os aspectos sócioculturais e ambientais, contribuindo para que o profissional perca a perspectiva do paciente integral inserido no seu meio ambiente. Em linhas gerais, esse modelo incorpora os seguintes aspectos: o doente como objeto, o médico como mecânico, a doença como avaria, e o hospital como uma oficina de consertos.

Na década de 70, os questionamentos acerca do paradigma cartesiano tomaram maior consistência por não fornecer uma compreensão completa e profunda dos problemas humanos, por atender a interesses minoritários, por dissociar a promoção da saúde, por negar a existência individual do paciente (CHIATTONE, 1998).

Em 1978, a conferência de Alma-Ata foi ícone na evolução das discussões sobre saúde e bem-estar, e a cada nova conferência há um fortalecimento e ampliação dessas discussões. Em 2000, na World Health Conference, ocorrida no México, a saúde passou a ser entendida como uma luta por maior eqüidade e por melhores condições sociais e econômicas. Houve também ampliação na participação das comunidades, habilitando-as para promover saúde e preparação de recursos humanos para atuarem dentro deste novo enfoque (SEBASTIANI; PELLICIONI; CHIATTONE, 2001).

As novas tendências de mudança na prática dos profissionais de saúde apontam para uma transição de paradigma, no qual os aspectos humanos subjetivos, negados pelo modelo

biomédico e praticados nas instituições, abrem espaço para a sensibilidade, emoção, solidariedade (TAVARES; TEIXEIRA, 1997).

Embora hajam avanços significativos nas discussões em torno de uma assistência voltada para os valores humanísticos e a saúde tenha sido entendida em uma macrodimensão, prossegue um grande abismo entre essas concepções e a prática nos serviços de saúde. A hegemonia do modelo biomédico persiste, e termina por perpetuar uma assistência que em muitas situações torna-se desumana, gerando uma lacuna nos relacionamentos entre profissionais e clientela (MELO, 1996).

Outro ponto relevante, que obstaculiza o desenvolvimento do relacionamento terapêutico entre equipe de saúde e clientela, refere-se à prática profissional desenvolvida diariamente em um contexto adverso, submetido a definições e indefinições políticas e econômicas.

Soares (1996) destaca que o pacote de políticas, também denominado de “reformas estruturais”, imposto pelas agências financeiras internacionais (Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial), trouxe graves prejuízos às populações de todos os continentes. Esse autor sintetiza essas políticas em princípios norteadores, tais como: cortes lineares do gasto público, sobretudo em redução e desmonte do Estado, congelamento dos salários pelo piso, com uma paralisação dos preços em patamares elevados; e em aberturas comerciais indiscriminadas, estimulando a entrada do capital internacional (de forma especulativa), provocando a desestruturação das economias produtivas nacionais, gerando desempregos.

Almeida et al. (1996) ressaltam que a proposta neoliberal que configura o ajuste político e econômico do Estado, privatizando as ações que seriam de sua responsabilidade, traz para a área da saúde cada vez mais forte a idéia do Estado mínimo, ou seja, da

cidadania regulada, sendo a saúde direito dos cidadãos, mas responsabilidade da sociedade. As estratégias priorizadas são a privatização, a descentralização e a focalização. A privatização é traduzida pela enorme expansão ocorrida na medicina de grupo, cooperativas de saúde, remetendo a regularização desses serviços ao mercado e não ao Estado. A descentralização configura uma finalidade específica de racionalização dos custos e não de distribuição de poder. E, por último, a focalização, uma das estratégias mais disseminadas, implicando na elaboração de propostas, as quais destinam recursos a grupos específicos, estabelecendo uma assistência seletiva.

Ainda conforme Almeida et al. (1996), a proposta neoliberal contrapõe-se ao SUS, que se encontra assentado em três pilares fundamentais: o conceito de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado, e a reformulação do sistema de saúde como uma proposta estratégica. As conseqüências dessa ordem neoliberal sobre os serviços de saúde no Brasil são o desfinanciamento do setor e cortes de gastos em saúde, que sucateiam propositalmente o serviço público, de modo a desmoralizá-lo e desacreditá-lo, servindo de justificativa, por um lado, para a privatização; e, por outro, induzindo a população a reforçar o serviço privado como a única alternativa eficaz para resolver os problemas de saúde. Esta situação leva o sistema público a um círculo vicioso de deterioração, ao assistir com recursos reduzidos, enquanto o sistema privado floresce e obtém lucros elevados (QUEIROZ; SALUM, 1996).

O resultado disso tudo, ainda segundo Queiroz e Salum (1996), é o SUS restrito quanto à cobertura e acesso aos serviços, configurando uma grande massa da população de excluídos, gerando insatisfação e pouca qualidade na assistência prestada. Esse contexto eleva o nível de estresse dos profissionais de saúde, pois no cotidiano vivenciam situações de impotência ao contemplar, por um lado, a necessidade da população e, por outro, um

sistema que não responde à real problemática de saúde no País. Corroborando essa afirmativa, Frota (2000) salienta que para humanizar a relação de profissionais de saúde e usuários, faz-se necessário que ocorra um incremento das ações políticas, definindo prioridades em prol da melhoria dos serviços oferecidos, pensando em termos de satisfação dos usuários. Para tanto, é preciso operacionalizar mudanças que promovam acesso e resolutividade dos serviços.

Outrossim, há um outro fator que extrapola a esfera dos serviços e seu financiamento. Refere-se à natureza do trabalho desenvolvido em saúde, que provoca danos emocionais e físicos aos profissionais. Pitta (1999) afirma que mesmo uma política de saúde bem estruturada e/ou uma boa administração hospitalar, embora influenciem, não irão determinar o singular relacionamento do paciente com o cuidador. Qualquer atitude generalizadora que não leve em conta o dia-a-dia do trabalho hospitalar com os cargos de tensão e conflito pouco contribuirá para melhorar as condições de trabalho, eficácia da organização e uma melhor resposta ao usuário de seus serviços.

A discussão em torno de uma assistência humanizada perpassa por questões inerentes ao profissional e conseqüentemente pelo desenvolvimento de seu trabalho, pois esse é um dos elementos fundamentais para operacionalização da tão almejada humanização em saúde.

Segundo Pitta (1999), o trabalho em saúde abre perspectivas para duplos empregos e jornadas de trabalho excessivas. Tal prática potencializa a ação de fatores que danificam a integridade física e psíquica do trabalhador.

A rigor a atividade assistencial constitui-se para a equipe de saúde fonte de gratificação e estresse. São fontes gratificantes: diagnosticar e curar, tratar corretamente, prevenir, ensinar e ser reconhecido por sua competência. Por outro lado, estão os fatores

estressantes: o contato freqüente com dor e sofrimento, lidar com as expectativas de pacientes e familiares, atender pacientes trabalhosos no sentido de serem agressivos e hostis e não aderirem ao tratamento (MARTINS, 2003).

Martins (2003) reforça que o contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, dos próprios conflitos e frustrações, frente à saúde e doença.

Aos trabalhadores da saúde cabe produzir uma homeostasia entre vida e morte, entre saúde e doença. O contato constante com pessoas doentes, com freqüência, impõe um fluxo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, aterrorizadoras muitas vezes, requerendo um ajuste e adequações de estratégias defensoras para o desempenho de atividades com naturezas distintas (PITTA, 1999),

Para Pitta (1999), o desenvolvimento de mecanismos de defesa possui a função primordial de ajudar o indivíduo a fugir da ansiedade, culpa, dúvida e incerteza. A autora classifica esses mecanismos em fragmentação da relação entre a técnica e o paciente (ao fragmentar as tarefas, diminui o contato entre profissional e paciente, o relacionamento desenvolve-se superficialmente e o técnico estará com menor probabilidade de experimentar a angústia); despersonalização e negação da importância do indivíduo (qualquer paciente é igual ao outro e deve ser tratado de maneira geral); distanciamento e negação de sentimentos (é conseqüência dos dois primeiros, sendo os sentimentos controlados, havendo um refreamento no envolvimento); tentativa de eliminar decisões pelo ritual do desempenho de tarefas (ao estabelecer normas e rotinas, padronizando os procedimentos, haverá uma “economia” de gestos e envolvimento emocional). Ao desenvolver tais mecanismos de defesa, o profissional criou a barreira em relação ao cliente, dificultando o relacionamento.

A atuação do profissional fortemente especializada voltada para o modelo biomédico, as difíceis condições de trabalho e os aspectos envolvidos com a saúde, particularmente em relação à saúde mental do trabalhador, favorecem caminhos para a compreensão da complexidade que constitui o relacionamento entre profissionais e clientes. Projetos e ações em humanização da assistência são fortemente atingidos por essa dinâmica e complexidade, porque o desenvolvimento de relacionamentos é uma condição "sine qua non" para essa humanização. Muitos problemas dos pacientes podem ser resolvidos ou atenuados quando eles se sentem compreendidos e respeitados pelos profissionais (MARTINS, 2003).

2.2 A humanização no processo do cuidar

A rigor, humanizar é tornar humano. Este conceito tão genuíno vem sofrendo modificações com o passar dos tempos, havendo mudanças de enfoques. Na antiga Grécia e Roma, o homem era exaltado sobre os valores de beleza, força, harmonia e heroísmo. No mundo cristão, o humanismo realçou o valor do homem como pessoa, isto é, como princípio autônomo e individual de consciência e responsabilidade, aberto à plenitude do ser e orientado para Deus. O humanismo moderno de Descartes, Kant e Hegel faz da subjetividade do homem o ponto de partida e construção de toda realidade (SILVA, 2001).

Nos dias atuais, Pádua (2000) caracteriza o humanismo como o reconhecimento dos seres humanos em pessoas holísticas, ou seja, mais que a soma das partes, com sistemas fisiológicos e psicossociais interagentes. A humanização surge como sendo uma reformulação da assistência à saúde em direção ao modelo holístico. Nessa perspectiva, a instituição de saúde tem passado por uma reavaliação e normatização das atitudes e

condutas em prol da ética, organização, qualidade e sensibilização (SCHRAMM; KOTTOW, 2001). Sua abordagem interdisciplinar interage entre as ciências humanas e biológicas, contextualizando e focalizando a integralidade, dignidade e cidadania dos indivíduos (CHIATTONE, 1998).

Por conseguinte, Frota (2000) ressalta que a humanização da assistência não pode ser apenas um conjunto de iniciativas isoladas e esporádicas, de caráter meramente promocional da figura do cliente. Pressupõe uma política integrada e permanentemente centrada no atendimento personalizado, voltado às expectativas e necessidades do cliente. Humanização, de fato, é uma ação solidária que coloca o serviço em função de pessoa humana, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade. O "cuidar humanizado" reflete a concepção de qualidade, onde o cuidador é percebido como alguém dinâmico, capaz de acolher, refletir, reconhecer e desempenhar uma assistência com competência e sensibilidade.

No sentido de reforçar, ampliar e disseminar a humanização nos hospitais, o Ministério da Saúde, em 2000, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Tal iniciativa engloba ações integradas que viabilizam a melhoria na qualidade e eficácia dos serviços prestados, objetivando o aprimoramento das relações interpessoais. As ações humanizadas, neste sentido, visam à integração da eficiência técnico-científica, a ética, o respeito e as necessidades do usuário (BRASIL, 2000).

Humanizar em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta o contexto social, psicológico, biológico, ético, educacional e cultural (BRASIL, 2000). A humanização da assistência perpassa pela tecnologia e dispositivos organizacionais, entretanto, numa área como a saúde, a eficácia do sistema é fortemente influenciada pelo fator humano e relacionamentos que são estabelecidos entre usuários e profissionais de

saúde. Pesquisas realizadas, em todo o Brasil, com usuários do SUS têm demonstrado que há uma carência de relacionamento entre os profissionais, sendo uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro(BRASIL, 2000). No Rio Grande do Norte, estudos realizados com usuários do SUS retratam essa dura realidade (YÉPEZ; MORAIS, 2004).

De acordo com Merhy (1997) e Mendes (1999), para humanizar não basta apenas a preocupação com procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde; são necessárias mudanças nos relacionamentos dos trabalhadores de saúde com o seu principal objeto de trabalho: a vida e sofrimento dos usuários em serviço.

Por conseguinte, o desenvolvimento de um relacionamento voltado para ajudar o outro se constitui em terapêutico. O relacionamento terapêutico é conceituado como um processo, abrangendo procedimento técnico, dirigido sistematicamente, havendo uma seqüência de fatos que se reproduzem com alguma regularidade, objetivando uma meta terapêutica. Os elementos que compõem esse processo são: comunicação e interação; afinidade, quanto ao atendimento das necessidades básicas; conhecimento e participação; compreensão, aceitação, interesse, confiança, empatia e aprendizagem (DANIEL, 1983).

No relacionamento terapêutico, Rogers e Rosemberg (1977) apontam que o cliente é ao mesmo tempo o objeto e o agente, sendo condição primordial, para os profissionais de saúde, o desenvolvimento de atitudes, como a compreensão dos sentimentos do outro, tolerância, profundo respeito e aceitação total do cliente tal como ele é.

Yépez e Morais (2004) ressaltam que a humanização da relação profissional e paciente, com base no desenvolvimento de uma relação empática e participativa, é uma prioridade. Corroborando esse pensamento, Frota (2000) salienta que, para uma assistência humanizada, o desenvolvimento da capacidade de empatizar com a condição do outro assegura o respeito e individualidade, privacidade e autonomia do cliente. Nesse sentido,

passaremos a discutir a empatia como facilitadora do relacionamento terapêutico e conseqüentemente da humanização na assistência em saúde.

2.3 A empatia como essencial no relacionamento terapêutico

A empatia tem sido largamente aceita e definida como um componente crucial, de extrema relevância e significado para o sucesso terapêutico (WHITE, 1997; REYNOLDS; SCOTT, 2000).

Rogers (1973) aponta que a base de uma relação interpessoal voltada para ajudar o outro, entendida neste estudo como uma relação terapêutica, encontra-se nos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa. Segundo este autor, para ajudar o outro deve-se apresentar três características essenciais: autenticidade, aceitação incondicional ou confiança e compreensão empática. Estas qualidades permitem ao profissional de saúde entrar em sintonia com o cliente. Para ser autêntico, o profissional deve apresentar-se diante da clientela como ele é. A aceitação incondicional e integral do outro se define como o respeito às opiniões, crenças e valores da clientela atendida. Por fim, a compreensão empática, que é a capacidade de o profissional de apreender o significado da experiência do cliente para ele, sendo imprescindíveis à sensibilidade e compreensão. Também Du Gas (1983) elege a empatia e respeito mútuo como características essenciais do relacionamento terapêutico e ainda elementos básicos para a construção de um clima de confiança entre clientes e profissionais de saúde.

O termo empatia foi inicialmente introduzido em inglês, do grego empathéia, “entrar no sentimento”, termo que era utilizado pelos teóricos da estética para nomear a capacidade de se perceber a experiência subjetiva de outra pessoa. Atualmente, a empatia

tem sido definida como a capacidade de tentar ver o mundo da forma que outra pessoa o vê, sem perder a própria identidade (GOLEMAN, 1995). Reynolds e Scott (2000) conceituam a empatia como a habilidade de comunicação e entendimento dos sentimentos das outras pessoas, sendo a característica central nos relacionamentos de ajuda. Ao conceituar empatia, Rogers e Rosemberg (1977) chamam a atenção para as várias facetas que a constituem, sendo considerada um processo complexo, exigente e intenso. Empatia significa entrar no mundo da outra pessoa e sentir-se à vontade dentro dele. Requer sensibilidade para perceber os sentimentos do outro como ele o percebe. Significa viver temporariamente a vida da outra pessoa sem julgamentos. Ser empático é ser um companheiro confiante, deixando de lado, neste momento, nossos pontos de vista e valores para entrar no mundo do outro sem preconceito, pondo de lado o nosso próprio eu.

Goleman (1995) ressalta que a empatia é alimentada pelo autoconhecimento, quanto mais consciente estivermos de nós mesmos, melhor teremos conhecimento acerca de nossas emoções e com facilidade entenderemos o sentimento do outro. O autor reforça ainda que raramente as emoções das pessoas são postas em palavras, mas com freqüência são expressas sob outras formas, como o tom de voz, gestos e expressões faciais. Desta forma, a empatia é chave para que possamos entender e interpretar os sentimentos dos outros. Ter empatia é sentir o outro, se envolver.

No nosso estudo, tomaremos como referência de empatia o conceito elaborado por Hojat et al. (2002), que definem a empatia como um atributo que envolve cognição, assim como o domínio emocional ou afetivo. O domínio cognitivo da empatia envolve a habilidade de entender as experiências e sentimentos e ter a capacidade de ver o mundo nas perspectivas de outrem. Já o domínio afetivo envolve a capacidade de penetrar ou ligar-se às experiências e sentimentos dos outros. Os autores, em outro trabalho, ressaltam que a

empatia é considerada mais uma qualidade cognitiva do que propriamente um atributo afetivo (HOJAT et al., 2002).

Recentemente, a empatia tem sido estudada sobre o ponto de vista da neurofisiologia e, apesar dos estudos estarem em estágio inicial, foram encontradas evidências que indivíduos com lesões cerebrais nas fibras pré-frontais, tanto espontâneas quanto induzidas cirurgicamente, ficam incapazes de experimentar o envolvimento emocional, não possuindo capacidade de compreender o sentimento alheio, ou seja, emitir resposta empática (CATALDO NETO; NUNES; MARGIS, 1997). Goleman (1995) refere que a capacidade de empatizar com o outro está presente desde o nascimento, a exemplo quando um recém-nascido chora ao escutar o outro a chorar, e esta capacidade se desenvolverá até a fase adulta.

Todo o relacionamento que tem como base o envolvimento, vem da capacidade da empatia. Esta capacidade de saber como o outro se sente entra em várias facetas da vida: nas áreas comerciais, administração, namoro e na ação política. A sua ausência é também reveladora, pois, pessoas que cometem crimes terríveis, como estupradores, molestadores de crianças, assassinos, entre outros, possuem uma falha psicológica e momentos antes de seus atos, há uma subtração da empatia (GOLEMAN, 1995).

Na área da saúde, a presença da empatia também tem sido um atributo extremamente desejado, pois diariamente os profissionais lidam com situações que denotam o “sofrimento humano”. Nessa perspectiva, Rogers e Rosemberg (1977) destacaram a maneira empática como prioridade quando a outra pessoa encontra-se magoada, confusa, perturbada, ansiosa, aterrorizada. E quando corretamente utilizada pelos profissionais, traz profundas conseqüências, como a capacidade do cliente assumir a atitude

de auto-estima, autocompreensão e interesse por si mesmo. A postura empática é uma poderosa arma na promoção de crescimento e mudança.

Rogers e Rosemberg (1977) teceram algumas afirmações gerais sobre empatia, tais como: o profissional ideal é aquele acima de tudo empático; quando a empatia está no início da relação permite o sucesso terapêutico posterior; o cliente percebe maior grau de empatia nos processos terapêuticos bem-sucedidos; a empatia é uma qualidade de extrema importância em uma relação; e que uma postura empática pode ser aprendida com pessoas empáticas, ou seja, desenvolvida através de treinos.

Também Stefanelli (1982) reforça a empatia como ponto de relevância, para que a interação entre paciente e enfermeiro se torne terapêutica. O profissional de enfermagem deve se esforçar para perceber a experiência do outro como ele reverencia, estando atento para não perder seu papel profissional e sua identidade. A empatia torna-se fundamental para que o enfermeiro compreenda o mundo do outro, a fim de proporcionar uma assistência individualizada, respeitando suas crenças, valores e cultura. A enfermagem deve centrar sua atenção no cliente e ambiente, para ouvir reflexivamente as mensagens emitidas verbalmente e ouvir o silêncio.

Entender a perspectiva do paciente é um importante fator também no relacionamento médico paciente. A carência do entendimento na perspectiva dos pacientes lidera os problemas de comunicação que contribuem não somente para a insatisfação desses, mas também para o aumento de ações judiciais contra o médico (HOJAT et al., 2002). Fields et al. (2004) afirmam que quando os pacientes percebem os médicos sendo empáticos, eles aderem melhor às recomendações e tratamentos, conseqüentemente experienciam a cura mais rápida. Para Botten (1991), a empatia não é vista apenas como

base do relacionamento terapêutico, mas também como estratégia para prevenção do burnout, ou seja, o desgaste físico-emocional associado ao trabalho profissional.

Apesar da extrema relevância da empatia na área da saúde, ela tem sido pouco estudada devido à dificuldade da operacionalização de seus conceitos (ROGERS; ROSEMBERG, 1977; HOJAT et al., 2002; Fields et al., 2004). Rogers e Rosemberg (1977) destacaram algumas pesquisas que utilizavam com sucesso alguns instrumentos nos quais a empatia é definida operacionalmente através de itens. Como exemplo, destaca a escala de empatia precisa (Accurate Empathy Scale), criada por Truax e Colaboradores, sendo preenchida por avaliadores (TRUAX apud ROGERS; ROSEMBERG, 1977). Até mesmo pequenas partes de entrevistas podem ser avaliadas com autenticidade através desta escala, que vai do estágio 1, que corresponde ao nível mais baixo de compreensão empática, ao estágio 8, significando um grau bastante alto. Através deste exemplo de escala do processo empático, o referido autor resume que a empatia pode ser definida em termos teóricos, conceituais e também operacionais.

Recentemente uma nova escala foi desenvolvida por psiquiatras e psicólogos na Philadelfia – USA, a Jefferson Scale Of Physician Empathy, objetivando medir o nível de empatia entre os estudantes de medicina, e vem sendo utilizada em vários estudos (HOJAT et al., 2002; Fields et al., 2004).

2.4 QUESTÕES DE PESQUISA:

De acordo com a literatura consultada, algumas questões surgem como pertinentes, com relação à empatia desenvolvida pelos profissionais de saúde durante o processo de nascimento, para as quais procuraremos respostas.

- Qual o nível de empatia que os profissionais que atuam na assistência à mulher, durante o processo de nascimento, possuem?
- Quais as características que influem no nível de empatia dos profissionais que atuam durante o processo de nascimento?
- Qual a percepção das mulheres acerca da empatia dos profissionais que lhes assistem?
- Até que ponto as percepções das mulheres estão de acordo com a auto-avaliação dos profissionais acerca da empatia?

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo é do tipo descritivo, que, segundo Cervo e Bervian (1996), observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Descobre com precisão a freqüência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros.

Utilizamos um enfoque quanti-qualitativo, o que nos possibilitou uma maior complementação das informações. Para este estudo, aplicamos primeiro entrevista aberta, objetivando apreender informações subjetivas sobre empatia e posteriormente aplicamos uma escala de medição de empatia.

O enfoque quantitativo, segundo Polit e Hungler (1995), permite a coleta sistemática de informação numérica, mediante condições de muito controle, analisando essas informações através de estatística. Para Minayo (2003), o enfoque qualitativo aborda questões mais profundas das relações humanas e significado das ações, que, por sua vez, compreende e descreve as relações sociais atuando nas vivenciais, experiências e cotidianidade.

De acordo com Polit e Hungler (1995), a junção criteriosa da abordagem quantitativa e qualitativa possui muitas vantagens, dentre estas, a de que elas são complementares, representando palavras e números – as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. Além disso, as autoras referem que essa triangulação metodológica permite reforçar a credibilidade dos resultados.

3.2 Local da pesquisa

Realizamos o estudo no Hospital Universitário Ana Bezerra – HUAB, localizado no Município de Santa Cruz – RN. A maternidade, em estudo, presta-se a atividades de ensino, pesquisa e extensão, sendo campo de estágio para estudantes da área de saúde. O HUAB é um hospital de médio porte, com capacidade instalada para 57 leitos, distribuídos entre os setores pediátrico, assistência à mulher (pré/trans/pós-parto, alojamento conjunto) e berçário patológico. No ano de 2003, durante o primeiro semestre, foram realizados em Santa Cruz, um total de 663 partos, sendo 578 partos normais e 85 cesáreos (BRASIL, 2004). A instituição foi escolhida por possuir como missão à humanização da assistência ao nascimento, sendo reconhecida nacionalmente através do Prêmio Galba de Araújo. Ressaltamos, ainda, que no ano de 2002, esta maternidade fez parte do Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

3.3 População e amostra

Estudamos duas populações; a primeira foi composta pelos profissionais de saúde que atuam na assistência à mulher no processo de nascimento; e a segunda amostra foi composta por mulheres que foram atendidas por esses profissionais durante o período do estudo. Em relação aos profissionais, todos foram incluídos no estudo, sendo, portanto, 47 profissionais (13 médicos, 12 enfermeiros, 22 técnicos de enfermagem). A amostra de mulheres foi constituída de 101 mulheres e escolhida de forma intencional e por conveniência. O número de 101 participantes foi estabelecido com o intuito de facilitar a análise estatística dos dados.

Segundo Polit e Hungler (1995), amostra intencional origina-se a partir da crença de que os conhecimentos de um pesquisador sobre a população podem ser usados para selecionar os casos que serão incorporados na amostra; e a amostra por conveniência favorece o uso das pessoas de maneira adequada e com mais disponibilidade no momento da pesquisa.

A seleção das mulheres atendeu a os seguintes critérios de inclusão: ter sido assistida pelos profissionais que participaram do estudo; estar no pós-parto, entre o primeiro e o segundo dia do puerpério, pois desta forma a parturiente já passou por todo o processo da assistência, estando próxima sua alta hospitalar; e, por último, apresentar nível de entendimento para as questões que foram colocadas. As parturientes que atenderam a esses critérios foram identificadas através do estudo dos prontuários, antes de serem convidadas a participar do estudo. Acrescentamos, também a este estudo, mulheres que retornaram ao serviço ambulatorial da maternidade entre o 7º. e 10º. dia do puerpério. Desta forma, oportunizamos a toda a população de mulheres que vivenciaram o processo de parto, neste hospital, a participar da pesquisa, incluindo àquelas que pariram nos finais de semana ou que já haviam recebido alta quando chegávamos para a entrevista.

Dessas 101 participantes, 49 foram entrevistadas, integrando o estudo com a abordagem qualitativa, pois, durante esse processo, não houve preocupação com a quantificação das participantes e sim exaustão das informações relacionadas ao objeto do estudo.

3.4 Variáveis do estudo

3.4.1 Variáveis dependentes: Polit e Hungler (1995) conceituam variáveis dependentes como aquela em que o pesquisador tem interesse em explicar, compreender ou prever. No nosso estudo, a variável dependente a ser estudada foi à empatia.

3.4.2 Variáveis independentes: Lakatos (1991) conceitua variável independente como "aquela que influencia, determina ou afeta outra variável". É o fator determinante, condição ou causa para determinado resultado, efeito ou conseqüência. No nosso estudo, as variáveis independentes, em relação aos profissionais, foram: sexo, idade, número de filhos, tempo de serviço na função e na instituição, jornada de trabalho (semanal e diária) e atualização do profissional em humanização da assistência.

3.4.3 Variáveis para fins de caracterização dos profissionais:

- Sexo, idade.

3.4.4 Variáveis para fins de caracterização das mulheres atendidas:

- idade, grau de instrução, procedência e paridade.

3.4.5 Outras variáveis:

- percepção da mulher acerca da empatia demonstrada pelos profissionais.

3.5 Definição das variáveis

3.5.1 Empatia

Teórica: Conceito que envolve cognição, assim como domínio emocional ou afetivo. O domínio cognitivo da empatia envolve a habilidade de entender as experiências secretas de outras pessoas e ter capacidade de ver o mundo na perspectiva dessas outras pessoas. O domínio afetivo envolve a capacidade de adentrar ou ligar-se às experiências e sentimentos das outras pessoas (HOJAT et al., 2002).

Operacional: A empatia foi medida por instrumentos específicos, aplicados às duas populações do estudo, mulheres e profissionais de saúde. Entre as mulheres, o instrumento utilizado foi à escala que mediu a percepção do paciente sobre a empatia dos profissionais de saúde (PPPEPS) (Ver ANEXO C e ANEXO D), sendo a empatia representada pelo escore de 10 a 70. Os profissionais preencheram a Escala de Jefferson de Empatia dos Profissionais de Saúde (EJEPS), que apresenta escores de 20 a 140, sendo o escore 140 o maior nível de empatia.

3.5.2 Sexo

Teórica: Conjunto das pessoas que tem a mesma conformação física, considerada sob o ponto de vista da geração (BUENO, 1992).

Operacional: O profissional marcou, no espaço reservado, se é do sexo masculino ou feminino.

3.5.3 Idade

Teórica: Número de anos de alguém, ou de alguma coisa; época da vida; duração ordinária da vida (BUENO, 1992).

Operacional: O profissional indicou, no espaço reservado, sua idade.

3.5.4 Número de filhos

Teórica: Refere-se ao número de filhos que o profissional possui.

Operacional: O profissional marcou, no espaço reservado, quantos filhos possui.

3.5.5 Tempo de serviço na função:

Teórica: O tempo de serviço refere-se ao período em anos ou meses que o profissional atua na função.

Operacional: O profissional marcou, no espaço reservado, o tempo de serviço que atua na função.

3.5.6 Tempo de serviço na instituição

Teórica: O tempo de serviço na instituição refere-se ao período em anos ou meses que o profissional atua no HUAB.

Operacional: O profissional indicou no espaço reservado o tempo de serviço que atuava no HUAB.

3.5.7 Jornada de trabalho

Teórica: Período em que o empregado, no dia, tem a obrigação de prestar serviços ou ficar à disposição do empregador (BUENO, 1992). Pitta (1999) refere que a prática de jornadas de trabalho excessivas potencializa ações de fatores que danificam a integridade física e psíquica do profissional, constituindo um dificultador para a assistência humanizada e conseqüente relacionamento empático.

Operacional: Indicação pelo profissional do número de horas trabalhadas diariamente e semanalmente. Neste espaço, o profissional assinalou seu regime de trabalho (plantão de seis, doze ou vinte e quatro horas ou jornada diária de 8 horas).

3.5.8 Atualização em humanização da assistência

Teórica: Refere-se a cursos, treinamentos, congressos ou outras atividades que abordem o cuidado integral, relacionamento, comunicação, enfim, Humanização.

Operacional: Indicação pelo profissional se realizou ou não alguma atualização.

3.5.9 Percepção das mulheres

Teórica: Adquirir conhecimento por meio dos sentidos, conhecer, formar idéia de entender, compreender (BUENO, 1992).

Operacional: A percepção das mulheres acerca da empatia demonstrada pelo profissional foi representada no escore de dez a setenta, conforme medido pela Escala de percepção da paciente sobre a empatia dos profissionais de enfermagem e equipe médica (PPEPE e PPEPM) (Ver ANEXO C e ANEXO D), sendo que o escore setenta representou o maior nível de percepção da empatia.

3.6 Definição de termos

3.6.1 Equipe obstétrica: neste estudo, Equipe Obstétrica refere-se aos profissionais que atuam na assistência à mulher durante o processo de nascimento, constituído por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3.6.2 Processo de nascimento: neste estudo, refere-se ao período pré/trans e pós-parto imediato.

3.7 Instrumento de coleta de dados

Na abordagem quantitativa, utilizamos dois instrumentos: o primeiro instrumento é composto de duas partes: um componente de sete itens referentes a sexo, idade, número de filhos, tempo de serviço na função, tempo de serviço na instituição, jornada de trabalho e atualização em humanização; e a segunda parte, composta da EJEPS (Ver ANEXO A). O

segundo instrumento, da mesma forma, é composto por duas partes: a primeira contém idade, procedência, grau de instrução e paridade, objetivando caracterizar as parturientes. A segunda parte é a PPPEPS, que mede a empatia percebida nas equipes médica (Ver ANEXO D) e de enfermagem (Ver ANEXO C).

Utilizamos também, tanto para os profissionais quanto para as mulheres, um roteiro de entrevista (Ver ANEXO B e ANEXO E) composto por duas questões abertas, a fim de obter impressões subjetivas acerca da empatia desenvolvida pelo profissional durante a assistência à mulher.

Antes de aplicarmos os instrumentos, houve uma etapa para verificação da compreensão e viabilidade destes. Realizamos entrevistas iniciais com cinco puérperas internadas na Maternidade Escola Januário Cicco, e solicitamos a quatro profissionais, do mesmo hospital, o preenchimento dos instrumentos. Houve sucesso nesta etapa, não sendo necessárias alterações nos instrumentos de pesquisa.

3.7.1 Escala de Jefferson de empatia dos profissionais de saúde (Ver ANEXOA)

A EJEPS tem por objetivo medir o nível de empatia. É composta por vinte itens, elaborados em uma escala de um a sete, nos quais os profissionais emitiram seu grau de concordância, sendo o número um para o menor nível de concordância, e o número sete para o maior nível de concordância. O escore total pode variar de vinte a cento e quarenta, este representando o nível mais alto de empatia.

Esse instrumento foi elaborado no centro de pesquisa de Jefferson Medical College em Philadelfia (USA) por uma equipe de psiquiatras e psicólogos, para avaliação do nível de empatia entre os alunos de medicina. Possui duas versões: uma utilizada com os alunos de Medicina e outra com os Profissionais, tendo sido traduzido para várias línguas, inclusive o espanhol. Para este estudo, foi traduzido para o português, conforme os

preceitos de tradução de Brislin (1970). Também foi avaliado quanto à sua conceituação no contexto brasileiro, e em seguida, submetido à retro/tradução. A validade desse instrumento foi realizada em vários estudos (HOJAT et al., 2002; FIELDS et al., 2004). Entre os testes psicométricos, os autores registram que foram realizadas as validações de convergência, discriminação de constructo, de consistência interna e confiabilidade de teste e reteste (Fields et al., 2004). Dessa forma, o instrumento foi considerado válido e confiável na versão inglesa. O coeficiente alfa de Crombach para o instrumento registrado por Hojat et al. (2002), foi de 0, 81, afirmando a exatidão do instrumento para medição de empatia. Na análise fatorial realizada neste estudo, os autores também identificaram três fatores que representaram os constructos que permeiam o instrumento: assumindo a perspectiva do cliente, cuidado com compaixão e colocar-se no lugar do paciente. Esta análise sugere que o EJEPS tem confiabilidade para medir o nosso estudo, portanto, achamos viável sua aplicação. Assim sendo, solicitamos ao centro de pesquisa Jefferson Medical College autorização para a utilização do instrumento (Ver ANEXO J).

3.7.2 Percepção do paciente sobre a empatia dos profissionais de saúde (Ver ANEXO C e ANEXO D)

O Instrumento foi elaborado pela equipe de Jefferson, no Centro de Pesquisa em Philadelfia (USA), e tem por objetivo identificar, no receptor do atendimento, a empatia do profissional que lhe assistiu. Deve ser respondido pelo paciente e é composto por dez itens, para os quais há uma escala de um a sete, sendo que o número um representa o menor nível de concordância, e o número sete o maior nível de concordância. O escore total pode variar de dez a setenta, sendo que o maior número representa a maior percepção acerca da empatia demonstrada pelos profissionais (HOJAT et al., 2001). Neste estudo, a escala foi adaptada

para a mulher avaliar a empatia durante o atendimento, tanto da equipe de enfermagem como da equipe médica.

3.8 Procedimento de coleta de dados

Realizamos a coleta de dados junto aos profissionais, durante os meses de agosto e setembro de 2004. Obtida a aprovação da comissão de ética para a realização do estudo (Ver ANEXO M), iniciamos a coleta, que constou de duas etapas: na primeira, fazíamos um contato prévio com profissionais e puérperas, momento no qual foram apresentadas todas as informações acerca do estudo e seus objetivos, as relacionadas com a ética de pesquisa com seres humanos, e solicitamos a assinatura do termo de livre consentimento (Ver ANEXO G), conforme a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, que determina diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996)(Ver ANEXO I). Com os que concordaram participar da pesquisa, prosseguimos para a segunda etapa, entregando aos profissionais as perguntas subjetivas e, após as repostas disponibilizávamos para o preenchimento da EJEPS (Ver ANEXO A), orientando-os a responder todos os itens.

Em relação às mulheres, efetuamos entrevistas tanto nas questões subjetivas como no preenchimento das PPEPEs e PPEPMs (Ver ANEXO C e ANEXO D). Este diferencial adotado, entre as duas populações do estudo, foi devido ao nível de compreensão das parturientes entrevistadas, quanto às perguntas contidas nos instrumentos. Desta forma, acreditamos ter garantido maior confiabilidade nas respostas obtidas.

O local para a coleta de dados deve oferecer conforto e privacidade. Nesse sentido, a equipe de saúde respondeu o instrumento no ambiente que é destinado ao repouso dos

profissionais durante sua jornada de trabalho. Após o preenchimento do instrumento, o pesquisador conferiu se todos os itens tinham sido respondidos e em seguida colocou os instrumentos em envelopes individuais, que foram lacrados, objetivando assegurar o anonimato do profissional. Os envelopes foram abertos apenas no momento da análise dos dados.

As entrevistas com as parturientes geralmente foram realizadas nas enfermarias do alojamento conjunto, pois quando convidávamos as selecionadas para um local mais reservado, geralmente as mulheres se recusavam, sob alegações de "indisposição", "estarem com cólicas e/ou sangramentos" ou ainda que "não havia nada para esconder de ninguém". Entretanto, as entrevistas das puérperas no nível ambulatorial, foram realizadas em sala individualizada e climatizada.

3.9 Análise de dados / tratamento estatístico

Este estudo possui uma abordagem quanti/qualitativa, a análise de dados foi realizada por dois processos diferentes. Para a análise quantitativa, foi elaborado um banco de dados utilizando planilhas Excel e pacotes estatísticos SPSS for Windows e software Estatístico. A análise dos dados dessa pesquisa teve o tratamento estatístico com técnicas de análise descritiva, análise de variância, correlação de Pearson e alfa Crombach adotada em nível de 0,005.

A caracterização da população (profissionais de saúde e mulheres) e para o objetivo número um, ou seja, identificar o grau de empatia dos profissionais que atuam na assistência à mulher no parto, foi realizada através de análise descritiva constituída por técnicas de estatística, tais como: média, desvio-padrão, variância, freqüência e percentual apresentado por tabelas e gráficos.

A análise dos dados referentes ao segundo objetivo – identificar as características profissionais e pessoais relacionadas ao grau de empatia dos profissionais – foi realizado com a técnica de correlação de Pearson e o t-student entre o nível de empatia e as sete variáveis: sexo, idade, número de filhos, tempo de serviço na função, tempo de serviço na instituição, jornada de trabalho e atualização em humanização.

Os dados referentes ao terceiro objetivo – identificar a percepção das mulheres acerca da empatia demonstrada pelos profissionais – foram também analisados através da estatística descritiva, dos escores totais na Escala de Empatia de Percepção. As variáveis demográficas também foram analisadas pela freqüência e percentual.

As interpretações dos resultados foram realizadas conforme aportes teóricos que norteiam o trabalho.

Para a análise de dados da abordagem qualitativa, as entrevistas foram transcritas fielmente e submetidas à análise de conteúdo, que, segundo Bardin (1977), é o método de investigação para análise de dados coletados ou escolhidos sobre determinado tema, grupo ou objeto. Visa, através da inferência, alcançar o significado do que está contido nos depoimentos, desvendando o que está oculto ou pouco visível nas falas e/ou escrita.

Inicialmente fizemos leitura flutuante e exaustiva do material; a seguir, passamos para a segunda fase, onde efetuamos recortes do texto, identificamos as unidades de registro que focalizaram de forma direta ou indireta às representações e percepções dos entrevistados quanto ao objeto de estudo. Após esta etapa, agrupamos as unidades de significação até chegarmos às categorias que reuniram os grupos de elementos dentro de um título genérico. A última etapa da análise buscou interpretar as falas, fazendo comparações com a literatura científica.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados obtidos junto às duas populações estudadas (47 profissionais de saúde e 101 puérperas), os quais estão organizados nas seguintes seções: Descrição dos profissionais de saúde e das puérperas; Empatia dos profissionais de saúde; Percepção das mulheres acerca da empatia demonstrada pelos profissionais; Resultados da análise quantitativa da percepção das pacientes referentes à empatia desenvolvida por profissionais médicos e de enfermagem; Discussão comparativa dos resultados entre as percepções das mulheres e a auto-avaliação dos resultados entre profissionais acerca da empatia.

4.1 Descrição dos profissionais de saúde e das puérperas

Descrevemos, a seguir, a equipe de saúde quanto às suas características pessoais e profissionais e a amostra de parturientes quanto aos dados sócio demográficos.

4.1.1 Caracterização da equipe de profissionais de saúde

O Gráfico 1 mostra a distribuição dos 47 profissionais de saúde que participaram do estudo, quanto à sua respectiva categoria.

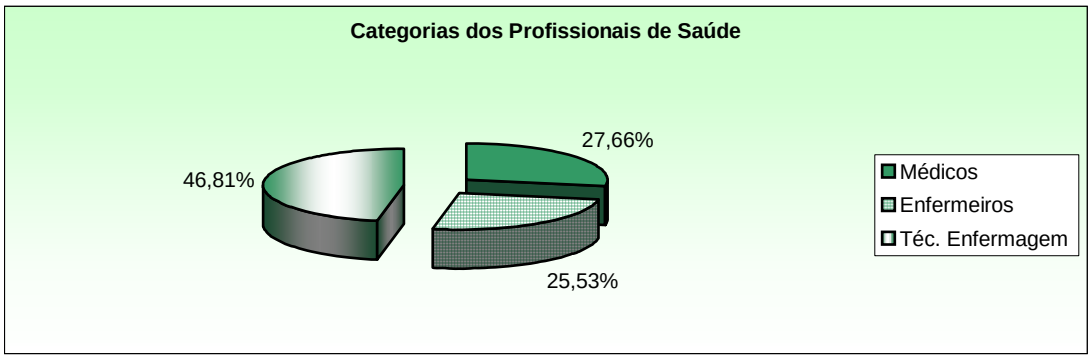

Gráfico 1 – Distribuição dos 47 profissionais de saúde participantes do estudo, quanto à categoria, Santa Cruz/RN, 2004.

Verificamos no Gráfico 1 que os profissionais do nível médio alcançaram maior representatividade (46,81 %) neste grupo, corroborando a realidade brasileira de distribuição dos profissionais de saúde, pois a categoria de Técnicos de Enfermagem também alcança maior representatividade em nível nacional (BRASIL, 2001).

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de saúde quanto às características sociodemográficas. HUAB-Santa Cruz/RN, 2004.

Dados Sociodemográficas	Especificações	Categorias	Nº		%
Total			**-**	**47**	**100%**
Sexo		Médicos	3		
	Masculino	Enfermeiros	4	14	30%
		Nível médio	7		
	Feminino	Médicos	10	33	70%

		Enfermeiros	8		
		Nível médio	15		
Idade (anos)	De 21 a 30	Médicos	2	6	13%
		Enfermeiros	4		
		Nível médio	0		
	De 31 a 40	Médicos	3	12	25%
		Enfermeiros	4		
		Nível médio	5		
	De 41 a 50	Médicos	6	23	49%
		Enfermeiros	3		
		Nível médio	14		
	De 51 a 60	Médicos	2	6	13%
		Enfermeiros	1		
		Nível médio	3		
Filhos	Sim	Médicos	9	34	72%
		Enfermeiros	5		
		Nível médio	20		
	Não	Médicos	4	13	28%
		Enfermeiros	7		
		Nível médio	2		

A Tabela 1 demonstra que o sexo feminino se sobressai nas três categorias estudadas (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), perfazendo 70 % do total da população estudada.

Em relação à idade dos participantes, a média foi de 42 anos, com DP = 8. Os dados revelam que houve prevalência da faixa etária de 41 a 50 anos (49 %), sendo que 13,0 dos profissionais se encontravam na faixa mais jovem de 21 a 30 anos. E, por último, a tabela demonstra que 72 % dos entrevistados possuem filhos.

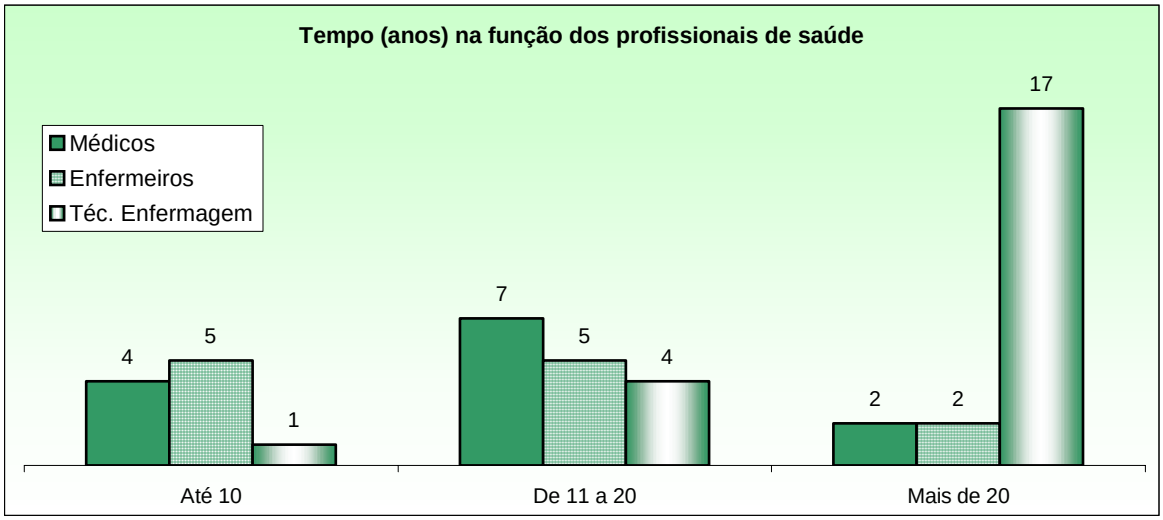

Gráfico 2 – Distribuição dos 47 profissionais quanto ao tempo de exercício profissional na função. HUAB-Santa Cruz/RN, 2004.

Observamos no Gráfico 2 que, dos entrevistados, os profissionais de nível médio foram os que mais possuíam tempo na função profissional (mais de 20 anos). Na faixa de tempo na função (11 a 20 anos), os médicos obtiveram maior representatividade e os enfermeiros alcançaram maior significância entre os profissionais com até 10 anos no exercício da função.

Quanto ao tempo de serviço no hospital, onde realizamos o estudo, os profissionais de nível médio também registraram maior freqüência na faixa acima de 20 anos na instituição (Gráfico 3).

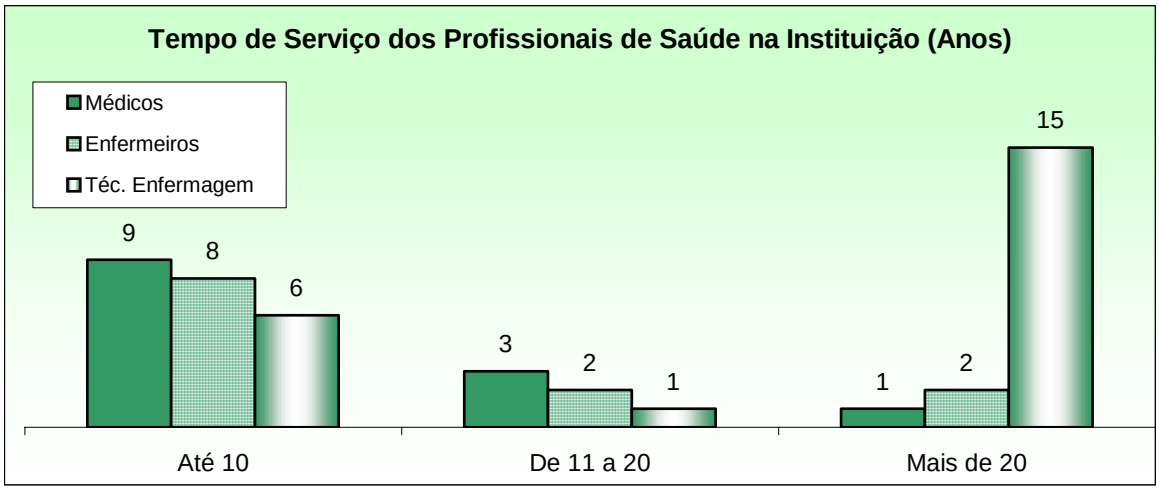

Gráfico 3 – Distribuição dos profissionais quanto ao tempo de serviço na instituição, por categoria. HUAB-Santa Cruz/RN, 2004.

Percebemos no Gráfico 3 também que os profissionais médicos e enfermeiros são os mais representativos na faixa de até 10 anos de trabalho na instituição. Estes resultados refletem os concursos públicos realizados na Universidade Federal do Rio Grande do Norte em 1995 e 2003, que disponibilizaram o ingresso de profissionais de nível superior naquela instituição.

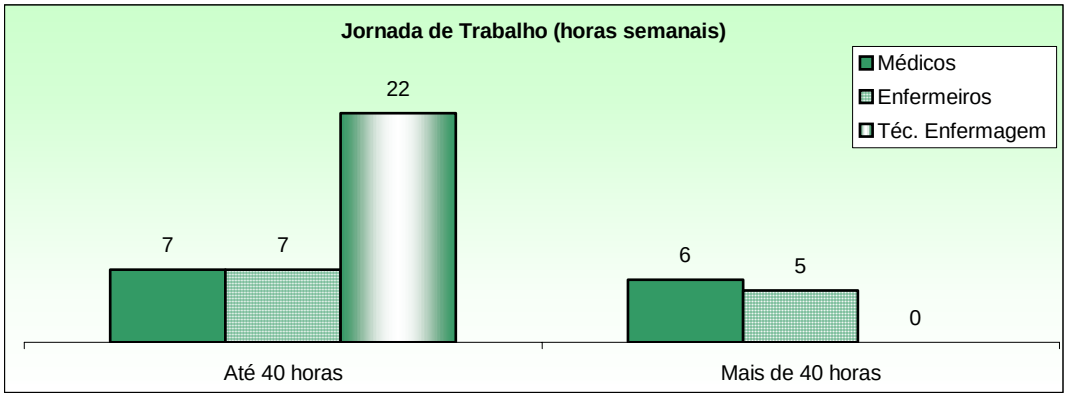

Gráfico 4 – Distribuição dos 47 profissionais quanto às horas semanais de jornada de trabalho, por categoria. HUAB-Santa Cruz/RN, 2004.

Conforme o Gráfico 4, todos os profissionais de nível médio exercem jornada de trabalho de até 40 horas. Os médicos e enfermeiros deste estudo registraram jornada de trabalho acima de 40 horas; possivelmente estes profissionais mantêm vínculo empregatício com outras instituições de saúde. Paganini (2000) tece considerações sobre a jornada de trabalho na área de saúde e ressalta que médicos e enfermeiros, para garantirem melhores remunerações, exercem dupla e até tripla jornada.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais, segundo atualização em humanização, por categoria. HUAB-Santa Cruz/RN, 2004.

Quanto à atualização em humanização	**Médicos**		**Enfermeiros**		**Nível Médio**		
	Freqüência	**%**	**Freqüência**	**%**	**Freqüência**	**%**	**Total**
Com atualização	5	38%	7	58%	11	50%	23
Sem atualização	8	62%	5	42%	10	45%	23
Em branco	0	0%	0	0%	1	5%	1
Total	**13**	**100%**	**12**	**100%**	**22**	**100%**	**47**

De acordo com a Tabela 2, os profissionais se dividiram igualitariamente, com relação à atualização em humanização (50%). Se considerarmos os percentuais de atualização realizadas pelos profissionais de nível técnico (50,0%) e enfermeiros (58,0%), podemos referir que a categoria de enfermagem se faz mais presente nas oportunidades de treinamento que abordam a humanização. Esses resultados demonstram a necessidade de o hospital reforçar as ações de conscientização, no que diz respeito à humanização, tendo em vista que o mesmo tem como missão à assistência voltada para valores humanos.

4.1.2 Caracterização das puérperas

A seguir, conheceremos as 101 puérperas participantes do estudo, segundo a idade, procedência, grau de instrução e paridade (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das puérperas entrevistadas, segundo as características sociodemográficas. HUAB Santa Cruz/RN, 2004.

Dados sociodemográficos	**Especificações**	**Nº**	**%**
Total		**101**	**100%**
Idade (anos)	Até 15	2	2%
	De 16 a 19	23	30%
	De 20 a 25	42	34%
	De 26 a 30	20	20%
	De 31 a 35	7	7%
	De 36 a 40	3	3%
	De 41 a 45	2	2%
	Em branco	2	2%
Procedência	Santa Cruz	38	37%
	Tangará	18	18%
	Outras localidades vizinhas	45	45%
Grau de instrução	Analfabeta	5	5%
	Fundamental incompleto	57	56%
	Fundamental Completo	5	5%
	Ensino Médio Incompleto	16	16%
	Ensino Médio Completo	16	16%
	Em branco	2	2%
Paridade	I	43	42%
	II	21	21%
	II	12	12%
	IV	9	9%
	V	6	6%
	VI	4	4%
	Mais de VI	4	4%
	Em branco	2	2%

A média de idade das puérperas foi de 24 anos e DP = 6, sendo que o maior potencial possuía idade entre 20 a 25 anos (34 %), seguida da faixa etária entre 16 a 19 anos (30 %). Tal predominância está de acordo com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, que apontaram faixa etária de 20 a 24 anos (30,98%) como a de maior prevalência entre as parturientes brasileiras (BRASIL, 2002). Também pode ser observado um percentual de 32 % das mulheres com idade até 19 anos, que inclui mães adolescentes. Esse dado é um pouco maior se compararmos com o percentual de mulheres que pariram nessa faixa etária no ano de 2000, que foi de 27,13 % (BRASIL, 2000).

Os dados referentes à procedência das mulheres apontam o município de Santa Cruz como o de maior freqüência, 37%, seguido pelo município de Tangará, 18%, sendo que os 45 % restantes foram distribuídos entre os municípios circunvizinhos da cidade de Santa Cruz, o que demonstra abrangência assistencial da instituição, local do estudo. Essa distribuição reflete a demanda da maternidade, em questão, que faz parte do consórcio intermunicipal de saúde da região do Trairi, sendo referência materno-infantil de média complexidade.

Segundo Lima (2000), os consórcios intermunicipais de saúde surgem como uma estratégia inovadora no sistema de saúde do Brasil, pois os municípios do interior do país enfrentam dificuldades referentes à falta de recursos humanos e financeiros, havendo também obstáculos quanto ao acesso das tecnologias presentes nas capitais. Desta forma, a formação desses consórcios visa unir recursos na perspectiva de oferecer uma assistência em saúde de maior qualidade à população.

Quanto ao grau de instrução das entrevistadas, os resultados demonstram que 56,0% das mulheres possuíam escolaridade incompleta, em nível fundamental. Este perfil também foi encontrado entre as puérperas no estudo de Aquino (2003) realizado em Natal-RN. Por

último, em relação à paridade, o percentual maior foi registrado para puérperas que eram primigestas (42%), seguidas pelas mulheres que possuíam dois filhos (21%). Estes dados são condizentes com a idade das mulheres que eram jovens, em fase de formação da família.

4.2 Empatia dos profissionais de saúde

Para identificar o grau de empatia dos profissionais de saúde, em relação à assistência à mulher no processo de nascimento, os dados foram coletados em duas formas: aplicação da escala EJEPS, que mede o nível de empatia, e através de um questionário contendo duas questões abertas acerca do atendimento e relacionamento que desenvolviam com as parturientes. Esses resultados são apresentados conforme a seqüência de coleta de dados, as respostas às questões abertas que os profissionais registraram no questionário e os resultados quantitativos relacionados ao nível de empatia dos profissionais medidos pela EJEPS.

4.2.1 Resultados qualitativos da percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência prestada

A análise das respostas às questões norteadoras: Como você vê e desenvolve sua relação com a parturiente durante o atendimento? Que aspectos você valoriza durante o atendimento? Foi realizada simultaneamente, visto que os discursos se entrelaçavam no sentido de que os elementos do relacionamento com a parturiente emergiram nas descrições do atendimento realizado.Dessa análise, surgiram cinco categorias temáticas, que, em conjunto, descrevem os aspectos valorizados pelos profissionais no relacionamento

estabelecido ao assistirem às mulheres durante o processo de nascimento. As categorias encontradas foram: **envolvimento emocional, comunicação, ambiente acolhedor, visão integral** e por último, **conhecimento técnico científico.** Estas categorias são discutidas a seguir.

Envolvimento Emocional

Nesta categoria apreendemos que o envolvimento emocional faz parte da prática dos profissionais ao prestar assistência e se relacionar com as parturientes, à medida que relatam a sensibilidade, identificação dos sentimentos da mulher, demonstração de afeto e exposição das próprias experiências como elementos presentes no atendimento. Os relatos a seguir demonstram bem estes aspectos:

> *Ofereço a minha própria experiência quando pari meus dois filhos e parto deste ponto para conduzir o atendimento (Enfermeira 2);*
>
> *Procuro colocar-me no local da paciente, sentindo seus medos e anseios (Enfermeira 8);*
>
> *Vejo cada parturiente como ser humano, como uma pessoa minha, procuro identificar-me com ela que vem muito frágil de casa com seus medos e anseios deixar seus familiares para vir para um ambiente completamente oposto ao seu. (Técnico Enfermagem 18);*
>
> *Quando a paciente chega estressada, querendo ser atendida, a melhor forma de ajudar com carinho e palavras de afeto (Técnico Enfermagem 1);*
>
> *Vejo que devemos atendê-la como gostaríamos de ser atendida se estivéssemos em seu lugar. Com muita atenção, carinho, amor e respeito pela sua individualidade (Técnico Enfermagem 15);*
>
> *Em primeiro lugar vejo como ser humano, pois a mesma está ali a precisar da minha assistência, por isso devo tratar com carinho e paciência.. (Técnico Enfermagem 13);*

Os registros contidos nessa categoria demonstram envolvimento emocional com as parturientes. Nessas respostas podemos perceber que os profissionais se identificam com as mulheres, colocando-se no lugar delas, facilitando a compreensão dos medos, anseios e preocupações, ou seja, a sensibilidade flui, ajudando-os a contemplarem algo mais profundo – a subjetividade e as emoções das parturientes. Quando o profissional coloca-se no lugar da parturiente, envolvendo-se com ela, ele consegue vislumbrar uma assistência voltada para os valores humanos com afetividade, atenção, respeito e paciência.

Os registros também nos mostram que o ponto de partida dos profissionais para a implementação da assistência é o envolvimento pessoal, como nos indica o depoimento da Enfermeira 2. O referencial desta profissional, ao iniciar o atendimento, não foi os procedimentos técnicos e o conhecimento, porém, a sua abertura para projetar sua experiência de mulher. A relação se dá de mulher para mulher; naquele momento, a profissional passa para a parturiente a sua experiência de vida e em seguida operacionaliza o atendimento.

Stefanelli (1982) refere que o envolvimento emocional é uma conseqüência do relacionamento terapêutico, que inclui uma seqüência de interações entre seres humanos, sendo natural que haja um certo grau de participação emocional entre eles. Ainda na concepção da autora, para que esse envolvimento seja mantido em nível terapêutico é necessário que os profissionais tenham consciência que as necessidades a serem satisfeitas são as dos clientes e não as deles. Portanto, o envolvimento emocional compreende aspectos tanto afetivos como cognitivos, e depende de características próprias da personalidade dos indivíduos que participam do relacionamento. Neste estudo, os profissionais demonstram esse envolvimento emocional como uma referência para conduzir o atendimento.

No entanto, é de conhecimento geral que o envolvimento emocional com os pacientes é tradicionalmente impedido aos profissionais, sob alegações que isto possa influenciar negativamente nas condutas terapêuticas. O próprio processo de formação contribui para essa visão. Nas universidades, a medicina vê a pessoa humana, como objeto de estudos, consumidora de tecnologias, ficando à parte os relacionamentos, o envolvimento do estudante com o paciente, sendo que esta concepção se perpetua na vida profissional dos médicos (CAMARGO, 1996).

Steffaneli (1982, p250) ao escrever sobre a importância do envolvimento emocional, chama a atenção para a formação dos profissionais de enfermagem, pois, em geral, os alunos passam boa parte de seus estudos ouvindo frases tipo: “não se envolva com os problemas do paciente ou interaja com o paciente de modo objetivo”. Referindo-se a essa postura dos profissionais, Bernado (1998) afirma que o sistema de saúde atual é frio, impessoal e limitado ao que se presume ser “científico”. Trata os seres humanos como simples portadores de queixas ou de doenças, desconsiderando seu todo. Os profissionais, ao abdicarem do vínculo pessoal, desprezam enorme potencial de uma boa assistência e conseqüente cura. Ainda para o autor, este tipo de procedimento impessoal seria até aceitável se fosse eficaz, mas infelizmente não é o caso. As pessoas atendidas nas mais diferentes instituições de saúde (privada, pública, filantrópica) clamam por uma assistência voltada para o lado humano. As parturientes quando caracterizam um bom atendimento, fazem referência ao fato de ser ouvidas e mais precisamente sentir-se compreendidas. O envolvimento emocional constitui um dos canais para esta compreensão (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002).

A sensibilidade que emerge das falas dos participantes refletiu compreensão dos medos e anseios. O internamento também implica para a mulher uma conotação de

distanciamento dos familiares e filhos. Camara, Medeiros e Barbosa (2000) referem que o medo, presente entre as parturientes, deve-se ao fato de que o parto em nossa sociedade tem uma conotação e significado de experiência traumática para a mulher.

Por último, ao se colocar no lugar da parturiente, os profissionais registraram que desenvolvem uma assistência caracterizada por sentimentos genuínos e valiosos, como carinho, amor, respeito e paciência. Essa forma de olhar o outro está em harmonia com a conceituação e atributos do “cuidado humano”.

Saupe et al. (1999) enfatiza que o cuidado humano nasce de um interesse, de uma responsabilidade com o outro, de uma preocupação, de um afeto, o qual inclui o educar, que, por sua vez, ajuda ao crescimento do profissional e paciente. Para Paganini (2000), o cuidado humanizado processa-se através da honestidade, confiança, paciência, competência técnica e emocional.

Todavia, apesar da importância do envolvimento emocional, há ressalvas que devem ser consideradas. O envolvimento emocional deve ser mantido em níveis terapêuticos para verdadeiramente ser útil. Segundo Stefanelli (1982), para que isto ocorra, é necessário que a enfermeira reconheça de fato quem ela é, não havendo troca de papéis entre profissional e paciente, e ainda deve estar consciente de seus sentimentos e emoções. Corrobora este pensamento Goleman (1995), que o estende a todos os profissionais da saúde, quando descreve as aptidões necessárias para o envolvimento destes com os pacientes, que seriam conhecer as próprias emoções e a aquisição de habilidades para lidar com elas.

Comunicação

A comunicação foi outro elemento identificado pelos profissionais como sendo de importância no desenvolvimento da prática assistencial. Através dos depoimentos, podemos apreender que os profissionais utilizam a comunicação como técnica que visa esclarecer a parturiente sobre a evolução do trabalho de parto para diminuir a tensão e ansiedade da mulher, por meio da escuta e do diálogo, como mostram os registros, a seguir;

- *Esclarecendo a evolução do trabalho de parto, passando segurança e tirando todos as dúvidas da paciente em relação ao trabalho de parto (Médico 3);*

- *Explicando (o trabalho de parto) em linguagem clara e compreensível à cliente e seus acompanhantes com clareza dos procedimentos e patologias se houver (Médico 4);*

- *Informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto (Técnico de Enfermagem 2);*

- *Esclarecendo a evolução do trabalho de parto, passando segurança e tirando todos as dúvidas da paciente em relação ao trabalho de parto, procurando mostrar à paciente que este é o momento mais importante de sua vida, isto que é nesta hora, está chegando seu filho e o milagre da vida esta em suas mãos (Médico 3);*

- *Ouvi-la para depois atendê-la em suas necessidades (Técnico de Enfermagem 17);*

- *Saber ouvir para poder saber orientar(Técnico de Enfermagem 13);*

- *Geralmente a parturiente chega ao atendimento tensa, reclamando de dores, inibida quando ao exame (toque ginecológico). Muitas vezes a mesma não é bem orientada durante o pré-natal e isso reflete na sua chegada ao atendimento. Desenvolvemos uma conversa com ela enquanto atendemos, tentamos passar segurança, explicamos o que será feito deixando-a a vontade, apoiando-a durante o tempo que a mesma permanece no serviço (Técnico de Enfermagem 21).*

As respostas nos mostram que os profissionais de saúde, ao se relacionar com as mulheres, preocupam-se em esclarecê-las sobre o processo de parturição. Na visão deles, o fato de explicar a fisiologia do parto proporciona à mulher segurança porque diminui a tensão e ansiedade, tornando-à parte do processo. Contemplamos esta posição mais forte no

depoimento do Médico 3, quando focaliza o esclarecer do trabalho de parto como forma de passar segurança.

Ainda percebemos que os profissionais comunicam-se com as pacientes não apenas de forma verbal, mas também as ouvindo. O ouvir surge como uma forma de apreender as necessidades das parturientes, sendo referência na implementação da assistência.

Segundo Caron e Silva (2002), a comunicação entre profissionais e pacientes tem sido ultimamente apontada como um elemento relevante na qualidade da assistência em saúde. Para estas autoras, pela comunicação podemos compreender a visão do mundo do paciente, identificar o que ele sente, com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem. Desta forma, a comunicação gerará auto-estima, apoio, conforto, confiança, resultando em “excelência no cuidado”.

A comunicação é definida como o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, sejam eles símbolos ou sinais verbais (SILVA, 1996). De acordo com este conceito, há duas formas de comunicação: verbal e não-verbal. Verbal, como está implícito no próprio termo, através das palavras; e a não-verbal, que inclui toques, sorriso, gestos ou mesmo estar ao lado do outro apenas ouvindo. Através dos registros, conseguimos apreender estes dois tipos de comunicação, havendo destaque para o esclarecer, explicar (falar) e o ouvir.

Para Caron e Silva (2002), ao estabelecer uma comunicação efetiva com as parturientes, os profissionais de saúde constroem uma relação terapêutica, estabelecendo uma condução de parto resolutiva e não-intervencionista. Ainda segundo as autoras, esta forma de interação com a mulher, demonstra um diferencial no modelo assistencial de extrema importância para as parturientes.

Entretanto essa comunicação não se deve resumir em esclarecimentos técnicos, como observamos nos depoimentos do Médico 4 e Técnico 2, que se referem ao ato de esclarecer dúvidas de forma padronizada e com linguagem clara. Para Caprara e Franco (1999), neste tipo de modelo denominado como informativo, o profissional funciona como simples técnico fornecedor de informações corretas para os pacientes. Esta forma de comunicar-se deve ser superada pelo modelo ideal intitulado "comunicacional" (p.07), pois sendo bidirecional, este oportuniza os pacientes a se expressarem e os profissionais a ouvirem, ou seja, há uma troca de mensagem. Contudo, para a operacionalização do modelo "comunicacional", se faz necessário que profissionais estabeleçam uma relação empática com o paciente (CAPRARA e FRANCO 1999). A empatia tem sido destacada como elemento que permite maior aproximação entre profissionais e pacientes, facilitando o processo de comunicação.

Da mesma forma, o ouvir não deve ser apenas uma ação, mas deve assumir a conotação de uma escuta com sensibilidade. Segundo Barbier (2002), a escuta sensível trata-se de um "escutar – ver", no qual o profissional deve sentir o universo "afetivo, imaginário e cognitivo do outro para poder compreender de dentro, suas atitudes, comportamentos e sistemas de idéias, de ouvir, de símbolos e de mitos" (p.01). A escuta sensível apóia-se na empatia, reconhecendo a aceitação incondicional do outro, não havendo julgamentos.

Ressalvamos, que de certa forma, este modelo de escuta para compreender melhor também foi encontrado no nosso estudo quando os profissionais apontaram que ouviram a mulher antes de agir, ou seja, o ouvir a parturiente constituiu um elemento relevante no processo terapêutico, configurando, assim, uma assistência embasada nas necessidades da clientela.

Ambiente acolhedor

Esta categoria foi representada pelas referências dos profissionais quanto à criação de um ambiente acolhedor para as parturientes, permeado pelo conforto, cordialidade, enfim, respeito à mulher na sua individualidade e escolhas. Os registros, a seguir, nos conduzem a essas considerações.

- *Tento realizar de modo a oferecer um atendimento que garanta segurança, descontração, empatia, que as parturientes fiquem tranqüilas, serenas, motivadas para parturição, um ambiente de parto tranqüilo e confortável, permitindo o acompanhamento por uma pessoa, indicada pela parturiente, com vistas, a integrá-la mais ao ambiente. Estimular o contato precoce com o RN e incentivar o aleitamento exclusivo (Médico 5);*

- *Desenvolvo uma relação de respeito pela sua individualidade, às vezes tornando-o ambiente hospitalar menos tenso, procuro brincar um pouco, descontrair.Vejo que dessa forma é mais fácil a parturiente sentir-se bem e nem um ambiente que para ela é totalmente estranho, sem contar com a distância da família, se submetendo no tratamento realizado por pessoas desconhecidas (Técnico de Enfermagem 14);*

- *O nosso objetivo é proporcionar à parturiente um ambiente adequado para que a mesma sinta-se o mais confortável possível, respeitada e integrada com a equipe, sendo assim, teremos uma cliente que irá contribuir com o seu próprio restabelecimento (Técnico de Enfermagem 22).*

Através das respostas, observamos que os profissionais percebem que o ambiente hospitalar tranqüilo e confortável contribui para atenuar a tensão da parturiente. Devido a esta percepção, o profissional mobiliza estratégias para tornar este ambiente mais favorável ao parto, proporcionando bem-estar e tranqüilidade à mulher. Essas estratégias são traduzidas em conforto, clima descontraído, segurança, respeito ao acompanhante, contato precoce com o recém-nascido e conseqüente estímulo ao aleitamento materno.

Entendemos que a estrutura hospitalar em geral é um ambiente frio, impessoal, com normas, rotinas e procedimentos técnicos fechados. Corrobora esta visão Paganini (2000), quando descreve a instituição hospitalar como hostil e agressiva, havendo padronização em detrimento das individualidades das pacientes. Gaiva e Tavares (2002) colocam que a organização, funcionamento e área física das maternidades brasileiras atendem mais às necessidades dos profissionais do que as das parturientes. As normas e rotinas generalizantes em nada lembram o nascimento de um bebê.

A OMS aponta que o ambiente hospitalar pode ter impacto sobre o andamento do trabalho de parto, visto que o processo de nascimento, que antes ocorria em domicílios, passou a ser no hospital, eliminando o ambiente privativo e em grande parte o calor humano (OMS, 1996). No entanto, o ambiente hospitalar acolhedor, confortável e silencioso conduz ao relaxamento da mulher, indicando qualidade da assistência psicofísica (BRASIL, 2000).

A descrição pelos profissionais do ambiente acolhedor, como relevante para o atendimento da parturiente na instituição, reflete a incorporação da missão daquela maternidade que norteia as estratégias de humanização. Segundo Merhy (1997), o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Para este autor, o encontro entre esses sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização constituindo vínculos e compromissos que nortearão os projetos de intervenção. O acolhimento pode ser utilizado como dispositivo para avaliação das práticas cotidianas, a fim de que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Dessa forma, constitui-se elemento essencial para a avaliação da qualidade dos serviços e conseqüente processo de humanização (RAMOS; LIMA, 2003).

Visão integral

As explicações dos profissionais, acerca do atendimento que realizavam com as mulheres, continham descrições que demonstram uma visão global da assistência. Os registros, a seguir, exemplificam essas descrições.

- *Valorizar não só os problemas orgânicos, mas também os emocionais (Médico 2);*
- *Valorizo todos os aspectos físicos, psicológicos e sociais(Médico 6);*
- *Procuro ser uma profissional bastante atenta as suas necessidades emocionais e físicas (Enfermeiro 2);*
- *Valorizo os valores culturais, emoções da parturiente (Enfermeiro 5);*
- *A Enfermagem é uma profissão muito especial, já que trabalhamos o ser humano de forma completa: O aspecto físico-motor: Quando visamos o estabelecimento e cura do corpo; O aspecto psicólogo: Quando proporcionamos um ambiente sem stress, aliviando o sofrimento e elevando sua auto-estima; O aspecto social: quando ocorre a interação cliente/equipe/família, às vezes iniciando uma amizade para vida (Técnico de Enfermagem 22);*
- *Todos: Ex: idade, culturas e econômico. Idade – Aquela cliente jovem adolescente sofre por sua falta de experiência; Cultural – Pessoa sem cultura se coíbem e muitas vezes sofrem mais; Econômico – Pessoas que não têm renda passa a adoecer mais por falta de uma boa alimentação, etc (Técnico de Enfermagem 4).*

Nota-se, através destas respostas, que os profissionais atuam possuindo uma macro visão das parturientes atendidas por eles, não apenas contemplando o processo de parto, mas vendo essa mulher como ser humano que vive em constante relação com o meio, influenciando e sendo influenciada por ele. Esta afirmativa está mais fortemente presente no depoimento do Técnico de Enfermagem 04, pois, além de levantar aspectos que visam à

mulher como um todo, o profissional descreve como eles influenciam a vivência do parto e a saúde da mulher, de forma geral.

A integralidade em saúde apresenta três grandes sentidos: o primeiro refere-se às práticas da equipe de saúde; o segundo aos atributos da organização dos serviços; e o terceiro diz respeito às respostas governamentais dos problemas de saúde (MATTOS, 2001).Por meio das respostas às questões sobre atendimento e relacionamento, conseguimos apreender o primeiro sentido. Ao referir a visão holística, os depoimentos focalizam a integralidade e mostraram-se contrários ao paradigma hegemônico em saúde: a visão fragmentada do ser humano, havendo uma concepção reducionista do homem, sendo a saúde reduzida ao funcionamento mecânico do corpo. Nesse modelo, há uma desconsideração da completa interação entre os aspectos físicos, psíquicos, sociais e ambientais da condição humana (CAPRA, 1982). Gualda (2002), referindo-se especificamente à assistência das mulheres no ciclo gravídico-Puérperal, relata que os profissionais de saúde formados pelo modelo biomédico não possuem conhecimento e compreensão de crenças, valores e comportamentos relacionados à saúde das gestantes e parturientes, constituindo assim um obstáculo para viabilizar uma assistência humana e integral.

Para que haja integralidade, faz-se necessário à interação da equipe de saúde, pois a concepção integral do ser humano encontra-se fundamentada na integração de saberes (HAMMANN, 1999). Dessa forma, o trabalho em equipe, permite a troca de experiências entre os membros e a realização de avaliações e decisões conjuntas. Conseqüentemente, esta sincronicidade permite a macro visão da gestante, proporcionando segurança à mulher, ampliando o sucesso terapêutico e reduzindo riscos ocasionados por condutas isoladas (BRUGGEMANN, 2003).

A abordagem do homem como ser integral vem de encontro à implementação de uma prática mais humana, pois, conforme afirma Waldow (1998), o cuidado humanizado envolve o resgate dos valores humanísticos, o qual permite o assistir numa abordagem holística. A autora acrescenta que esta forma de cuidar promove conhecimento, transformação e crescimento do ser cuidador.

Conhecimento técnico-científico

Esta categoria foi elaborada a partir das referências dos profissionais aos conhecimentos e procedimentos técnicos que utilizam no atendimento e que, em algumas situações, predominam em detrimento das relações humanas. Estas considerações são tecidas a partir dos registros a seguir.

- *Vejo meu atendimento adequado, utilizo os conhecimentos e técnicas profissionais durante os atendimentos, explicando em linguagem clara e compreensível à cliente e seus acompanhantes muitas vezes em clima bastante acolhedor, mas em algumas vezes sou de postura apenas técnica, pois, somos humanos e, como tal, influenciado por diversos fatores (Médico 4);*

- *Durante o atendimento procuro sempre valorizar o lado profissional (técnico), como também o lado humano, entretanto acredito como profissional de enfermagem que o lado da humanização dever ser praticado durante a estadia da parturiente em nossa instituição, porém, nunca em detrimento ao lado técnico profissional (Técnico de Enfermagem 10).*

O Médico 04, ao descrever sua forma de assistir à mulher durante o processo de parturição, qualifica-a como adequada. Ao explicar esta qualificação, o conhecimento e a competência técnica são ressaltados. Mesmo quando este profissional propõe-se a se relacionar com a parturiente e familiares, sua abordagem ainda é voltada para o lado técnico, apesar de preocupar-se com a utilização de “linguagem acessível”. No final do depoimento, ele reforça a “técnica” e atribui esta postura ao fato de “ser humano”. A

postura técnica, neste momento surge como uma solução do profissional para atender da melhor maneira possível, apesar das diversidades e limitações como ser humano.

No registro do Técnico 10, vemos a técnica de forma mais enfática, pois a prática voltada para o lado humano desse profissional limita-se ao tempo de permanência da mulher na instituição. Isto nos leva a pensar que esse profissional age dessa forma apenas naquela instituição, onde é instruído a atuar conforme a missão humanística do hospital. Todavia, apesar de citar e reconhecer a importância de uma prática voltada para os valores humanos, às questões técnico-científicas se sobressaem.

A forma como os profissionais desenvolvem sua prática cotidiana não ocorre por um acaso, mas está em consonância com a obstetrícia tradicional desenvolvida em todo o Brasil. Nesse modelo os partos ocorrem em ambiente hospitalar, onde o médico é o responsável pela assistência. Os profissionais são influenciados em maior ou menor grau por essa hegemonia. Largura (2000) refere que a equipe de saúde é solidária a dois séculos de medicalização do parto, nos quais houve todos os esforços para que fosse retirado aquilo que não era relacionado ao biológico e à medicina.

A medicalização, segundo Oliveira e Madeira (2002), tem como conseqüência uma prática voltada para a técnica, o científico, com ênfase nas intervenções e rotinas. As limitações desse “modelo tecnocrático” de atendimento ao parto dá-se em dois eixos: o parto como evento patológico, desvinculado da sexualidade e família da mulher; e o parto como facilitador dos procedimentos técnicos, que afastam a mulher de sua natureza. Dessa forma, entendemos que a qualidade da assistência ao parto perpassa pelo ponto de vista técnico. Entretanto, este tão importante eixo não pode estar desvinculado do reconhecimento dos direitos da parturiente, das suas necessidades emocionais, de sua subjetividade e cultura.

4.2.2 Resultados quantitativos sobre a empatia dos profissionais de saúde

Através da EJEPS, identificamos o nível de empatia da equipe de saúde de forma geral e por categoria profissional. Realizamos, também, análise de ANOVA (análise de variância) para aferirmos as diferenças das médias de empatia entre as três categorias: médicos, enfermeiros e técnicos. Em seguida, investigamos a correlação entre as características pessoais e profissionais e o nível de empatia da equipe de saúde.

Observamos que a média para a equipe de saúde (N = 47) foi de 120,40 (DP =14, 87, Min = 82; Max= 140), bem próximo do escore máximo da escala (140). Considerando que a EJEPS tem sido utilizada para detectar o nível de empatia apenas em médicos e enfermeiros e não de forma global como equipe de saúde, não é possível realizar comparações com outra população. Entretanto, a proximidade da média geral (120,40) a do escore máximo (140) nos leva a pensar que os profissionais neste estudo se identificam até certo ponto com as características de empatia contidas nos vinte itens deste instrumento.

As médias de empatia obtidas para a equipe de saúde e por grupo são demonstradas na tabela 4.

Tabela 4 - Demonstrativo das médias, desvios-padrão e escores mínimos e máximos de empatia dos profissionais de saúde, por categoria. HUAB.Santa Cruz/RN, 2004.

Categoria	Escores
Médicos	Média=118,08; DP = 16, 13, Min = 82; Max =138,0.
Enfermeiros	Média=120,33; DP = 13, 78, Min = 89; Max =138,0.
Técnicos de Enfermagem	Média=121,82; DP = 15, 20, Min= 87; Max =140,0.

Quanto ao nível de empatia por categoria, observamos na tabela 4 uma média maior para os Técnicos de Enfermagem (121,8) e menor para a equipe médica (118,08), com uma diferença de 3,74 pontos entre estes. A diferença entre as médias dos médicos e enfermeiros

foi de 2,25 pontos. Entretanto, esta diferença entre as categorias não foi estatisticamente significativa.

Fields et al. (2004) também não identificaram diferença estatisticamente significativa entre os médicos e enfermeiros quanto ao nível de empatia medido pela EJEPS, apesar de a enfermagem ter pontuado dois pontos acima da média dos médicos. Nessa pesquisa, a escala foi aplicada com uma amostra de 52 médicos e 56 enfermeiros, sendo que o escore total encontrado foi de 117,2 para os enfermeiros e 115,7 para os médicos.

Salientamos que os escores encontrados em nosso estudo, para médicos e enfermeiros, foram maiores que os achados por Fields et al. (2004). Essa diferença pode estar relacionada ao ambiente humanístico promovido pela instituição hospitalar onde foi realizado o nosso estudo, através da sua filosofia de trabalho e da missão humanística que possui.

Da mesma forma que não foi possível estabelecer comparações com a média global dos profissionais de saúde, a média obtida pelos técnicos permanece como informação exploratória, tendo em vista que a escala EJEPS está sendo utilizada pela primeira vez com profissionais de nível médio de enfermagem.

Na seqüência, efetuamos a análise das médias dos profissionais por gênero e por realização de cursos de humanização através do teste de diferença de médias de t de student. Os resultados da comparação por gênero são demonstrados pela Tabela 5.

Tabela 5 – Demonstrativo das médias, desvio-padrão e escores mínimos e máximos de empatia dos profissionais quanto ao gênero. HUAB.Santa Cruz/RN, 2004.

Sexo	Escores

Profissionais do sexo feminino	Média = 123, 29; DP = 12, 81, Min=98; Min=140 ∗
Profissionais do sexo masculino	Média = 112, 85; DP = 17,4, Min=82; Max=140 ∗

∗Diferença significativa no nível de 0,05 (teste t)

Observamos, na Tabela 5, que a diferença entre as médias dos homens e das mulheres atinge 10,44 pontos, sendo que as mulheres apresentaram maior nível de empatia. Tal diferença é estatisticamente significativa no nível de 0,05.

Estes resultados confirmam o estudo de Hojat et al. (2001) realizado com 371 estudantes de medicina (198 homens e 173 mulheres). Na ocasião, as mulheres atingiram uma média de 119,8 (DP = 10,5) e os homens de 115,9 (DP = 11,0), havendo diferenças estatisticamente significativas. Da mesma forma, Hojat et al. (2002) utilizaram a EJEPS com profissionais médicos de diversas especialidades, para identificar se havia diferenças no nível de empatia com base em gênero e especialidades. Os autores encontraram diferenças estatisticamente significativas, sendo 120,9 (DP = 11,8) para as mulheres e 119,1 (DP = 12,2) para os homens, demonstrando maior nível de empatia entre as mulheres.

Entretanto, estes dados contrapõem-se à pesquisa realizada, no Brasil, por Batista e Camino (2000) com 400 estudantes universitários (200 do sexo feminino e 200 do sexo masculino), que aponta não haver diferença significativa entre a empatia demonstrada por ambos os sexos. Os autores desse estudo utilizaram um instrumento próprio que se embasava no conceito de empatia como característica tanto afetiva, quanto cognitiva, diferentemente da EJEPS que ressalta o cognitivo. Salientamos que outros autores ressaltam as controvérsias existentes sobre as diferenças baseadas em gênero e explicam que essas diferenças podem estar relacionadas à forma como a empatia é avaliada (GRAHAM; ICKES apud FALCONE, 1998).

Quanto ao treinamento para assistência humanística como fator relevante no nível de empatia, observamos que o grupo sem atualização em humanização obteve maior média, com uma diferença de 2,52 pontos entre os que fizeram curso e os que não realizaram. Embora este resultado não tenha atingido nível de significância aceitável, ressaltamos que os cursos de humanização implementados nessa instituição focalizam conteúdos gerais de atendimento humanístico e não especificamente de empatia. Isto ressalta a importância de considerar a empatia como habilidade cognitiva e, portanto, passível de ser aprendida, como sugerem Hojat et al. (2002) e Falcone (1998). Segundo Falcone (1998, p.103) através das capacitações em empatia realizadas com estudantes universitários, foram observadas mudanças na vida social destes, pois, após o treinamento, os universitários "foram capazes de aumentar a capacidade de ouvir e compreender as perspectivas dos outros, além de comunicar apropriadamente essa compreensão, sem julgar e sem dar opiniões ou conselhos precipitadamente.".

Objetivando identificar as características pessoais relacionadas ao grau de empatia profissional, elaboramos a análise de correlação entre as variáveis de número de filhos, idade, tempo de serviço na função e na instituição, jornada de trabalho e empatia. A tabela demonstrativa dos resultados dessa análise encontra-se em anexos (Ver ANEXO O, ANEXO R, ANEXO S, ANEXO T e ANEXO U).

Encontramos correlação negativa (r = -, 288) entre as horas de jornada de trabalho e o nível de empatia dos profissionais. Embora o grau de correlação seja mínimo, ela foi significativa estatisticamente no nível 0,05 (Ver ANEXO U). Isto nos indica que há uma pequena tendência da empatia ser maior quando os profissionais exercem jornadas de trabalho menores. Não encontramos literatura abordando especificamente a correlação entre empatia e jornada de trabalho. No entanto, pensamos que esse achado pode ser explicado

quando considerarmos que as múltiplas jornadas de trabalho em saúde levam o profissional a um desgaste físico-psíquico, como afirma Paganini (2000). Desta forma, o profissional tende a estabelecer um mundo próprio para poder preservar sua integridade emocional, energia e potencialidades, minimizando os envolvimentos com os pacientes (PAGANINI, 2000).

Não identificamos correlação significativa das variáveis de idade, tempo de serviço na função e na instituição com a empatia. Contudo, Cataldo Neto, Nunes e Margis (1997) referem que, como em qualquer outro comportamento humano complexo, as capacidades para a empatia variam entre indivíduos. Esta capacidade deve ser resultado das diferentes características genéticas e das experiências da pessoa no decorrer da vida. Entretanto, os estudos nesse sentido ainda são incipientes (CATALDO NETO; NUNES; MARGIS, 1997).

Realizamos exame da confiabilidade do EJEPS para este estudo, através do coeficiente Alfa de Crombach para a escala total e para os fatores do instrumento identificados por Hojat et al. (2002). A tabela 6 demonstra os resultados.

Tabela 6 – Demonstrativo dos coeficientes Alfa de Crombach para os três fatores da escala EJEPS de Hojat et al. (2002).

Fator I	Assumindo a perspectiva do paciente	Alfa = ,7415
Fator II	O cuidado com compaixão	Alfa = ,7351
Fator III	Colocar-se no lugar do paciente	Alfa = ,6532
Escala Total		Alfa = ,8383

Encontramos um coeficiente de 0,83 para a escala total o qual se assemelha aos coeficientes encontrados por Fields et al. (2004), que foram de 0,87 para os enfermeiros e 0,89 para os médicos. Este resultado indica que o instrumento possui confiabilidade interna

entre seus 20 itens e, portanto, podemos aceitar os resultados obtidos neste estudo para comparação com as investigações realizadas com a EJEPS.

Quanto aos coeficientes Alfa de Crombach, obtidos para os três fatores: assumindo a perspectiva do paciente, o cuidado com compaixão e se colocar no lugar do paciente, observamos na Tabela 6, que os mesmos estão dentro do nível aceitável para confiabilidade. O fator 3, no entanto, registra um coeficiente alfa menor, demonstrando que, neste estudo, os primeiros dois fatores tiveram maior confiabilidade.

4.3 Percepção das mulheres que vivenciam o parto acerca da empatia demonstrada pelos profissionais

A percepção das mulheres, acerca da empatia dos profissionais, foi aferida por meio de entrevista com as questões norteadoras: O que mais lhe impressionou durante seu atendimento nesta maternidade? O que você gostaria de ter recebido no atendimento, mas não recebeu? e a aplicação da escala de Percepção da paciente sobre a empatia da equipe de saúde (Ver ANEXO C e ANEXO D).

Nesta seção, apresentamos as categorias que surgiram da análise de conteúdo dos depoimentos, representando a visão das mulheres acerca do atendimento demonstrado pelos profissionais. Em seguida, discutiremos os resultados obtidos através da escala, ou seja, o nível de empatia que as mulheres perceberam nos profissionais ao ser assistidas.

4.3.1 Resultados qualitativos

Ao responder os questionamentos, as mulheres, em geral, referiram que receberam bom atendimento, ressaltando os aspectos que justificavam essa satisfação. Contudo, também foram relatados, por algumas das entrevistadas, aspectos negativos da assistência.

Apesar de haver duas questões norteadoras, houve complementação das respostas, a qual permitiu uma análise conjunta dos depoimentos. De posse das falas das mulheres, construímos as seguintes categorias temáticas que denotam as suas percepções acerca do atendimento: **Cuidado humanístico, Organização da estrutura hospitalar e Expressão de poder.** Discutiremos cada categoria a seguir.

Cuidado humanístico

Esta categoria surgiu das descrições acerca das características do cuidado que os profissionais demonstram ao se relacionar com as mulheres no processo de parto. Na percepção das entrevistadas, esses relacionamentos foram descritos como contendo os elementos de atenção, o estar próximo, a comunicação, a compreensão, a paciência e cuidado. As falas, a seguir, refletem estes aspectos:

- *O atendimento é muito eficiente, prestam atenção em tudo, em cada detalhe Na chegada fiquei nervosa, entretanto me acalmei porque senti segurança na equipe (Puérpera 1)*

- *O atendimento foi ótimo. Estavam sempre próximos, o primeiro foi diferente há 3 anos e 4 meses me deixaram só, deixaram o neném cocô, só me atendiam nas últimas. Eu estava nervosa e pediam para me acalmar, foram muito pacientes (Puérpera 28);*

- *O atendimento, a paciência da equipe de estar acalmando a gente!, explicando, gostei de tudo, todos me trataram bem (Puérpera 42);*

- *Tirando as dores, fui muito bem recebida, tiveram paciência, o médico foi maravilhoso. Me ajudaram muito, Graças a Deus ! São muito bons, tanto os que peguei hoje, na hora do parto, seguraram em minha mão, me ensinaram a respirar...Foi ótimo o atendimento, adorei...Porque tem hospitais que a gente vai e são tão chatos(Puérpera 46);*

- *O atendimento, foi muito bom atendida. Principalmente quando cheguei, pois sentia muitos dores e a parteira me orientou muito e me ajudou. Muito*

diferente do primeiro (há 6 anos), pois a parteira ficou me dando carão ! Aqui (alojamento) as meninas são muito dedicadas (Puérpera 27);

- *O atendimento é bom, porque me senti "entendida" quando estava sofrendo...A Enfermagem me cuidou com carinho (Puérpera 5);*

- *O cuidado dos médicos na hora do parto. Porque me ajudaram bastante, no sentido das palavras, gestos, disseram para eu ter fé em Deus, que ia dar tudo certo (Puérpera 7);*

- *Na hora do parto os cuidados que eles tiveram, a dedicação, a maneira de tratar. O jeito de falar, jeito legal (Puérpera 37);*

Para as Puérperas 1 e 28, o atendimento tornou-se eficiente porque os profissionais "prestaram atenção" e "estavam próximos" delas, apreendendo suas necessidades, pois, o processo de parto trouxe para essas mulheres nervosismo e ansiedade. Por conseguinte, a atenção e proximidade da equipe proporcionaram segurança e tranqüilidade.

A paciência dos profissionais, em acalmar as parturientes, foi outro ponto relevante ressaltado por elas. Ainda, através dessa paciência, na visão da entrevistada Puérpera 42, os profissionais explicam o processo de parto, o que representa outro atributo importante no relacionamento, que é a comunicação.

A forma de expressão dos profissionais, seja através do diálogo, explicando e orientando o trabalho de parto, ou através de gestos, como segurar a mão, foi algo confortante para essas mulheres que interpretam a parturição como um evento sofrido e estressante. A comunicação verbal e/ou não-verbal minimizou essa interpretação, contribuindo para o seu relaxamento e exercício da maternidade com autoconfiança.

Por fim, o cuidado surge com conotação humanística quando referenciado no momento do parto, período expulsivo (Puérperas 7 e 37). Esse cuidado, na percepção das entrevistadas, foi interpretado como uma forma de ajuda para a parturição, sendo descrito como contendo atitudes de compreensão e afetividade da equipe.

Observamos nos depoimentos das Puérperas 27 e 28 uma comparação do atendimento atual com outras experiências naquela instituição. As mulheres referem mudanças do atendimento em dois aspectos: a forma de o profissional tratar a parturiente e a assistência prestada à mulher e ao bebê. O diferencial percebido pelas entrevistadas, provavelmente deve-se ao fato de a instituição, nos últimos quatro anos estar implementando esforços para assistir as parturientes de maneira humanizada, como já descrevemos anteriormente. Outro ponto que nos chama atenção, nesses depoimentos, é a valorização que as mulheres atribuem aos relacionamentos desenvolvidos entre elas e a equipe de saúde. Considerações acerca da competência técnica do profissional, se houve ou não tecnologia apropriada para o atendimento e/ou sobre a resolutividade do serviço, não foram referidas pelas parturientes. Isto nos faz pensar que, para elas, o relacionamento assume um papel importante no cuidado que o profissional lhe proporciona. Percebemos, através das entrevistas, que no processo de nascimento a satisfação das parturientes está estritamente ligada à qualidade do relacionamento desenvolvido entre elas e os profissionais que as assistem.

Esse cuidado afetivo torna-se importante para a parturiente, pois, como referem Oba e Taveres (1996) e Aquino (2003), as mulheres, durante o processo de parturição, encontram-se ansiosas, nervosas devido a diversos tipos de medos: da dor, do tipo de parto, do bebê nascer defeituoso, do hospital, de ser maltratada pela equipe de saúde e da morte. Grandes partes destes receios são pelo menos atenuados quando os relacionamentos entre equipe de saúde e parturientes são conduzidos de forma terapêutica (CARON; SILVA, 2002).

Os atributos de relacionamento desejados pelas parturientes, encontrados em nosso estudo, são também referidos por Santos e Siebert (2001). São eles: a atenção imediata às

necessidades da parturiente, dedicação do profissional, preocupação da equipe e orientação quanto ao processo de parto. O relacionamento, quando conduzido terapeuticamente, transforma-se em instrumento de ajuda à pessoa e é operacionalizado através da atenção, interesse, respeito e comunicação (SANTOS; TEIXEIRA, 1987). Observamos que o sentimento de estar sendo ajudada pela equipe, esteve presente em três depoimentos (Puérperas 46,27 e 07).

Segundo Largura (2000), quando o profissional da área obstétrica implementa sua prática na intenção de ajudar à mulher, as relações estabelecidas não são autoritárias, conferindo à parturiente poder decisório sobre aquele momento, devolvendo à mulher a confiança e capacidade de parir. Nesse sentido, a comunicação torna-se imprescindível, pois, através dela, podemos compreender a visão de mundo do outro, identificando como ele se sente. Assim, esse processo gera auto-estima, apoio, conforto e confiança, resultando em segurança e satisfação, bem como em excelência do cuidado, fazendo com que a mulher se sinta respeitada como pessoa nas suas diferentes dimensões física, psíquica, cultural, espiritual e social (CARON; SILVA, 2002).

Os relacionamentos permeados pela disponibilidade do profissional em ajudar, a presença genuína da equipe, o compartilhar do conhecimento com as parturientes e as atitudes de compreensão e paciência configuram o cuidado humanizado (SANTOS, 1998). Waldow (2004,p 36) aponta outros significados do cuidado humano, que inclui a “aceitação, compaixão, preocupação, respeito, proteção, amor, paciência, ajuda”. Ainda na visão desta autora, o cuidado humano retrata a maneira de ser e se relacionar, caracterizando-se pelo envolvimento, o qual, por sua vez, inclui responsabilidade, manifestação exclusiva dos seres humanos.

Organização da estrutura hospitalar

Esta categoria foi construída a partir das expressões das mulheres que referiram os recursos humanos e qualidade de hotelaria oferecidos pela instituição, como aspectos marcantes durante o atendimento, como podemos apreender nas falas a seguir:

- *O que me impressionou é a pessoa chegar e ter médico à disposição O atendimento foi muito bom ! A equipe é muito boa, até psicólogo tem ! Em outros hospitais a gente nem vê (Puérpera 21);*
- *Havia dois médicos(Pediatra e Obstetra) e da outra vez havia apenas o Enfermeiro. Foi o melhor atendimento que já tive (Puérpera 29);*
- *O atendimento agora está bem melhor do que antes... Tem mais atenção, alimentação melhor, higiene melhor. A equipe muito boa (Puérpera 15).*

Para as Puérperas 21 e 29, o fato de chegar ao serviço e encontrar médicos (obstetras e pediatras) e psicólogos para efetivarem o atendimento foi uma característica importante do serviço, o que qualifica o atendimento como o melhor de suas vidas.

Outro aspecto citado pelas entrevistadas foi à qualidade da alimentação e higiene, havendo melhoras significativas nesses serviços. Ressalvamos, ainda, que esta melhora também foi referida em relação à disponibilidade dos profissionais médicos, pois, conforme o depoimento da Puérpera 29, em outro atendimento oferecido, havia apenas o profissional enfermeiro, o que, na percepção dessa mulher, configura deficiência da equipe.

Entretanto, em relação ao enfermeiro obstetra, a autonomia para conduzir partos eutócicos sem distocia é reconhecida pelo Ministério da Saúde, no contexto da humanização do parto, através da portaria MS/GM 2815 de 29 de maio de 1998 (BRASIL, 2001, p 23). Contudo, o reconhecimento do trabalho deste profissional pelas parturientes ainda se encontra em processo de construção, pois, segundo Aquino (2003), a imagem do

médico como mantenedor do conhecimento do parto ainda é hegemônico na percepção das mulheres. Ressalta também que a competência técnica apresentada pelos enfermeiros, ao assistirem o parto, é “algo inesperado” na concepção das mulheres.

As experiências negativas vivenciadas anteriormente pelas entrevistadas, ao procurar os serviços de saúde, refletem as dificuldades que o SUS tem enfrentado quanto à disponibilidade de Recursos Humanos e organização dos serviços. Essas deficiências existentes no SUS são perceptíveis pelos usuários. Portanto, quando os usuários procuram as instituições conveniadas, eles trazem consigo, na grande maioria das vezes, expectativas negativas (YÉPEZ; MORAIS, 2004). Na medida em que essas expectativas não se concretizam, a assistência prestada torna-se marcante para o usuário, como no caso das puérperas de nosso estudo.

Consideramos que as melhoras no atendimento daquela instituição, percebidas pelas mulheres, estejam relacionadas à reformulação dos recursos humanos e dos serviços de hotelaria oferecidos à população, por ocasião da política assistencial humanística implementada que lhe qualificou para receber o Prêmio Galba de Araújo em 2000 (referência de recebimento, ano). O Ministério da Saúde, que outorga este reconhecimento, ressalta que, apesar da humanização perpassar principalmente por questões do relacionamento humano, essas medidas de qualidade dos serviços de hotelaria são relevantes porque denotam uma assistência centrada no bem-estar materno e do bebê e não apenas voltado para as conveniências institucionais (DOSSIÊ, 2002).

Expressões de poder

Os depoimentos das mulheres nesta categoria também refletiram relações autoritárias estabelecidas por alguns profissionais que lhes negaram o direito de se expressar livremente e de exercer autonomia sobre seu corpo. A seguir, as falas demonstram mais claramente estes aspectos:

- *O médico na hora do parto foi bruto!, A parte técnica foi perfeita, mas não foi humano, foi ignorante !. Baixar os "Quartos", você tem 19 anos, já esta bem sabidinha e já deveria saber que era assim (Puérpera 30);*

- *Não gostei da parteira, ela foi abusada comigo, foi ignorante...Na hora que estava sentindo dor me expressava de toda maneira, e a parteira me criticou muito, teve uma hora que ela chegou na minha cama e disse que eu ia gritar muito. pois só teria [o bebê] amanhã...Muito abusada... já o médico muito legal... A pediatra foi muito boa e bacana... Já ... e ... Deram-me toda atenção. A parteira me recebeu de forma ignorante...Não deixou ficar minha acompanhante, pois disse que eu não era bebê, eu chamava e ela não vinha, pois dizia que era manhã minha... Tive que ficar quieta pois estava praticamente submissa a ela (Puérpera 23);*

- *A coisa boa, é que as pessoas são muito boas, e o ruim é que uma vez quando vim ser encaminhada foi muito mal recebida, pela parteira, foi ignorante, me queixei de dores, e ela disse que não, que eu não sabia de nada e se fosse para saber teria que trabalhar aqui (Puérpera 48).*

Estes depoimentos refletem uma assistência ao parto com predomínio da técnica e da intervenção. Através das falas das puérperas 23 e 48, que referem os maus-tratos recebidos da equipe, percebemos que os profissionais exercem domínio sobre a mulher através do conhecimento que possui, desconsiderando as vivências das parturientes. Suas dores, sentimentos e expressões tornaram-se objeto desses maus-tratos e críticas por parte dos profissionais. Por conseguinte, essas situações trouxeram para as puérperas sentimentos de submissão.

Entendemos que essa relação de poder é reforçada pelo ambiente institucional, onde o profissional é considerado a autoridade da assistência e o paciente se torna mero receptor do que lhe é oferecido. A institucionalização do parto proporcionou à mulher isolamento

físico, emocional e social na hora de ter filhos (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002). Dessa forma, a parturiente que está geralmente fragilizada por suas dúvidas, medos e anseios, fica à mercê dos profissionais e das normas hospitalares. Esse contexto institucional já facilita, em parte, a dominação do corpo feminino, pois, segundo Caron e Silva (2002, p.490) "o corpo amedrontado e envergonhado é mais facilmente disciplinável". Outro fator que contribui para fortalecer as relações de poder é o conhecimento. Nesse sentido, Caron e Silva (2002) afirmam que todo o saber tem capacidade de disciplinar e normatizar, gerando uma relação entre saber e poder. Por conseguinte, devido ao profissional deter o conhecimento, ele acaba por desrespeitar a mulher, mantendo-a numa situação de subserviência, como podemos contemplar através dos depoimentos. Gualda (2002), tecendo considerações a respeito das divergências encontradas entre o conhecimento profissional e popular, afirma que sempre o poder profissional prevalece em detrimento da experiência da vida das mulheres.

Essas relações de poder são reforçadas por outros aspectos que extrapolam o conhecimento, como, por exemplo, o perfil socioeconômico das entrevistadas e o próprio fato de ser mulher. Hotimsky et al. (2002) corroboram esta afirmativa, quando referem que as distorções de relacionamento, marcadas pelo abuso do poder, desconfiança e conflito na saúde estão particularmente atreladas às condições socioeconômicas desfavoráveis dos receptores da assistência.

Para Caron e Silva (2002), a submissão da mulher no processo de parturição, também está condicionada ao seu papel imposto pela sociedade e à sua antiga subordinação dentro das organizações, tais como escola e família.

Devido a essas relações de poder e submissão da mulher, a liberdade de expressão da dor fica limitada ou até proibida, como podemos observar nos depoimentos das

Puérperas 23 e 48, que relatam que os profissionais teceram críticas e desconsideraram suas queixas. Segundo Tornquist (2003), os profissionais do setor obstétrico esperam que as mulheres enfrentem a dor evitando escândalos, gritarias e descontroles. Ainda na visão da autora, quando as expressões ocorrem contrárias ao esperado, geram um clima de tensão entre a parturiente e a equipe, tornando o ambiente estressante.

Essas expressões de poder nos surpreenderam, tendo em vista que a instituição tem por filosofia a assistência humanizada do parto. Por outro lado, essas situações foram pontuais, dentro de um contexto maior de satisfação das parturientes. Ou seja, paralelas às críticas, houve também expressões de satisfação com o atendimento recebido. Esses relatos, porém, sugerem que a instituição deve procurar formas de atenuar essas relações de poder.

4.4 Resultados da análise quantitativa da percepção das pacientes referentes à empatia desenvolvida por profissionais médicos e de enfermagem.

As mulheres foram solicitadas a identificar a sua percepção acerca da empatia demonstrada pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica, através da Escala de Percepção do Paciente sobre a empatia de Hojat (2001), que pontua a percepção com escore de 10 a 70. Foi realizada a análise de confiabilidade interna da Escala de Percepção do Paciente sobre a empatia, por meio do coeficiente Alfa de Crombach. Os coeficientes encontrados para as equipes foram 0,81(enfermagem) e 0,79 (médicos). considerados adequados para medirem a percepção de empatia com esta população.A análise dos escores

totais dos membros de cada equipe resultou na identificação do nível de empatia por grupo. A Tabela 7 demonstra as médias, desvios-padrão, escores mínimo e máximo, por equipe.

Tabela 7 – Demonstrativo do nível de empatia identificado pelas mulheres para os profissionais através da Escala de Percepção do Paciente sobre a empatia, por equipe – HUAB.Santa Cruz/RN, 2004.

Empatia da Equipe	Escores
Enfermagem	Média = 41,90; DP = 8,6; Min = 23; Max = 65.
Médica	média = 41,20; DP = 9,5; Min = 16 ;Max =68

Ao observar a tabela, verificamos que a média obtida pela equipe de enfermagem foi de 41,90, com DP = 8,6, e a dos médicos foi de 41,20, com DP = 9,5. Ao comparar as médias entre as equipes, observamos que houve o mínimo de diferença (0,70), não sendo estatisticamente significativa. Desta forma, entendemos que, na visão das entrevistadas não há diferença entre as equipes, no que se refere à empatia demonstrada durante o atendimento.

Outro ponto relevante é que, ao verificarmos a pontuação obtida pela equipe de enfermagem e pelos médicos, observamos que os escores ficaram um pouco acima da média teórica de 40 para a escala, a qual foi elaborada a partir da soma dos dez itens na coluna 04. Neste sentido, podemos pressupor por meio dos resultados, que, na percepção das mulheres, os profissionais que participaram do estudo apresentaram, em linhas gerais, nível médio de empatia, quando observado através da Escala de Percepção do Paciente sobre a empatia de Hojat (2001). Esse nível de empatia pode estar indicando que as

mulheres não estão percebendo, nas ações dos profissionais, a atenção que elas gostariam de receber nos relacionamentos.

De forma geral, estudos apontam para a necessidade de mudanças eficazes quanto aos relacionamentos da equipe de saúde com os pacientes (BRASIL, 2000; SANTOS; ROSEMBURG; ORGURA, 2004). Os usuários, principalmente os do sistema público de saúde, descrevem esses relacionamentos por parte dos profissionais como frios, impessoais, havendo distanciamento entre eles e quem os atende (YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Na área obstétrica, esse quadro não difere muito. Segundo Aquino (2003, p60), parturientes chegam à maternidade com expectativa de "dor, medo, sofrimento e solidão relacionada as suas representações do parto e da instituição", e temem ser tratadas com indelicadeza pelos profissionais de saúde. Estudos demonstram que os relacionamentos na área de saúde carecem de comunicação, afinidade, respeito, compreensão, confiança e empatia (YÉPEZ; MORAIS; 2004; SANTOS; ROSEMBURG; ORGURA, 2004; CARON; SILVA, 2002). Tratando-se especificamente da empatia, Reynalds e Scott (2000) referem que, apesar da empatia ser crucial em todos os relacionamentos de ajuda, os profissionais de saúde que normalmente trabalham com ajuda, não oferecem muita empatia à população atendida.

A problemática dos relacionamentos estabelecida entre profissionais tem sido considerada como uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro, constituindo um dos pilares da humanização da assistência (BRASIL, 2000). O PNHAH, instituído pelo Ministério da Saúde, objetiva melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados, como também aprimorar as relações interpessoais. Nesse sentido, acreditamos que os relacionamentos em saúde assumem um importante diferencial para assistir o

indivíduo de forma integral, extrapolando questões técnicas, proporcionando um atendimento verdadeiramente humano.

4.5 Discussão comparativa dos resultados entre as percepções das mulheres e a auto-avaliação dos profissionais acerca da empatia

Diante dos resultados das análises quanti/qualitativas, com relação à percepção das mulheres sobre a empatia demonstrada pela equipe durante o atendimento, sentimos a necessidade de fazer uma discussão comparativa destes achados com os resultados da auto-avaliação dos profissionais. Para facilitar esta discussão, elaboramos o quadro demonstrativo, a seguir, que contempla o resumo dos resultados da análise de conteúdo dos registros e falas dos participantes, bem como as médias obtidas de empatia para cada grupo.

PROFISSIONAIS	
aspectos do atendimento (categorias identificadas)	*nível de empatia (Médias no PPPEPS)*
Envolvimento emocional *Comunicação Ambiente acolhedor *Visão integral Conhecimento técnico - científico	Média total = 120,40 Médicos = 118,08 Enfermeiros = 120,33 Técnicos de Enfermagem = 121,82
PUÉRPERAS	
Aspectos do atendimento (categorias identificadas)	*nível de percepção de empatia da equipe (médias no PPEPS)*
*Cuidado humanístico Organização da estrutura Hospitalar Expressão de poder	Equipe Médica = 41,20 Equipe de Enfermagem = 41,90

* categorias relacionados à empatia identificada em ambos os grupos

Quadro 1 Resumo dos resultados quanti/qualitativos obtidos junto a profissionais e puérperas. HUAB.Santa Cruz/RN, 2004.

Observa-se, no quadro 1, que, enquanto os profissionais se auto-avaliaram com médias próximas à soma máxima da escala EJEPS de 140, as parturientes perceberam, nos profissionais, um nível médio de empatia, ou seja, distante da soma máxima da escala PPEPS de 70. Considerando que os dois instrumentos foram elaborados pela mesma equipe (HOJAT,2002) e se destinam a medir empatia, esperávamos uma aproximação entre as médias da auto-avaliação dos profissionais e da percepção das mulheres acerca da empatia dos mesmos.

Por outro lado, nas categorias identificadas por meio da análise de conteúdo dos registros dos profissionais e nas falas das mulheres acerca do atendimento, observamos dois aspectos relacionados à empatia: comunicação e cuidado humanístico, comuns a ambos os grupos. A comunicação surgiu entre os profissionais, como uma categoria temática, enquanto que nas puérperas, esse elemento aparece, entre outros, na categoria do cuidado. Por outro lado, nos depoimentos das puérperas, o cuidado humanístico constitui-se em uma categoria, enquanto que nos registros dos profissionais, a visão integral da mulher faz parte do cuidado humanístico.

A comunicação foi registrada pelos profissionais como uma forma de esclarecer as mulheres sobre o processo de nascimento e conseqüentemente proporcionar-lhes tranqüilidade. Na visão das puérperas, a comunicação faz parte do cuidado que receberam durante o atendimento, pois o fato de o profissional dialogar com elas e explicar o trabalho de parto foi algo importante na assistência.

Alguns autores mostram a ligação entre comunicação e empatia, Reynoalds e Scott (2000) vêem a empatia como uma habilidade de comunicação. Já Paola (1993) refere que a empatia engloba todas as formas de comunicação entre duas pessoas, verbais e não-verbais, havendo predominância para a última. Cataldo Neto, Nunes e Margis (1997) relatam que a

empatia tem uma relação direta com a comunicação e conseqüente entendimento das emoções.

Diante dessas considerações, sabemos que, no geral, quando o profissional se comunica com os pacientes, não necessariamente desenvolve empatia por aquele paciente; entretanto, quando a empatia ocorre, torna-se imprescindível que o outro perceba que ela ocorreu. Esta forma de demonstração para o outro ocorre através da comunicação verbal ou não-verbal.

Desse modo, entendemos que, no nosso estudo, quando os profissionais extrapolaram o fazer técnico e preocuparam-se em explicar o trabalho de parto para as mulheres, é porque eles compreenderam que na perspectiva das parturientes, o desconhecimento do trabalho de parto traduz-se em medo e ansiedade, e lançaram mão da comunicação para acalmá-las e torná-las mais cooperativas durante o processo de nascimento.

Ressaltamos, ainda, que na visão das mulheres essa comunicação foi percebida não apenas através da comunicação verbal, mas também por meio dos gestos, da postura da equipe, sendo importante para as mulheres, à medida que esses aspectos conduziram-nas à segurança e tranqüilidade. Portanto, mediante as condutas dos profissionais estabelecidas durante o atendimento e relacionamento com as parturientes, consideramos que a equipe obstétrica desenvolve empatia pelas parturientes e demonstrou-a através da comunicação.

O cuidado humanístico não se refere apenas ao atendimento das necessidades, através dos procedimentos técnicos, mas também contempla o emocional da parturiente. Apreendemos essa forma de cuidar, quando os profissionais descrevem-no como integral, que favorece uma macro visão das parturientes e uma assistência voltada para os valores humanos. Pensamos que essa forma de cuidar, voltada para os valores humanos, coincide

com o fator cuidado com compaixão, identificado por Hojat et al. (2002), na sua análise fatorial do EJEPS. Esse fator obteve coeficiente Alfa de Crombach de 0,73, em nosso estudo, indicando que os itens do instrumento relacionados ao fator identificado de cuidado com compaixão também medem esta característica com grau razoável de exatidão. As mulheres descreveram esse cuidado, como sendo de atenção, estar próximo, compreensão e paciência.

Estas características do cuidado, apontadas pelos profissionais e pelas parturientes, estão de acordo com o conceito atual de cuidado humanístico. Segundo Waldow (1998), o cuidado humanístico parte de uma visão integralizadora, possuindo atributos, como interesse, respeito, paciência, compreensão, solidariedade, compaixão e comprometimento. O cuidado voltado para a abordagem humanística foi relacionado à empatia pela primeira vez por Noddings (1984). Segundo o autor, o ser humano cria, pela empatia, certa intimidade, trazendo subsídios ao cuidador para melhor cuidar, uma vez que o cuidador passa a viver próximo do outro, estar com ele, a ponto de entrar no seu mundo, nos seus sentimentos. Saupe et al. (1999) reforçam ainda que, para o cuidado ser caracterizado como humano, faz-se necessário à empatia, sendo esta um elemento facilitador para que o cuidado extrapole o técnico, o mecânico, tornando-o um processo interativo entre a equipe e a clientela, com enfoque no psicossocial, cultural e espiritual.

Desta forma, considerando as referências teóricas que unem o cuidado humanístico à empatia e mediante os registros dos profissionais e parturientes que descreveram esse aspecto, concluímos que a equipe de saúde demonstrou, em alguns momentos durante a assistência, empatia pelas mulheres.

O Quadro 1 também evidência que no nosso estudo surgiu, entre os registros dos profissionais, uma categoria diretamente relacionada à empatia, mas que não foi percebida

pelas mulheres. Essa categoria temática diz respeito ao envolvimento emocional que eles valorizam.

Entendemos que os profissionais, ao se “envolverem emocionalmente” com as parturientes, manifestaram os dois elementos que englobam a empatia: a cognição e o afetivo, pois, desenvolveram, por meio da sensibilidade, uma capacidade para visualizar a subjetividade das parturientes, expressa através dos medos e anseios. Dessa forma, demonstraram uma certa compreensão (componente cognitivo) quanto à representatividade daquele momento para a parturiente e experimentaram sentimentos de afetividade (componente afetivo), ou seja, uma compreensão empática. Trinca (1987) refere que a compreensão empática permite ao indivíduo considerar e conhecer a subjetividade da outra pessoa, em especial seus pensamentos e sentimentos. Ao se colocar na perspectiva mental do outro, é possível apreender o referencial de idéias e emoções alheias, sendo um fator decisivo no relacionamento humano.

Existem ainda duas categorias que aparecem entre os profissionais, as quais não são mencionadas na literatura como sendo diretamente relacionadas à empatia: ambiente acolhedor e conhecimento técnico-científico. O ambiente acolhedor surge dentre as descrições dos profissionais, como um ambiente confortável e cordial, que eles procuraram criar ao assistir, permeado pelo respeito, bom humor, segurança, estratégias que visem à humanização como um todo, como, por exemplo, a presença do acompanhante e o contato precoce com o recém-nascido. Para as parturientes, no entanto, esses elementos do ambiente acolhedor, que os profissionais procuram proporcionar, não ficaram tão claros, e para elas o que marcou seu atendimento foi à organização da estrutura hospitalar, ou seja, aspectos que envolvem a hotelaria da instituição como alimentação e higiene. Consideramos que estes aspectos tornam-se importantes porque, na sua grande maioria, as

mulheres são procedentes de municípios cuja população possui nível socioeconômico baixo, e, por conseqüência, a alimentação é escassa e de pouca variedade e qualidade em suas residências. A higiene também, na nossa concepção, tem relação direta com a situação de pobreza vivenciada pelas mulheres, pois muitas delas procedem de locais distantes, sítios pequenos, onde a água é escassa e o seu uso extremamente limitado.

Desta forma, entendemos que há uma divergência de visão quanto ao local de assistência. Enquanto os profissionais têm uma visão abstrata do local como um ambiente que conduz à humanização, as mulheres são concretas a ele se referir. Entretanto, entendemos que as mulheres, de certa forma, valorizam esse ambiente acolhedor, quando mencionam o relacionamento com os profissionais nas temáticas de cuidado humanístico e expressão de poder.

A temática conhecimento técnico-científico (Quadro 1), detectado nos registros de alguns dos profissionais, esteve presente nos relacionamentos desenvolvidos junto às parturientes, em detrimento das relações humanas. Ao entrar em contato com as mulheres, os profissionais focalizam os aspectos técnicos-científicos da assistência. O conhecimento técnico-científico foi percebido pelas mulheres como expressões de poder, pois, na concepção delas, os profissionais utilizaram seus conhecimentos para negar-lhes o direito de exercer a autonomia sobre seu corpo. Entendemos este aspecto como bastante negativo, não apenas porque se contrapõe à política de humanização da instituição, mas também porque consideramos um desrespeito às mulheres que vivenciam um dos momentos mais sublimes de sua vida, o exercício da maternidade. Neste sentido, elas necessitam não apenas de profissionais competentes tecnicamente, mas também de compreensão, atenção e sensibilidade por parte da equipe.

Nessa discussão comparativa, observamos que a auto-avaliação dos profissionais, quanto ao seu comportamento empático junto à parturiente, se reflete em alguns elementos que foram referidos pelas mulheres. Entretanto, as parturientes vão além em suas percepções e apontam aspectos destoantes da empatia, como, por exemplo, elementos que poderiam ser considerados agressivos.

5 CONCLUSÕES

Procuramos, com este estudo, identificar o nível de empatia dos profissionais que atuam no setor obstétrico de um hospital que propõe a humanização como filosofia de trabalho, bem como verificar se as características pessoais e funcionais tiveram influência na empatia desses profissionais. Objetivamos, também, analisar as percepções das mulheres acerca da empatia desenvolvida pela equipe de saúde durante a assistência, estabelecendo uma discussão comparativa entre essas percepções e a empatia que os profissionais referiram estar presente em sua prática diária. Utilizamos, para isto, uma abordagem de triangulação metodológica (quantitativa e qualitativa).

A empatia nos profissionais de saúde foi detectada, tanto nos dados quantitativos, quanto nas respostas às questões subjetivas. Em relação à equipe, no geral, os resultados demonstraram que os profissionais se auto-avaliaram como um bom nível de empatia, conforme a escala EJEPS. Essa empatia não se diferenciou entre a equipe médica à de enfermagem. Por conseguinte, acreditamos em geral que a equipe obstétrica, em geral estudada, apresenta a sua empatia através do cuidado, do seu posicionamento frente às necessidades da mulher e colocando-se em seu lugar.

Da mesma forma, a análise das respostas às questões subjetivas dos profissionais também revelou aspectos que surgem nos relacionamentos, quando a empatia está presente, como envolvimento emocional e comunicação.

No nosso entendimento, esse envolvimento emocional fluiu quando os profissionais colocaram-se no lugar das parturientes, vendo-as como ser humano, igual a eles. Dessa forma, apreenderam os sentimentos e a expectativa das mulheres acerca do parto, compreendendo-as e, por conseqüência, proporcionaram uma assistência com afetividade.

A empatia, em nossa concepção, também foi demonstrada, neste estudo, através da comunicação verbal e não-verbal desenvolvida entre profissionais e parturientes. Pois, a partir da compreensão da representatividade do parto para as mulheres, a equipe comunicou-se com elas, visando proporcionar, à parturiente, uma assistência que a tranqüilizasse e a deixasse segura para a parturição.

Diante dos resultados obtidos através da escala EJEPS, e dos aspectos qualitativos (envolvimento emocional e comunicação) que se relacionam com a empatia, registrados pelos profissionais, consideramos que identificamos empatia nos profissionais que atuam no setor obstétrico, apesar desta empatia necessitar, a nosso ver, de maiores aperfeiçoamentos, já que no estudo também foram identificadas expressões que a contradizem o processo de humanização da assistência.

Quanto às características pessoais e profissionais da equipe de saúde relacionadas à empatia, gênero e jornada de trabalho, dentre as estudadas, foram as que apresentaram correlação com a empatia. Neste estudo, as mulheres se revelaram mais empáticas do que os homens, e os trabalhadores que exercem jornadas de trabalho mais altas possuem menores níveis de empatia.

Em relação às percepções das puérperas sobre empatia que os profissionais exercem no atendimento, consideramos que as mesmas conseguem de forma subjetiva e quantitativa identificar o comportamento empático da equipe até certo ponto. Entretanto, essa percepção não atinge a extensão que os profissionais referem como caracterizando sua prática. Dessa

forma, entendemos que a empatia não é refletida nas ações dos profissionais suficientemente para as mulheres apreenderem e sentir-se como sendo tratadas com total empatia.

Esperávamos que a empatia estivesse mais presente no cotidiano dos profissionais, sendo claramente perceptível pelas mulheres ao vivenciarem o processo de nascimento naquela instituição, que possui uma política voltada para os valores humanísticos. No entanto, entendemos que humanizar a assistência numa instituição engloba três pilares básicos: políticas da própria organização do sistema de saúde, gestão institucional e recursos humanos.

Desta forma, ao observamos as distorções nos relacionamentos entre a equipe obstétrica e as puérperas, concluímos que um dos aspectos que sustenta a humanização, naquela instituição, está sendo atingido. Considerando que os relacionamentos perpassam por questões inerentes à personalidade, visão de mundo e valorização específica do indivíduo. Acreditamos que este enfraquecimento da base humanística esteja relacionado às peculiaridades de cada profissional envolvido. Por outro lado, a instituição tem investido pouco na capacitação de seus recursos humanos, tendo em vista que metade dos profissionais deste estudo ainda não realizaram qualquer tipo de capacitação em humanização.

Ressaltamos que essas reflexões dizem respeito à instituição em foco, neste estudo, não devendo ser generalizado a outras instituições.

As lacunas nos relacionamentos, aqui identificadas, podem ser minimizadas por meio de estratégias que fortaleçam a empatia dos profissionais, pois ela facilita a implementação de medidas valiosas que contemplam a humanização não apenas nos relacionamentos estabelecidos entre a equipe e pacientes, mas nas ações em saúde como um

todo. Quando o profissional projeta-se e se envolve com a condição do outro, ele consegue vislumbrar a assistência ideal, alicerçada na competência técnica e no desenvolvimento do relacionamento terapêutico, focalizando não apenas aquele ser humano que assiste, mas também os seus familiares.

Neste sentido, diante da importância da empatia para os relacionamentos como um todo, e com base nas conclusões deste estudo, sugerimos que a instituição fortaleça a sua missão humanística através da capacitação de seus profissionais em cursos que abordem a empatia na perspectiva de assistência à saúde.

Este estudo mostrou um conhecimento sobre a empatia dos profissionais em uma instituição hospitalar e, desta forma representa uma contribuição à literatura sobre esse contexto de assistência à saúde. A pesquisa ainda nos permitiu aprofundar a compreensão da empatia no contexto da humanização. Porém, diante da sua importância na humanização da assistência, que vem sendo foco das discussões teóricas e práticas da atenção à saúde, existe a necessidade de investigação dos fatores que influenciam o comportamento empático nos profissionais. A partir desse conhecimento, as instituições poderão implementar medidas para promover a empatia.

Por fim, acreditamos que este estudo tenha aberto caminhos para a construção de uma medicina e enfermagem mais humanísticas e solidárias, valorizando a pessoa humana e as relações estabelecidas com ela, de forma a compreender seus sentimentos e pensamentos, manifestando essa compreensão pela sensibilidade. Por conseguinte, nós profissionais estaremos contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais justo e igualitário voltado realmente para as necessidades daqueles que atendemos.

6 REFERÊNCIAS

- ALMAGIA, E. A. Psicología de la salud. **In:** Universidad de Concepción. **Proyecto de desarrollo de La docencia.** Concepción: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, 2002.

- ALMEIDA, M. C. P. et al. As Determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem. **In**: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. **Anais**...São Paulo, SP: Aben, 1996. p142-149.

- AQUINO, G. M. L. O cuidado no parto normal pela enfermeira obstetra na perspectiva da Puérpera. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2003.

- BARBIER, R. Escuta sensível na formação de profissionais de saúde.Paris: [s.n.], 2002. Disponível em: <http//www.saúde.df.gov.br/fepecs> Acesso em: 3 nov. 2004.

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1977. 225 p.

- BARRETO, J. A. E; MOREIRA, R. V. **A vigilância de Argos:** filosofia, ações de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Programa Editorial, 2002. 200 p.

- BARROS, J. A. C. Medicalizacion y salud. **Cuad. Med. Soc.** Buenos Aires, n.28, p.31-35, 1984.

- BATISTA, J. B.V; CAMINO, C. Diferenças de sexo e de gênero na empatia: resultados de uma enquête com universitários de ciências humanas. **Revista IMIP**.Recife, n. 1, v. 14, p. 79-82, jun.2000.

- BERNADO, M. H. A equipe interdisciplinar na comunidade terapêutica. **Revista Brasileira de Neurologia**. São Paulo, n. 34, n. 2, p. 67-71, 1998.

- BOTTEN, E. V. A. How to survive in cancer care. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON CANCER NURSING, 6, 1991, Amsterdan. **Anais...** Great Britain: Greshan, 1991.

- BRASIL. Coordenação Geral de Acompanhamento das IFES e Hospitais Universitários. Secretaria de Educação Superior. Ministério da Educação. Brasília, 2004. Disponível em <http: //www.mec.gov.br/sesu/ftp/SIHU2003-1. zip> Acesso em: 28 jun. 2004.

- _____. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 1997.

- _____. Ministério da Saúde. **Dados referentes à distribuição dos profissionais de saúde no território nacional, do ano de 2001**.Disponível em: <http//:www.datasus.gov.br/> Acesso em: 11 nov.2004.

- _____. Data SUS; informações de saúde sobre nascidos vivos no território nacional. 2002. Disponível em: <http//:www.datasus.gov.br/> Acesso em: 26 nov.2004.

- _____. Partos atendidos na rede hospitalar do SUS no período de 1993 a 2000. Disponível em: <http//:www.saúde.gov.br/sps/areastecnicas/adolescentes/doc/partos> Acesso em: 20 jun.2004.

- _____. **Pesquisa de satisfação do usuário e dos profissionais de saúde:** Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

- _____. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar:** projeto piloto. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2000. 68 p.

- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasilia. DF: Ministério da Saúde, 2001.

- BRISLIN, R. W. Back translation for cross cultural research. **Journal Of Cross Cultural Psychology**, n.1, p.185-216, 1970.

- BRUGGEMANN, O. M. The care in the birth process: considerations about nurse's performance. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, v.2, n.3, Dec. 2003. Disponível em < http:// www.uff.br/nepaeyobgin203bruggemann.htm> Acesso em: 15 fev. 2004.

- BUENO, S. **Minidicionário**. 6. ed. São Paulo: Lisa, 1992.

- CAMARA, M. F. B; MEDEIROS, M; BARBOSA, M. A. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.2, n.2, jan/jun. 2000. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>**.** Acesso em: 3 jan. 2004.

- CAMARGO, M. C. Z. A. O ensino da ética médica no horizonte da bioética. **Bioética**, Brasília, n 1, v. 4, p. 47-51, abr.1996.

- CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cutrix, 1982.

- CAPRARA, A; FRANCO, R. L. A. A relação médico paciente: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul/set. 1999. Disponível em: <htpp//:www.sciello.org>. Acesso em: 17 jun. 2004.

- CARON, O. A. F; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte de comunicação. **Revista Latino Americana em Enfermagem**. Ribeirão Preto, n.10, v. 4, p. 485-492, jul. /ago. 2002.

- CATALDO NETO, A. C; NUNES, M. L; MARGIS, R. Evidencias biológicas da empatia: uma revisão. **Revista Médica PUCRS**. Porto Alegre, n. 3, v. 7, p. 100-106, jul/set. 1997.

- CECHIN, P.L. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, n.4, v.55, p.444-448, jul. /ago. 2002.

- CERVO, A. L. BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4 ed. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1996. 209 p.

- CHIATTONE, H.B. C. Unidade e diversidade: a significação da psicologia no contexto hospitalar. 1998. 240p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade São Marcos, São Paulo, SP, 1998.

- DANIEL, L. F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.

- DOSSIÊ humanização do parto. Rede Nacional de Saúde: direitos sociais e direitos reprodutivos. São Paulo: [s.n.], 2002. 40 p.

- DUGAS, B. W. **Enfermagem prática**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1983.

- FALCONE, E. M. D. Avaliação de um programa de tratamento da empatia com universitários. 198. 186 p. Tese (doutorado). USP. São Paulo, 1998.

- FIELDS, S K et al.. Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. **Evaluation & the Healthy Professions**. Philadelphia, n.10, v.20, p.1-15, mar. 2004.

- FROTA, M. L. M. Enfermagem obstétrica: o cuidar e o ensino na perspectiva da assistência humanizada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52. 2000, Recife. **Anais...**Recife: ABEN. p. 79-185.

- GAIVA, M.A.M; TAVARES, C.N.A. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido?. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n.1, V.23, p.132-145, jan.2002.

- GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**. 31 Ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

- GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: a expressão cultural do parto. São Paulo: Maio, 2002.

- GRAHAM, T; ICKES, W. Whem womens's intuition isn't greater than men's. **In:** FALCONE, E. M. D. **Avaliação de um programa de tratamento da empatia com universitários.** 186 f. Tese (Doutorado).Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 1998.

- HAMAMM, E. M. Os ensinos da educação para a saúde na prevenção de HIV-AIDS: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em <http//www.scielo.org/>. Acesso em: 29 out. 2004.

- HOJAT, M et al.. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. **Medical Education**. Philadelphia, 36.p. 522-527, 2001.

- _____. Physician empathy: definition, components, me asurement, and relationship to gender and specialty. **American Journal of Psychiatry.** Philadelphia, sept. 2002. Disponível em: <http//:wos3.isiknowledge.com/>. Acesso em: 4 jun. 2004.

- _____. The Jefferson scale of physician empathy: Development and preliminary psychometric data. **Educational and psychological measurement**. Philadelphia, n. 2, v. 61, p. 349-365, apr. 2001.

- HOTIMSKY, S. N; et al. Expectativas da gestante, usuárias do SUS, acerca do parto e da assist. Obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http//www.scielo.org/>. Acesso em: 20 jan. 2004.

- LARGURA, M. **A assistência ao parto no Brasil**. São Paulo: Maio, 2000.

- LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

- LIMA, A. P. G. Os consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.4, v. 16, p. 20-35, out/dez. 2000.

- MALDONATO, M. T; CANELLA, P. **A relação médico – cliente em ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Roca, 1988.

- MARTINS, M. C. F. N. Cuidando do Futuro Cuidador. **In_____**. **A face humana da medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003,p 87-92.

- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **In: _____**. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: IMS: ABRASCO, 2001. p. 34-64.

- MELO, C. M. M. Modelos assistenciais: razões para fazer e pensar a enfermagem brasileira. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. **Anais...**São Paulo, SP: ABen. 1996.p.166-171.

- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC; 1999.

- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: CECÍLIA, L. C. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p.117-160.

- _____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; OMOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 71-112.

- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

- NODDINGS, N. Caring: a feminine approach to ethics and moral education. Berkelery: University of California Press, 1984.

- OBA, M. D. V; TAVARES, M. S. G. As mulheres e os receios vivenciados em suas trajetórias obstétricas. **Revista Brasileira Enfermagem. Brasília**, n. 4, v. 49, p. 569-580, out/dez. 1996.

- OLIVEIRA, A. M. L. P; MADEIRA, A. M. F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev. Esc. Enfermagem**. São Paulo, v. 36, n.2, p.133-140, out. 2002.

- OMS. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 1996.

- PÁDUA, A. B. Humanização da assistência de enfermagem perioperatória. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, 2000, Recife. **Anais...** Recife, PE: ABEN. 2000. p.174-178.

- PAGANINI, M. C. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, número especial; v. 5, p. 73-82, jan/jun. 2000.

- PAOLA, H. D. Da escuta à interpretação: considerações sobre a relação entre empatia e identificação projetiva. **Rev. bras. Psicanálise**. Rio de Janeiro, n. 1, v.25, p. 99 -114, jan. 1993.

- PITTA, A. **Hospital:** dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1999.

- POLIT, D. F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: delineamento de pesquisa em enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

- PROGIANT, J. M. **Fórum permanente dos enfermeiros obstetras**: relatório final da primeira etapa. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade: Hama Eventos, 1999.

- QUEIROZ, V. M; SALUM, M. V. L. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar / fazer na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. **Anais...**São Paulo-SP: ABen. 1996. p.190-207.

- RAMOS, D. D; LIMA, M. A. D. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jan/fev. 2003. Disponível em: <http//www.scielo.org/>. Acesso em: 22 out. 2004.

- RATTNER, Daphne. Humanizando o nascimento e parto. **In**: SEMINÁRIO ESTADUAL QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: Contribuições da enfermagem, 1, 1998, Curitiba. [s.n], 1998.

- REYNOLDS, W. J; SCOTT, B. Do nurses and other professional holpers normally display much empathy? **Journal Of Advanced Nursing**. v. 31, n.1, p. 226-234, jan. 2000. Disponível em: <http//wos3.isiknowledge.com/>. Acesso em: 4 jun. 2004.

- ROGERS, C. R. **Liberdade para aprender**. 2 ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1973.

- ROGERS, C. R; ROSEMBERG, R. L. **A pessoa como centro**. São Paulo: EPU: EDUSP, 1977.

- SANTOS, A. L. D; ROSEMBURG, E. P. B; ORGURA, K. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Rev. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 2, v. 38, p. 268-276, abr. 2004.

- SANTOS, O. M. B. A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo de nascimento. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa, Santa Catarina, 1998.

- SANTOS, O. M. B; SIEBER, E. R. C. The humanization of birth experience at the university of Santa Catarina maternity hospital. **Int Gynaecol Obstet**. Santa Catarina, n.1; p. 73-79. 2001.

- SANTOS, M. L. M; TEIXEIRA, M. B. Relacionamento terapêutico: relato de uma experiência em enfermagem psiquiátrica. Rev. Esc. Enf. da USP, São Paulo, n. 1, v. 21, p. 67-74. abr. 1987.

- SAUPE, R. et al.. Educadores- educando propõem um programa de educação continuada centrada no cuidado para um hospital. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, n. 1 , v. 8, p. 429-440, jan/abr. 1999.

- SEBASTIANI, R.W; PELLICIONI, M.C; CHIATTONE, H.B.C. Perspectivas da Psicologia da Saúde para o século XXI**. Boletim da Associação Brasileira de Psicologia da Saúde Hospitalar**, São Paulo, n 1, p. 71-74, out. 2001.

- SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

- _____. Humanização em unidade de terapia intensiva. In: CINTRA, E. A; NISHIDE, V. M; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 1-11.

- SOARES, L. T. R. Impacto das políticas neoliberais sobre a situação de saúde, o Brasil no contexto da América latina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. **Anais...**São Paulo, SP: ABen. 1996. p.178-179.

- SCHRAMM, F. R; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, n. 17, v.4, p. 56-59, 2001.

- STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente:** teoria e ensino. 2 ed. São Paulo: Robe, 1993.

- _____. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeiro-paciente. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, n.3, v 16, p. 245-253, 1982.

- TAUCH, R. Comunicação pessoal. **In**: ROGERS, C. R; ROSEMBERG, R. L. A pessoa como centro.São Paulo: EPUCEDUSP, 1977. p. 74-87.

- TAVARES, C. M; TEIXEIRA, E. R. Reflexos sobre a crise do paradigma científico na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, n 1, v. 1, p. 271-287, set/dez. 1997.

- TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <http//www.scielo.org/>. Acesso em: 17 out. 2004.

- TRINCA, W. A compreensão empática. **Temas**. São Paulo, v. 32-33, p. 121-126, abr 1987.

- TRUAX, C. B. Effective ingredients in psychotherapy: an approach to unravelling the patient – therapist interaction. In: ROGERS, C. R ; ROSEMBERG, R. L. A pessoa como centro. São Paulo: EPUC: EDUSP, 1977. p. 74-75.

- YÉPEZ, M. T; MORAIS, N. A. Reinvidicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, jan/fev. 2004.Disponível em: <//htpp: www.sciello.org/>. Acesso em: 29 maio 2004.

- WALDOW, V.R. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, n. 2, v. 3, p. 7-10, jul/dez. 1998.

- _____. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e os cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

- WHITE, S J. Empathy: a literature review and concept analysis. **Journal of Clinical Nursing.** Philadelphia, jul. 1977. Disponível em: <http//wos3.isiknowledge.com/>. Acesso em: 04 jun. 2004.

- ZAMPIERE. M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, n. 1,v 8, p. 203-221, jan/abr. 1999.

ANEXO A

QUESTIONÁRIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1 – Identificação Pessoal :

1.1 - Sexo : [1] masculino [2] feminino

1.2 - Idade : [1] _____anos

2 – Identificação Profissional :

2.1 – Categoria : [1] Médico [2] Enfermeiro [3] Profissional Nível Médio Categoria

2.2 - Tempo de Serviço na Instituição (em anos e meses) : _____

2.3 – Jornada de Trabalho (diária e semanal)

3 - Atualização em Humanização [1] sim [2] não

Se a resposta for positiva, quais foram esses cursos?

Escala de Jefferson de Empatia dos Profissionais de Saúde
(versão R – Para profissionais de saúde)

Instruções *: Indique o grau com que você concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmativas, escrevendo o número apropriado no espaço sublinhado que se encontra anterior a cada afirmativa. Utilize a seguinte escala de sete pontos (o número maior na escala indica maior concordância)*

1----------2----------3----------4----------5--- ---------6----------7

Discordo totalmente ***Concordo totalmente***

1. _____ Minha compreensão dos sentimentos de meus pacientes e de seus familiares é fator irrelevante ao seu tratamento médico ou cirúrgico.

2. _____ Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo seus sentimentos.

3. _____ É difícil para mim ver as coisas na perspectiva do paciente.

4. _____Considero que a compreensão da linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal nas relações entre o profissional e o paciente.

5. _____ Tenho um bom senso de humor e creio que isso contribui para um melhor resultado clínico.

6. _____ As pessoas são diferentes, portanto é difícil para mim ver as coisas na perspectiva dos pacientes.

7. _____ Tento não prestar atenção às emoções de meus pacientes durante a entrevista e o exame físico.

8. _____ Estar atento às experiências pessoais de meus pacientes não influencia os resultados do tratamento.

9. _____ Tento me imaginar no lugar de meus pacientes quando lhes estou assistindo.

10._____Meus pacientes valorizam minha compreensão de seus sentimentos, o que é terapêutico em si próprio.

11._____ As doenças dos pacientes podem ser curadas apenas pelo tratamento médico ou cirúrgico; portanto, laços afetivos com meus pacientes não têm influência nos resultados médicos ou cirúrgicos.

12._____ Considero que perguntar ao paciente sobre o que está acontecendo na sua vida é um fator sem importância para entender suas queixas físicas.

13._____ Tento compreender o que esta passando pela mente de meus pacientes prestando atenção a sua comunicação não verbal e linguagem corporal.

14._____ Acredito que a emoção não tem lugar no tratamento das doenças médicas.

15._____ Empatia é uma habilidade sem a qual o sucesso do tratamento é limitado.

16._____ Um componente importante da minha relação com meus pacientes é a compreensão do seu estado emocional, bem como o de suas famílias.

17._____Tento pensar como meus pacientes para poder prestar-lhes uma assistência melhor.

18._____Não me permito ser influenciado pelas intensas relações sentimentais que ocorrem entre meus pacientes e seus familiares.

19._____Não gosto de ler literatura não-médica ou de arte.

20._____ Creio que a empatia é um fator terapêutico no tratamento médico ou cirúrgico.

©Jefferson Medical College, 2001.

Muito obrigada.

ANEXO B

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL

1 – Como você se vê e desenvolve sua relação como a parturiente durante o atendimento?

2 – Que aspectos você valoriza durante o atendimento?

ANEXO C

QUESTIONÁRIO DAS PARTURIENTES

Caracterização das Mulheres :

1 - Identificação Pessoal :

1.1 Idade: _____

1.2 Procedência :_____

1.3 Grau de Instrução :_____

2 – Caracterização Obstétrica

Paridade: _____

PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

(Hojat, trad. Enders, BC)

Instruções: Queremos saber o seu grau de acordo ou desacordo com cada uma das seguintes orações acerca dos **profissionais de enfermagem** que lhe assistiram durante a sua internação. Utilize a escala a seguir de 7 pontos, escrevendo o número entre 1 e 7 na linha que se encontra antes de cada oração. (O número 1 significa que você está em total

desacordo com o que diz a oração e 7 significa que você está em total acordo com a oração, ou seja, o número maior na escala indica maior acordo).

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

Totalmente em Desacordo Totalmente de acordo

Os profissionais de Enfermagem

1. ____ Puderam ver as coisas da minha perspectiva.
2. ____ Perguntaram o que estava acontecendo na minha vida.
3. ____ Puderam ver o que estava passando pela minha cabeça.
4. ____ Pareciam interessados em mim e na minha família.
5. ____ Entenderam minhas emoções e os meus interesses.
6. ____ Expressaram interesse nos meus sentimentos e necessidades, não apenas no meu estado físico.
7. ____ Fizeram os preparativos quando me examinaram ou falaram comigo.
8. ____ Estavam com pressa.
9. ____ Perguntaram-me como me sentia acerca dos meus problemas.
10. ____ Tomaram em conta meus desejos ao fazer as decisões

© Jefferson Medical College, 2001

ANEXO D

PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MÉDICA

(Hojat, trad. Enders, BC)

Instruções: Queremos saber o seu grau de acordo ou desacordo com cada uma das seguintes orações acerca dos **profissionais da equipe médica** que lhe assistiram durante a sua internação. Utilize a escala a seguir de 7 pontos, escrevendo o número entre 1 e 7 na linha que se encontra antes de cada oração. (O número 1 significa que você está em total desacordo com o que diz a oração e 7 significa que você está em total acordo com a oração, ou seja, o número maior na escala indica maior acordo).

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

Totalmente em Desacordo Totalmente de acordo

Os profissionais médicos

1. ____ Puderam ver as coisas da minha perspectiva.
2. ____ Perguntaram-me o que estava acontecendo na minha vida.
3. ____ Puderam ver o que estava passando pela minha cabeça.
4. ____ Pareciam interessados em mim e na minha família.
5. ____ Entenderam minhas emoções e os meus interesses.
6. ____ Expressaram interesse nos meus sentimentos e necessidades, não apenas no meu estado físico.
7. ____ Fizeram os preparativos quando me examinaram ou falaram comigo.
8. ____ Estavam com pressa.
9. ____ Perguntaram-me como me sentia acerca dos meus problemas.
10. ____ Tomaram em conta meus desejos ao fazer as decisões

© Jefferson Medical College, 2001

ANEXO E

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS PUERPERAS

1 – O que mais lhe impressionou durante seu atendimento nesta maternidade?

2 – O que você gostaria de ter recebido no atendimento e não recebeu?

ANEXO F

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário s/n – Lagoa Nova, Natal/RN
Cep. 59072-970, Fone 215 3196

Da: Prof[a] Dra. Bertha Cruz Enders

Orientadora da Pesquisa Natal, 27 de julho de 2004

À: Direção Geral do Hospital Universitário Ana Bezerra - UFRN

Sra. Maria Cláudia M. D. R. Costa

Solicitamos vossa valiosa colaboração no sentido de permitir a Enfermeira Simone Pedrosa Lima, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem – UFRN, que se encontra atualmente realizando sua Dissertação de Mestrado sobre o tema **O CUIDADO HUMANISTICO COMO FOCO INSTITUCIONAL : UM ESTUDO SOBRE EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA OBSTÉTRICA**, colher dados, entre os profissionais de saúde e mulheres atendidas por estes profissionais, através de instrumentos que medem o nível de empatia e uma entrevista para obter informações subjetivas.

A pesquisa tem por objetivo avaliar o grau de empatia dos profissionais que atuam durante o processo de nascimento, no contexto de atenção à humanização.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa direção, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

Prof[a] Dra. Bertha Cruz Enders

Orientadora da Pesquisa

ANEXO G

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário s/n – Lagoa Nova, Natal/RN
Cep. 59072-970, Fone 215 3196

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

TÍTULO: **“O CUIDADO HUMANISTICO COMO FOCO INSTITUCIONAL : UM ESTUDO SOBRE EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA OBSTÉTRICA”.**

PESQUISADORES: Profª Simone Pedrosa Lima
Profª Dra. Bertha Cruz Enders – Orientadora

Após Análise do Projeto e da solicitação,

____ Autorizamos a coleta de dados na instituição

____ Não autorizamos a coleta de dados na instituição

Quanto à divulgação,

____ Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

____ Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

Além do relatório escrito,

____ Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

____ Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Natal, RN,____de_____de_____

_____
Responsável

ANEXO H

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÜDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário s/n – Lagoa Nova, Natal/RN
Cep. 59072-970, Fone 215 3196

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Natal,_____de _____de 2004.

Prezado (a) Sr.(a),

A pesquisa intitulada "O CUIDADO HUMANISTICO COMO FOCO INSTITUCIONAL : UM ESTUDO SOBRE EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA OBSTÉTRICA" tem como objetivo avaliar o grau de empatia dos profissionais que atuam durante o processo de nascimento, no contexto de atenção à humanização. Para este fim, serão utilizados dois instrumentos que medem a empatia: um destinado aos profissionais de saúde e outro, às mulheres. Também serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas com uma parte dos participantes da pesquisa. Estes procedimentos não acarretam nenhum risco aos que aceitarem participar do estudo. Ressaltamos que a sua participação será muito importante, não trazendo gastos ou prejuízos financeiros e pessoais, já que a pesquisa será realizada no próprio hospital. Os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso, por parte do pesquisador em manter o sigilo e o anonimato de todos os participantes. Ressalta-se ainda que você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos e que, mesmo não havendo necessidade de ressarcimento, o pesquisador se responsabiliza por possíveis custos solicitados pelos sujeitos da pesquisa, desde que fique comprovado legalmente sua necessidade.

Esta pesquisa terá o acompanhamento e assistência de Simone Pedrosa Lima (fone: 9417-6439), enfermeira, professora e mestranda do Departamento de Enfermagem da UFRN, Prof[a] Dr[a]. Bertha Cruz Enders, membro da base de pesquisa II intitulada "Enfermagem nos serviços de saúde".

Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP-UFRN pelo telefone 215-3135 ou pelo end: Praça do Campos Universitário, Lagoa Nova, Cep. 59072-970.

Agradecemos a sua atenção, e caso aceite participar, solicito a sua confirmação neste documento.

Atenciosamente,

Enf[a].Simone Pedrosa Lima

Av. Abel Cabral, 2029 casa 36-b

Nova Parnamirim Tel (084) 208-3886

Parnamirim – RN CEP 59150-000

Eu, _____, aceito participar da pesquisa "O CUIDADO HUMANISTICO COMO FOCO INSTITUCIONAL : UM ESTUDO SOBRE EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA OBSTÉTRICA".

Natal,____de_____2004

_____

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário sn – Lagoa Nova, Natal/RN
Cep. 59072-970, Fone 215 3196

TERMO DE COMPROMISSO

Declaramos que conhecemos e cumpriremos os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, de 10 de outubro de 1996, e suas complementares. Comprometemo-nos a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no Protocolo.

Natal, 27 de julho de 2004

_____

Enf[a]. Simone Pedrosa Lima

(mestranda)

_____

Prof[a] Dra. Bertha Cruz Enders

(orientadora)

ANEXO L

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÜDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário sn – Lagoa Nova, Natal/RN
Cep. 59072-970, Fone 215 3196

DECLARAÇÃO DO DESTINO E USO DO MATERIAL DO TRABALHO

Declaramos que os resultados serão publicados unicamente para fins científicos, sejam eles favoráveis ou não, e que manteremos os instrumentos de pesquisa (formulários) por cinco anos, a fim de que possam ser analisados futuramente, caso haja necessidade.

Aceitamos as responsabilidades pela condução científica do Projeto em apreço, cujo título é: O cuidado Humanístico como Foco Institucional : Um Estudo sobre Empatia dos Profissionais de Saúde na Área Obstétrica

Natal, 27 de julho de 2004

_____

Enf[a]. Simone Pedrosa Lima
(Mestranda)

_____

Prof[a] Dr[a] Bertha Cruz Enders

(Orientadora)

ANEXO M

ANEXO N

TABELA 8 – Dados descritivos dos níveis de empatia por categoria profissional e total.

Categoria Profissional	Médico (13)	Enfermeiro e Profissional Nível Médio (34)	Total (47)

Indicador de Empatia	Médio	Dês. Padrão	Min.	Max.	Médio	Dês. Padrão	Min.	Max.	Médio	Dês. Padrão	M
Minha compreensão dos sentimentos de meus pacientes e de seus familiares é fator irrelevante ao seu tratamento médico cirúrgico	5,15	2,34	1	7	5,12	2,45	1	7	5,13	2,39	
Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo seus sentimentos	6,62	0,65	5	7	6,74	0,57	5	7	6,70	0,59	
difícil para mim ver as coisas na perspectiva do paciente	6,08	0,86	5	7	6,09	0,93	4	7	6,09	0,90	
Considero que a compreensão da linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal nas relações entre o profissional e o paciente	5,77	1,36	3	7	6,59	0,78	4	7	6,36	1,03	
Tenho um bom senso de humor e creio que contribui para um melhor resultado clínico	6,00	1,08	3	7	6,44	0,96	3	7	6,32	1,00	
As pessoas são diferentes, portanto é difícil para mim ver as coisas na perspectiva dos pacientes	5,15	2,44	1	7	5,50	2,05	1	7	5,40	2,14	
Tento não prestar atenção ás emoções de meus pacientes. È irrelevante para a efetividade do tratamento	6,46	1,13	3	7	6,12	1,68	2	7	6,21	1,55	

Presto atenção ás experiências pessoais de meus pacientes quando lhes estou assistindo	6,15	1,41	2	7	6,06	1,37	2	7	6,09	1,36
Tento me imaginar no lugar de meus pacientes quando lhes estou assistindo	6,08	1,04	4	7	6,41	1,40	1	7	6,32	1,30
Meus pacientes valorizam minha compreensão de seus sentimentos, o que é terapêutico em si próprio	5,85	1,14	3	7	6,18	1,06	3	7	6,09	1,08
As doenças dos pacientes podem ser curadas apenas pelo tratamento médico ou cirúrgico; portanto, os laços afetivos com meus pacientes não têm um valor significativo neste contexto	6,46	1,13	4	7	6,65	0,88	3	7	6,60	0,95
Considero que perguntar ao paciente sobre o que está acontecendo na sua vida é um fator sem importância para entender suas queixas físicas	6,15	1,91	1	7	5,76	2,18	1	7	5,87	2,09
Tento compreender o que está passando pela mente de meus pacientes, prestando atenção a sua comunicação não verbal e linguagem corporal	5,92	1,38	2	7	6,15	1,28	2	7	6,09	1,30

Acredito que a emoção não tem lugar no tratamento das doenças médicas	6,77	0,60	5	7	6,32	1,27	2	7	6,45	1,14	
Empatia é uma habilidade sem a qual o sucesso do tratamento é limitado	5,69	1,84	2	7	5,97	1,62	1	7	5,89	1,67	
Um componente importante da minha relação com meus pacientes é a compreensão do seu estado emocional, bem como o da sua família	5,92	1,50	2	7	6,59	0,70	4	7	6,40	1,01	
Tento pensar como meus pacientes para poder prestar-lhes uma assistência melhor	5,77	1,30	3	7	5,79	1,68	1	7	5,79	1,57	
Não me permito ser influenciado pelas intensas relações sentimentais que ocorrem entre meus pacientes e suas famílias	4,08	1,75	1	7	4,94	1,92	1	7	4,70	1,90	
Não gosto de ler literatura não-médica ou de arte	5,85	1,82	1	7	5,74	2,12	1	7	5,77	2,02	
Creio que a empatia é um fator terapêutico no tratamento médico ou cirúrgico	6,15	1,21	4	7	6,15	1,56	1	7	6,15	1,46	
Empatia global	118,08	16,13	82	138	121,29	14,52	87	140	120,40	14,87	8

ANEXO O

TABELA 9 – Dados descritivos dos níveis de empatia por sexo do profissional e total.

Sexo do Profissional	Masculino (13)				Feminino (34)				Total (47)		
Indicador de Empatia	Médio	Des. Padrão	Mín.	Máx.	Médio	Des. Padrão	Mín.	Máx.	Médio	Des. Padrão	M
Minha compreensão dos sentimentos de meus pacientes e de seus familiares é fator irrelevante ao seu tratamento médico cirúrgico	5,23	2,39	1	7	5,09	2,43	1	7	5,13	2,39	
Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo seus sentimentos	6,31	0,85	5	7	6,85	0,36	6	7	6,70	0,59	
difícil para mim ver as coisas na perspectiva do paciente	5,92	0,95	5	7	6,15	0,89	4	7	6,09	0,90	
Considero que a compreensão da linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal nas relações entre o profissional e o paciente	6,08	1,19	3	7	6,47	0,96	3	7	6,36	1,03	
Tenho um bom senso de humor e creio que contribui para um melhor resultado clínico	6,08	1,32	3	7	6,41	0,86	3	7	6,32	1,00	
As pessoas são diferentes, portanto é difícil para mim ver as coisas na perspectiva dos pacientes	4,69	2,53	1	7	5,68	1,95	1	7	5,40	2,14	
Tento não prestar atenção ás emoções de meus pacientes. È irrelevante para a	5,92	1,71	3	7	6,32	1,49	2	7	6,21	1,55	

efetividade do tratamento										
Presto atenção ás experiências pessoais de meus pacientes quando lhes estou assistindo	5,62	1,80	2	7	6,26	1,14	2	7	6,09	1,36
Tento me imaginar no lugar de meus pacientes quando lhes estou assistindo	6,00	1,15	4	7	6,44	1,35	1	7	6,32	1,30
Meus pacientes valorizam minha compreensão de seus sentimentos, o que é terapêutico em si próprio	5,69	1,03	3	7	6,24	1,07	3	7	6,09	1,08
As doenças dos pacientes podem ser curadas apenas pelo tratamento médico ou cirúrgico; portanto, os laços afetivos com meus pacientes não têm um valor significativo neste contexto	6,31	1,32	4	7	6,71	0,76	3	7	6,60	0,95
Considero que perguntar ao paciente sobre o que está acontecendo na sua vida é um fator sem importância para entender suas queixas físicas	5,54	2,33	1	7	6,00	2,02	1	7	5,87	2,09
Tento compreender o que está passando pela mente de meus pacientes, prestando atenção	5,77	1,48	2	7	6,21	1,23	2	7	6,09	1,30

a sua comunicação não verbal e linguagem corporal										
Acredito que a emoção não tem lugar no tratamento das doenças médicas	6,38	1,26	3	7	6,47	1,11	2	7	6,45	1,14
Empatia é uma habilidade sem a qual o sucesso do tratamento é limitado	5,23	1,74	2	7	6,15	1,60	1	7	5,89	1,67
Um componente importante da minha relação com meus pacientes é a compreensão do seu estado emocional, bem como o da sua família	6,15	0,99	4	7	6,50	1,02	2	7	6,40	1,01
Tento pensar como meus pacientes para poder prestar-lhes uma assistência melhor	5,46	1,51	3	7	5,91	1,60	1	7	5,79	1,57
Não me permito ser influenciado pelas intensas relações sentimentais que ocorrem entre meus pacientes e suas famílias	3,69	1,84	1	7	5,09	1,80	2	7	4,70	1,90
Não gosto de ler literatura não-médica ou de arte	5,69	2,29	1	7	5,79	1,95	1	7	5,77	2,02
Creio que a empatia é um fator terapêutico no tratamento médico ou cirúrgico	5,08	2,14	1	7	6,56	0,82	4	7	6,15	1,46
Empatia global	112,85	17,64	82	140	123,29	12,81	98	140	120,40	14,87

ANEXO P

TABELA 10 – Dados descritivos dos níveis de empatia por categoria profissional.

Categoria Profissional	Médico (13)				Enfermeiro (12)				Profissional Nível (22)		
Indicador de Empatia	Médio	Des. Padrão	Mín.	Máx.	Médio	Des. Padrão	Mín.	Máx.	Médio	Des. Padrão	Mí
Minha compreensão dos sentimentos de meus pacientes e de seus familiares é fator irrelevante ao seu tratamento médico cirúrgico	5,15	2,34	1	7	5,08	2,47	1	7	5,14	2,49	1
Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo seus sentimentos	6,62	0,65	5	7	6,83	0,39	6	7	6,68	0,65	5
difícil para mim ver as coisas na perspectiva do paciente	6,08	0,86	5	7	5,58	0,90	4	7	6,36	0,85	5
Considero que a compreensão da linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal nas relações entre o profissional e o paciente	5,77	1,36	3	7	6,25	0,97	4	7	6,77	0,61	5
Tenho um bom senso de humor e creio que contribui para um melhor resultado clínico	6,00	1,08	3	7	6,17	1,11	3	7	6,59	0,85	4
As pessoas são diferentes, portanto é difícil para mim ver as coisas na perspectiva dos pacientes	5,15	2,44	1	7	5,42	2,02	2	7	5,55	2,11	1
Tento não prestar atenção ás emoções de meus	6,46	1,13	3	7	6,58	1,16	3	7	5,86	1,88	2

pacientes. È irrelevante para a efetividade do tratamento											
Presto atenção ás experiências pessoais de meus pacientes quando lhes estou assistindo	6,15	1,41	2	7	6,17	1,19	4	7	6,00	1,48	2
Tento me imaginar no lugar de meus pacientes quando lhes estou assistindo	6,08	1,04	4	7	5,75	2,05	1	7	6,77	0,69	4
Meus pacientes valorizam minha compreensão de seus sentimentos, o que é terapêutico em si próprio	5,85	1,14	3	7	6,00	1,13	4	7	6,27	1,03	3
As doenças dos pacientes podem ser curadas apenas pelo tratamento médico ou cirúrgico; portanto, os laços afetivos com meus pacientes não têm um valor significativo neste contexto	6,46	1,13	4	7	6,83	0,39	6	7	6,55	1,06	3
Considero que perguntar ao paciente sobre o que está acontecendo na sua vida é um fator sem importância para entender suas queixas físicas	6,15	1,91	1	7	5,83	2,33	1	7	5,73	2,14	1
Tento compreender o que está passando pela mente de meus pacientes, prestando atenção	5,92	1,38	2	7	5,92	1,31	3	7	6,27	1,28	2

a sua comunicação não verbal e linguagem corporal											
Acredito que a emoção não tem lugar no tratamento das doenças médicas	6,77	0,60	5	7	6,75	0,62	5	7	6,09	1,48	2
Empatia é uma habilidade sem a qual o sucesso do tratamento é limitado	5,69	1,84	2	7	5,67	1,97	1	7	6,14	1,42	2
Um componente importante da minha relação com meus pacientes é a compreensão do seu estado emocional, bem como o da sua família	5,92	1,50	2	7	6,50	0,90	4	7	6,64	0,58	5
Tento pensar como meus pacientes para poder prestar-lhes uma assistência melhor	5,77	1,30	3	7	5,08	2,15	1	7	6,18	1,26	3
Não me permito ser influenciado pelas intensas relações sentimentais que ocorrem entre meus pacientes e suas famílias	4,08	1,75	1	7	5,00	1,71	2	7	4,91	2,07	1
Não gosto de ler literatura não-médica ou de arte	5,85	1,82	1	7	6,42	1,24	3	7	5,36	2,42	1
Creio que a empatia é um fator terapêutico no tratamento médico ou cirúrgico	6,15	1,21	4	7	6,50	1,00	4	7	5,95	1,79	1
Empatia global	118,08	16,13	82	138	120,33	13,78	98	138	121,82	15,20	87

ANEXO R

TABELA 12 – Diferenças entre os valores médios nos itens da escala de empatia

e na empatia total conforme categoria profissional e treinamento em humanização

Itens na escala de empatia	Atualização Em Humanização		Categoria Profissional			Amostra Total (47)
	Sim (23)	Não (23)	Médico (13)	Enfermeiro (12)	Profissional Nível Médio (22)	
Minha compreensão dos sentimentos de meus pacientes e de seus familiares é fator irrelevante ao seu tratamento médico cirúrgico	5,13	5,22	5,15	5,08	5,14	5,13
Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo seus sentimentos	6,78	6,65	6,62	6,83	6,68	6,70
È difícil para mim ver as coisas na perspectiva do paciente	5,78*	6,39*	2,38	3,58**	2,27**	6,09
Considero que a compreensão da linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal nas relações entre o profissional e o paciente	6,26	6,48	5,77**	6,25	6,77**	6,36
Tenho um bom senso de	6,35	6,35	6,00	6,17	6,59	6,32

humor e creio que contribui para um melhor resultado clínico						
As pessoas são diferentes, portanto é difícil para eu ver as coisas na perspectiva dos pacientes	5,00	5,91	5,15	5,42	5,55	5,40
Tento não prestar atenção ás emoções de meus pacientes. È irrelevante para a efetividade do tratamento	6,13	6,43	6,46	6,58	5,86	6,21
Presto atenção ás experiências pessoais de meus pacientes quando lhes estou assistindo	6,22	6,00	6,15	6,17	6,00	6,09
Tento me imaginar no lugar de meus pacientes quando lhes estou assistindo	6,57	6,04	6,08	5,75**	6,77**	6,32
Meus pacientes valorizam minha compreensão de seus sentimentos, o que é terapêutico em si próprio	6,22	6,00	5,85	6,00	6,27	6,09

As doenças dos pacientes podem ser curadas apenas pelo tratamento médico ou cirúrgico; portanto, os laços afetivos com meus pacientes não têm um valor significativo neste contexto	6,57	6,65	6,46	6,83	6,55	6,60
Considero que perguntar ao paciente sobre o que está acontecendo na sua vida é um fator sem importância para entender suas queixas físicas	5,96	5,91	6,15	5,83	5,73	5,87
Tento compreender o que está passando pela mente de meus pacientes, prestando atenção a sua comuncação não verbal e linguagem corporal	6,04	6,13	5,92	5,92	6,27	6,09
Acredito que a emoção não tem lugar no tratamento das doenças médicas	6,22	6,70	6,77	6,75	6,09	6,45
Empatia é uma	5,65	6,13	5,69	5,67	6,14	5,89

habilidade sem a qual o sucesso do tratamento é limitado						
Um componente importante da minha relação com meus pacientes é a compreensão do seu estado emocional, bem como o da sua família	6,39	6,43	5,92**	6,50	6,64**	6,40
Tento pensar como meus pacientes para poder prestar-lhes uma assistência melhor	5,87	5,70	5,77	5,08	6,18	5,79
Não me permito ser influenciado pelas intensas relações sentimentais que ocorrem entre meus pacientes e suas famílias	4,96	4,43	4,08	5,00	4,91	4,70
Não gosto de ler literatura não-médica ou de arte	5,61	5,96	5,85	6,42	5,36	5,77
Creio que a empatia é um fator erapêutico no tratamento médico ou cirúrgico	5,83	6,52	6,15	6,50	5,95	6,15
Empatia Escore Total	119,52	122,04	118,08	120,33	121,82	120,40

* Diferença significante entre os dois grupos a nível de 0,05.

** Deferença significante entre as categorias profissionais a nível de 0,05.

ANEXO S

TABELA 13 – Relação entre variáveis pessoais e nível de empatia: sexo do profissional e número de filhos

	Sexo do Profissional		Número de Filhos
Itens na escala de empatia	Masculino (13)	Feminino (34)	
Minha compreensão dos sentimentos de meus pacientes e de seus familiares é fator irrelevante ao seu tratamento médico cirúrgico	5,23	5,09	-,155
Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo seus sentimentos	6,31*	6,85*	,048
È difícil para mim ver as coisas na perspectiva do paciente	2,69	2,62	-,165
Considero que a compreensão da linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal nas relações entre o profissional e o paciente	6,08	6,47	-,016
Tenho um bom senso de humor e creio que contribui para um melhor resultado clínico	6,08	6,41	-,090
As pessoas são diferentes, portanto é difícil para eu ver as coisas na perspectiva dos pacientes	4,69	5,68	,003
Tento não prestar atenção ás emoções de meus pacientes. È irrelevante para a efetividade do tratamento	5,92	6,32	,142
Presto atenção ás experiências pessoais de meus pacientes quando lhes estou assistindo	5,62	6,26	-,109
Tento me imaginar no lugar de meus pacientes quando lhes estou assistindo	6,00	6,44	-,410***
Meus pacientes valorizam minha compreensão de seus sentimentos, o que é terapêutico em si próprio	5,69	6,24	-,001
As doenças dos pacientes podem ser curadas apenas pelo tratamento médico ou cirúrgico; portanto, os laços afetivos com meus pacientes não têm um valor significativo neste contexto	6,31	6,71	-,008
Considero que perguntar ao paciente sobre o que está acontecendo na sua vida é um fator sem importância para entender suas queixas físicas	5,54	6,00	-,105

Tento compreender o que está passando pela mente de meus pacientes, prestando atenção a sua comuncação não verbal e linguagem corporal	5,77	6,21	-,039
Acredito que a emoção não tem lugar no tratamento das doenças médicas	6,38	6,47	,071
Empatia é uma habilidade sem a qual o sucesso do tratamento é limitado	5,23	6,15	,303**
Um componente importante da minha relação com meus pacientes é a compreensão do seu estado emocional, bem como o da sua família	6,15	6,50	-,041
Tento pensar como meus pacientes para poder prestar-lhes uma assistência melhor	5,46	5,91	-,359**
Não me permito ser influenciado pelas intensas relações sentimentais que ocorrem entre meus pacientes e suas famílias	3,69*	5,09*	-,011
Não gosto de ler literatura não-médica ou de arte	5,69	5,79	-,127
Creio que a empatia é um fator terapéutico no tratamento médico ou cirúrgico	5,08*	6,56*	,142
Empatia Escore Total	112,85*	123,29*	-,096

* Diferença significante entre os sexos a nível de 0,05 (teste t)
** Correlação significante a nível de 0,05 (Pearson)
*** Correlação significante a nível de 0,01 (Pearson)

ANEXO T

TABELA 14 – Coeficientes de correlação entre variáveis profissionais e nível de empatia

	Idade				Tempo de Serviço		Jornada de Trabalho
Itens na escala de empatia	Grupo Total (47)	Médico (13)	Enfermeiro (12)	Profissional Nível Médio (22)	Na Função	Na Instituição	
Minha compreensão dos sentimentos de meus pacientes e de seus familiares é fator irrelevante ao seu tratamento médico cirúrgico	,147	,179	,497	-,161	,006	-,120	-,064
Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo seus sentimentos	-,107	-,373	,186	,058	-,095	-,138	-,124
È difícil para mim ver as coisas na perspectiva do paciente	-,055	-,636*	-,003	-,073	,036	-,015	-,186
Considero que a compreensão da linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal nas relações entre o profissional e o paciente	,074	,089	,067	-,452*	,285	,243	-,359*
Tenho um bom senso de humor e creio que contribui para um melhor resultado clínico	,045	-,245	,151	-,016	,080	,037	-,237
As pessoas são diferentes, portanto é difícil para eu ver as coisas na perspectiva dos pacientes	-,260	-,699**	,049	-,184	-,171	-,248	-,229
Tento não prestar atenção ás emoções de meus pacientes. È irrelevante para a efetividade do tratamento	-,221	-,384	,056	-,192	-,278	-,284	-,046
Presto atenção ás experiências pessoais de meus pacientes quando lhes estou	,001	-,345	,456	,049	-,012	,024	-,111

assistindo							
Tento me imaginar no lugar de meus pacientes quando lhes estou assistindo	,331*	-,229	,541	,088	,258	,295*	-,134
Meus pacientes valorizam minha compreensão de seus sentimentos, o que é terapêutico em si próprio	,072	-,286	,341	,050	,254	,181	-,387**
As doenças dos pacientes podem ser curadas apenas pelo tratamento médico ou cirúrgico; portanto, os laços afetivos com meus pacientes não têm um valor significativo neste contexto	-,237	-,417	-,062	-,118	-,248	-,270	-,153
Considero que perguntar ao paciente sobre o que está acontecendo na sua vida é um fator sem importância para entender suas queixas físicas	,043	-,264	,548	-,143	-,121	-,151	,022
Tento compreender o que está passando pela mente de meus pacientes, prestando atenção a sua comuncação não verbal e linguagem corporal	,105	,225	-,061	,012	,153	,186	-,164
Acredito que a emoção não tem lugar no tratamento das doenças médicas	-,279	-,362	-,058	-,293	-,319*	-,341*	,016
Empatia é uma habilidade sem a qual o sucesso do tratamento é limitado	-,167	-,261	-,274	-,174	-,012	-,007	-,128
Um componente importante da minha relação com meus	-,139	-,590*	,346	-,034	,113	,115	-,400**

pacientes é a compreensão do seu estado emocional, bem como o da sua família							
Tento pensar como meus pacientes para poder prestar-lhes uma assistência melhor	,201	-,097	,274	,022	,187	,176	-,250
Não me permito ser influenciado pelas intensas relações sentimentais que ocorrem entre meus pacientes e suas famílias*	,060	,088	,107	,024	,190	,128	-,080
Não gosto de ler literatura não-médica ou de arte	-,234	-,240	-,122	-,180	-,380**	-,437**	,018
Creio que a empatia é um fator erapêutico no tratamento médico ou cirúrgico	-,191	-,144	,014	-,272	-,104	-,099	-,372*
Empatia Escore Total *	-,073	-,320	,387	-,218	-,044	-,106	-,288*

* Correlação significante a nível de 0,05
** Correlação significante a nível de 0,01

ANEXO U

TABELA 15 – Valores médios nos itens da escala de empatia e na empatia total conforme jornada de traball

Itens na escala de empatia	Vinte Horas (2)	Quarenta horas (32)	Quarenta e oito horas (2)	Sessenta horas (6)	Oitenta horas (4)
Minha compreensão dos sentimentos de meus pacientes e de seus familiares é fator irrelevante ao seu tratamento médico cirúrgico	7,00	4,84	6,50	6,17	4,75
Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo seus sentimentos	7,00	6,72	6,50	6,67	6,75
È difícil para mim ver as coisas na perspectiva	6,50	6,09	6,50	6,33	5,25

do paciente					
Considero que a compreensão da linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal nas relações entre o profissional e o paciente	5,00	6,66	6,00	6,50	5,50
Tenho um bom senso de humor e creio que contribui para um melhor resultado clínico	7,00	6,34	6,00	6,50	6,50
As pessoas são diferentes, portanto é difícil para eu ver as coisas na perspectiva dos pacientes	6,50	5,50	6,50	5,00	5,25
Tento não prestar atenção ás emoções de meus pacientes. È irrelevante para a efetividade do tratamento	7,00	6,13	7,00	6,33	6,00
Presto atenção ás experiências pessoais de meus pacientes quando lhes estou assistindo	6,50	6,09	7,00	5,83	6,00
Tento me imaginar no lugar de meus pacientes quando lhes estou assistindo	6,00	6,41	7,00	6,33	5,50
Meus pacientes valorizam minha compreensão de seus sentimentos, o que é terapêutico em si próprio	6,50	6,22	6,00	6,33	5,25
As doenças dos pacientes podem ser curadas apenas pelo tratamento médico ou cirúrgico; portanto, os laços afetivos com meus pacientes não têm um valor significativo neste contexto	7,00	6,59	7,00	6,50	7,00
Considero que perguntar ao paciente sobre o que está acontecendo na sua vida é um fator sem importância para entender suas queixas físicas	7,00	5,66	7,00	6,33	5,50
Tento compreender o que está passando pela mente de meus pacientes, prestando atenção a sua comuncação não verbal e linguagem corporal	5,50	6,19	7,00	6,33	4,75
Acredito que a emoção não tem lugar no tratamento das doenças médicas	7,00	6,34	7,00	6,67	6,25
Empatia é uma habilidade sem a qual o sucesso do tratamento é limitado	7,00	5,91	7,00	5,33	5,50
Um componente importante da minha relação com meus pacientes é a compreensão do seu estado emocional, bem como o da sua família	6,50	6,66	7,00	5,50	5,75
Tento pensar como meus pacientes para poder prestar-lhes uma assistência melhor	6,00	5,91	6,50	6,00	4,50
Não me permito ser influenciado pelas intensas relações sentimentais que ocorrem entre meus pacientes e suas famílias*	3,50	4,75	6,50	4,83	4,75

Não gosto de ler literatura não-médica ou de arte	7,00	5,63	7,00	5,33	6,00
Creio que a empatia é um fator erapêutico no tratamento médico ou cirúrgico	7,00	6,34	7,00	5,67	5,00
Empatia Escore Total *	128,50	120,97	134,00	120,50	111,75

* Devido a baixa freqüência em alguns horários, foi possível testar para diferenças entre as jornada

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo