

A HABILIDADE EMPÁTICA É SOCIALMENTE APRENDIDA: UM ESTUDO EXPERIMENTAL COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

THE EMPATHIC SKILL IS SOCIALLY LEARNED: AN EXPERIMENTAL STUDY WITH NURSING UNDERGRADUATE STUDENTS

LA CAPACIDAD EMPÁTICA SE APRENDE SOCIALMENTE: UN ESTUDIO EXPERIMENTAL CON ESTUDIANTES DE PREGRADO DE ENFERMERÍA

Celia Caldeira Fonseca Kestenberg¹

RESUMO: O estudo teve por objetivo avaliar um programa de promoção da empatia para graduandos de enfermagem, que foi construído e testado de acordo com o modelo experimental. Participaram 17 estudantes em 16 encontros de treinamento em grupo, com três horas de duração cada, enquanto 16 estudantes compuseram o grupo de controle. A concepção de empatia adotada seguiu perspectiva multidimensional que envolve a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental. Participantes dos dois grupos foram avaliados antes da intervenção, imediatamente após e com *follow-up* de 30-40 dias. Componentes cognitivos e afetivos da empatia foram avaliados através de Inventário de Empatia. Para avaliação do comportamento empático verbal utilizou-se o desempenho de papéis. São resultados: todos os valores dos testes de significância, $p < 0,05$, foram significativos, com valores médios mais elevados no grupo experimental. Conclui-se que o programa foi eficaz ao ampliar significativamente aspectos cognitivos e afetivos da empatia bem como a verbalização empática.

Palavras-chave: Empatia; habilidade social; cuidado de enfermagem; avaliação do comportamento.

ABSTRACT: The study purpose was to assess a program of empathy promotion for Nursing undergraduate students, which was developed and tested according to the experimental model. 17 students took part in 16 meetings of group training, with three hours of duration each, whereas 16 students formed the control group. The conception of empathy adopted followed a multidimensional perspective that involves cognitive, affective and behavioral dimensions. Participants of both groups were assessed before the intervention, immediately after and within a 30-40 days follow-up. Cognitive and affective empathy components were assessed using an Empathy Inventory. Role-playing was used to assess the verbal empathic behavior. Results are: all the values of the significance tests, $p < 0,05$, were significant, with higher average values on the experimental group. It is concluded that the program was effective by substantially increasing cognitive and affective empathy aspects, as well as the empathic verbalizing.

Keywords: Empathy; social skills; nursing care; behavior evaluation.

RESUMEN: El objetivo del estudio fue evaluar un programa para promover la empatía de los estudiantes de pregrado de enfermería, que fue construido y probado de acuerdo con el modelo experimental. Participaron 17 estudiantes en 16 encuentros de capacitación en grupo, con tres horas de duración cada uno, mientras que 16 estudiantes compusieron el grupo de control. El concepto de empatía adoptado siguió perspectiva multidimensional que implica la dimensión cognitiva, afectiva y conductual. Los participantes en ambos los grupos fueron evaluados antes de la intervención, inmediatamente después y con *follow-up* de 30-40 días. Componentes cognitivos y afectivos de la empatía se evaluaron mediante el Inventario de la Empatía. Para evaluar el comportamiento empático verbal se utilizó el desarrollo de roles. Los resultados son: todos los valores de las pruebas de significación, $p < 0,05$, fueron significativas, con valores medios más elevados en el grupo experimental.

Palabras clave: Empatía; capacidad social; cuidado de enfermería; evaluación del comportamiento.

INTRODUÇÃO

A empatia é uma habilidade socialmente aprendida, essencial para a construção e manutenção de vínculos afetivos. Embora pareça existir um consenso sobre a importância da empatia na relação enfermeiro-paciente,

algumas lacunas são identificadas nos estudos de enfermagem no que diz respeito à capacitação dos profissionais para desenvolver o comportamento empático e incluem: como se aprende a escuta ativa e acolhedora? Como

¹Enfermeira. Psicóloga. Doutora em Psicologia Social. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora do Programa de Extensão Saberes e Práticas Criativas em Saúde. Membro do Grupo Relações Interpessoais da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: celiaprofuerj@gmail.com

se aprende a se sensibilizar diante da dor do paciente e demonstrar validação do seu estado interno? Como se aprende a lidar empaticamente em situações de interação com o paciente onde haja conflito de interesses? Estudos de enfermagem revisados¹⁻⁷ mostram a preocupação de pesquisadores em pautar habilidades empáticas como essenciais no cuidado de enfermagem. Foi evidenciada nestes estudos uma predominância do conceito de empatia na perspectiva emocional/afetiva, mas diferentes pesquisadores da psicologia⁸⁻¹¹ têm considerado a empatia um fenômeno complexo e a definem como uma habilidade social multidimensional que envolve componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Acrescentam que não há um grau de relevância entre os três, posto que a integração dos mesmos que define o comportamento empático.

A infância¹²⁻¹⁴ é o momento decisivo para o desenvolvimento das habilidades sociais empáticas, embora ao longo da vida novas oportunidades para seu desenvolvimento possam ocorrer, incluindo a aprendizagem formal/sistematizada^{11,13,15-17} que tem se mostrado bastante adequada por trazer benefícios tanto no âmbito individual e no coletivo. Ressalta-se a importância dos programas de capacitação para ampliar o número de pessoas a se beneficiarem, já que os mais habilidosos socialmente costumam ter mais facilidade de lidar com uma diversidade de relacionamentos em todas as esferas sociais. A partir deste contexto, pensando a empatia como uma habilidade socialmente aprendida e fundamental para a enfermagem, o objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia de um programa de promoção da empatia para graduandos de enfermagem.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O tema empatia tem despertado o interesse de pesquisadores de diferentes áreas, tornando-se um campo de estudo multidisciplinar, abrangendo as áreas evolutiva, social, da personalidade e clínica¹⁸. Mais recentemente, ela também tem sido explicada na área de neurociências^{9,19,20}. É possível compreender a capacidade de se empatizar a partir do entendimento da existência de mecanismos neurais que permitem ao homem sentir emoções. É a ativação de um circuito nervoso do tipo *como se*, isto é, um circuito de simulação das modificações corporais induzidas pela experiência das emoções por meio da ativação dos mapas sensoriais. De acordo com a biologia e a psicologia evolucionista, a capacidade para experimentar empatia desenvolveu-se como um recurso de sobrevivência e de perpetuação dos genes. Assim, os seres humanos, bem como várias espécies, já nascem biologicamente predispostos a experimentar contágio ao testemunhar o mal estar dos outros. Por outro lado, essa predisposição não poderá se desenvolver sem aprendizagem, a partir da interação social e vínculos emocionais²⁰. No campo da psicoterapia, a concepção rogersiana é apontada como a mais relevante sobre o tema, e grande foi sua contribuição também para a educação^{7-10,18}.

Neste estudo, a empatia é compreendida como uma habilidade de interação social e se constitui em um fenômeno multidimensional que engloba componentes

cognitivos, afetivos e comportamentais^{8,11,21}. O cognitivo é concebido pela adoção de perspectiva do outro, isto é, a capacidade de interpretar e compreender os sentimentos e pensamentos de alguém. O reconhecimento das emoções constitui um dos requisitos cognitivos da empatia. A flexibilidade interpessoal se constitui em outro aspecto importante no processo cognitivo que se traduz pela elevada capacidade em aceitar perspectivas, crenças e valores muito diferentes, além de tolerância à frustração provocada pela atitude do interlocutor. O componente afetivo da empatia expressa uma tendência a experimentar sinais de simpatia e de compaixão pelos outros, além de preocupação genuína com o bem-estar do outro. O componente comportamental da empatia caracteriza-se por comunicar, de forma verbal e não verbal, um reconhecimento explícito dos sentimentos e da perspectiva da outra pessoa, de tal maneira que ela se sinta realmente compreendida.

A empatia, nesta perspectiva multidimensional, envolve duas etapas distintas: a primeira, nomeada de compreensão empática, consiste na tentativa de compreender os sentimentos e perspectivas do outro, através de comportamentos que demonstrem atenção e escuta empáticas; a segunda etapa, expressão empática, compreende a verbalização empática focalizando nos sentimentos e na perspectiva do outro^{15,22}.

Método

O programa foi conduzido ao longo de um estudo com dois grupos tipificados, sob delineamento experimental (grupos experimental e de controle), do qual participaram 33 estudantes do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública do Rio de Janeiro. Os 17 estudantes do grupo experimental e os 16 do grupo controle foram avaliados antes da intervenção, imediatamente após e com *follow-up* de 30-40 dias. O Programa de Promoção de Empatia foi realizado em 16 encontros semanais com duração média de três horas cada.

Os componentes cognitivos e afetivos da empatia foram avaliados através de um Inventário de Empatia²³ que corresponde a uma medida do tipo autoinforme construída e validada no contexto brasileiro, que pretende medir a habilidade empática de indivíduos adultos. As respostas às perguntas são do tipo Likert, com cinco opções, variando desde nunca até sempre tendo 23 de forma direta e 17 de forma reversa.

Os 40 itens da escala foram agrupados em quatro fatores: tomada de perspectiva (TP): capacidade de entender a perspectiva e sentimentos da outra pessoa, principalmente em situações nas quais ocorre conflito de interesses. Flexibilidade interpessoal (FI), elevada capacidade em aceitar perspectivas, crenças e valores muito diferentes, além de tolerância à frustração provocada pela atitude do interlocutor. Altruísmo (AL), capacidade de sacrificar temporariamente as próprias necessidades, em benefício de outra pessoa, em prol do seu bem-estar. Sensibilidade afetiva (SA) é a tendência a experimentar sentimentos de compaixão e de interesse pelo estado emocional do outro. Os dois primeiros correspondem à dimensão cognitiva e os dois últimos à dimensão afetiva da empatia.

A capacidade de verbalizar empaticamente foi avaliada através do Instrumento de Avaliação do Comportamento Empático Verbal (IACEV)²³, criado para este estudo. Tem por objetivo avaliar o comportamento empático verbal a partir do desempenho de papéis. São seis situações para respostas empáticas, sendo três de ajuda sem conflito de interesses (as de número 3, 5 e 6) e três de ajuda com conflito de interesses (1, 2 e 4). As respostas estão categorizadas de 1 a 5 numa Escala Likert – desde resposta totalmente inadequada a totalmente empática. Os escores individuais totais podem variar de 6 a 30. Os escores individuais para cada situação podem variar de 1 a 5, sendo o ponto de corte para a avaliação do comportamento empático verbal, o escore 4.

Os procedimentos utilizados objetivaram intensificar nos participantes a capacidade de: identificar sinais emocionais não verbais no comportamento do outro; ouvir e compreender a perspectiva e os sentimentos do outro, sem julgar; demonstrar comportamento empático através da comunicação não verbal; verbalizar empaticamente o entendimento dos sentimentos e da perspectiva do outro.

Dos 16 encontros, oito foram necessários para treinar a primeira etapa da empatia, a compreensão empática. As vivências tiveram como foco desenvolver a capacidade de: identificar emoções e sinais não verbais na comunicação entre as pessoas; ouvir e compreender sensivelmente o que está sendo comunicado; ouvir e compreender empaticamente em situações onde alguém expresse necessidade de ajuda sem conflito de interesses e em situações onde há conflito de interesses. Para a segunda etapa da empatia, expressão empática, foram destinados seis encontros nos quais as vivências focalizaram a capacidade de: desempenhar o comportamento empático verbal em situações de ajuda sem conflito de interesses, em situação de jogos de papéis; desempenhar o comportamento empático verbal com *um paciente* que expresse necessidade de ajuda sem conflito de interesses, em situação de jogo de papéis; desempenhar o comportamento empático verbal com *um paciente* que expresse necessidade de ajuda com conflito de interesses, em situação de jogo de papéis.

O primeiro encontro teve como propósito: facilitar a integração entre os membros do grupo através de uma vivência envolvendo acolhimento, escolha, afeto positivo; fornecer uma visão geral sobre a conceituação de empatia multidimensional e sua importância para a enfermagem; definir o contrato de convivência do grupo onde foi ressaltada a importância da frequência, pontualidade, participação especificando o que se espera de cada membro para o adequado funcionamento do grupo e explicitadas as questões éticas.

Os demais encontros seguiram basicamente o mesmo formato, ou seja, cada encontro foi estruturado em seis etapas, a seguir especificadas:

- Relaxamento dos participantes que consiste no emprego de técnicas de relaxamento objetivando reduzir o grau de ansiedade que os participantes podem experimentar em situações interpessoais e também redu-

ção do estresse. Feitas adaptações de dois métodos: relaxamento progressivo de Jacobson²⁴, que consiste no relaxamento progressivo através de exercícios de tensão e relaxamento de grupamentos musculares para conseguir o relaxamento completo do indivíduo; método treinamento autôgeno de Schultz²⁵, que compreende a indução da pessoa a uma situação de tranquilidade psíquica através da respiração, redução de estímulos externos, concentração voluntária e consciente em direção a funções sensoriais atingindo o relaxamento.

- Comentários sobre a prática das habilidades: de modo geral, cada sessão começa e termina com uma discussão sobre a atividade de casa, o que é fundamental para o êxito da aprendizagem, pois o que acontece no cotidiano do participante, a partir dos exercícios realizados, se constitui em material para os ensaios no grupo.
- Exposição dialogada de forma interativa, que é a exposição do tema relacionado à habilidade a ser exercitada. Cada participante expressa a visão sincrética do assunto seguida de discussão, a partir da literatura e sistematização do conhecimento pela coordenação.
- Vivência refere-se a uma atividade estruturada de modo análogo ou simbólico às situações cotidianas, de interação social dos participantes, que mobiliza sensações, sentimentos, pensamentos e ações, com o objetivo de ampliar a consciência e a compreensão sobre um dado fenômeno/evento/situação (no caso, sobre a habilidade prevista).
- *Feedback* e sistematização do conhecimento consistem em proporcionar ao participante informação específica essencial para o desenvolvimento e melhora de uma habilidade, refere-se ao comportamento específico que está sendo treinado e não à pessoa. Pode-se utilizar a vídeo-gravação do desempenho de papéis para o *feedback*.
- Prática das habilidades no contexto relacional que consiste em exercitar a habilidade treinada em diferentes contextos interacionais. O incentivo à realização das atividades de casa é muito importante porque o participante estará praticando repetidamente as habilidades aprendidas, o que favorece o aperfeiçoamento e generalização das mesmas para a vida real.

Ao final de cada encontro, o participante recebia um texto sobre o tema discutido. O último encontro destinou-se ao fechamento do grupo e avaliação do Programa de Promoção da Empatia e confraternização do grupo com a participação da coordenação e colaboradores.

RESULTADOS

Foram utilizados para comparação entre os grupos, os testes paramétricos t de Student; para comparação entre os sujeitos (análise intra-grupo experimental e controle) a ANOVA; o teste de Bonferroni para comparação das médias aritméticas após aplicação da ANOVA; Teste Kappa para avaliar o grau de concordância dos escores de Avaliação Comportamental Empático Verbal, entre juízes. O nível de significância mínimo adotado foi de 5%.

Para a formação da linha de base, foi constatada a equivalência entre os dois grupos no que se refere ao grau de empatia e ao comportamento empático verbal, ou seja, todos os valores de $p > 0,05$. Quanto ao Inventário de Empatia, obteve-se o seguinte resultado: tomada de perspectiva $p=0,11$; flexibilidade interpessoal $p=0,38$; altruísmo, $p= 0,44$; sensibilidade afetiva, $p= 0,58$. A comparação entre os dois grupos com a segunda medida utilizada (IACEV), através dos escores totais nas seis situações de desempenho de papéis (S1, S2, S3, S4, S5 e S6), não apresenta significância estatística, valor de $p=0,85$.

Foi realizado o teste de hipótese da influência do programa sobre a variável grau de empatia, nos quatro fatores que compõem o Inventário de Empatia, logo após o término da capacitação. Todos os valores do teste t foram significativos, observando-se valores médios mais elevados no grupo experimental. Isto demonstra, portanto, rejeição da hipótese nula e comprovação da hipótese desta pesquisa, ou seja, o PPE teve efeito sobre os participantes, em todos os fatores como expõe a Tabela 1.

TABELA 1: Comparação dos fatores da empatia entre grupo experimental e controle, no pós-treinamento. Rio de Janeiro, 2009.

Fatores	Grupo	Média aritmética	Desvio padrão	Teste T	Valor de p
TP	Experimental	48,29	7,11	4,22	0,000
	Controle	38,94	5,45		
FI	Experimental	38,06	5,44	4,25	0,000
	Controle	29,88	5,60		
AL	Experimental	37,24	3,70	2,13	0,042
	Controle	33,88	5,29		
SA	Experimental	39,94	4,59	2,77	0,009
	Controle	35,69	4,21		

O teste de hipótese da influência do programa sobre a variável grau de empatia, nos quatro fatores que

compõem o inventário no *follow up* de 40 dias, constatou que a diferença entre o grupo experimental e o controle alcançou significância estatística. Todos os valores de t foram significativos com os valores médios mais elevados no Grupo Experimental ($p < 0,05$). Portanto, até o momento de avaliação no *follow-up*, as diferenças se mantinham, comprovando que não houve decréscimo na aprendizagem de empatia oferecida pelo programa, conforme a Tabela 2.

TABELA 2: Comparação dos fatores da empatia entre grupo experimental e controle, no *follow up*. Rio de Janeiro, 2009.

Fatores	Grupo	Média aritmética	Desvio padrão	Teste T	Valor de p
TP	Experimental	48,06	6,38	4,62	0,00
	Controle	38,56	5,14		
FI	Experimental	37,24	7,17	2,55	0,016
	Controle	31,25	6,22		
AL	Experimental	37,71	4,28	3,57	0,001
	Controle	32,63	3,86		
SA	Experimental	38,82	4,56	2,46	0,02
	Controle	35,06	4,22		

Foi testada a influência do PPE sobre o comportamento empático verbal dos estudantes como mostra o Figura1. Observa-se a diferença entre o grupo experimental e o grupo de controle referente à mudança de comportamento empático verbal nas três fases da pesquisa. Enquanto o grupo experimental sofreu evidentemente a influência do PPE, o grupo de controle mostrou apenas uma leve melhora não significativa ao longo das fases, mais especificamente no *follow-up* provavelmente devido ao fator testagem, além de maturação e história neste tipo de delimitamento experimental²⁶.

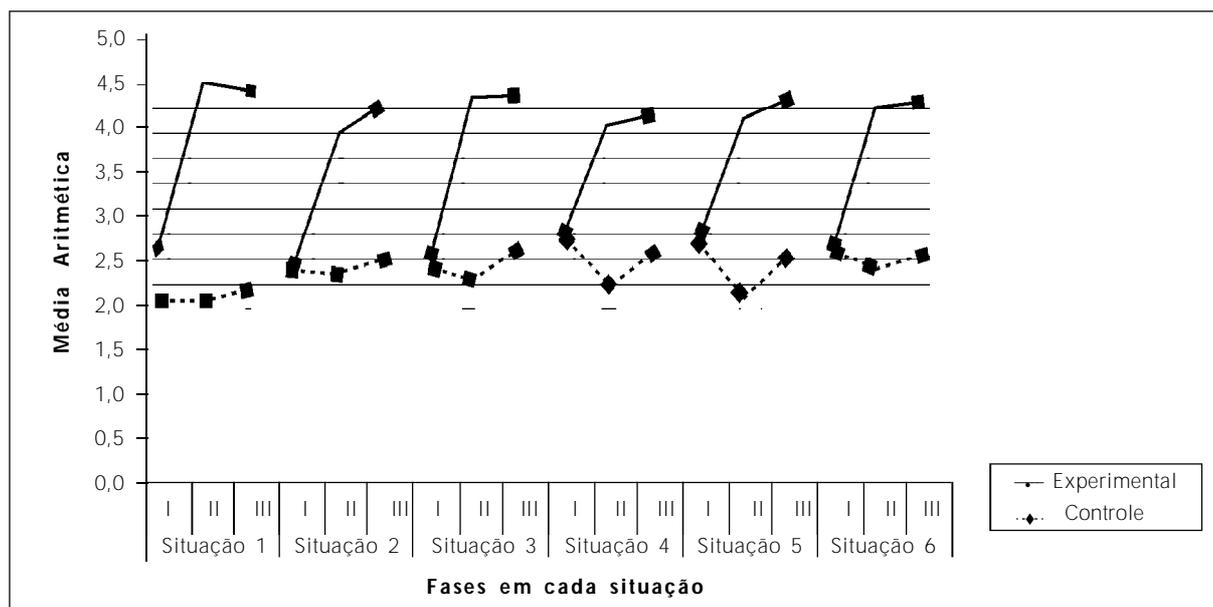


FIGURA 1: Avaliação da influência do programa sobre o comportamento empático verbal, através das seis situações de desempenho de papéis intragrupo experimental e de controle, nas três fases do estudo. Rio de Janeiro, 2009.

DISCUSSÃO

Nos estudos de enfermagem que abordam o cuidado, observa-se que o tema empatia está sempre presente. No entanto, tem se constituído como um desafio do ponto de vista da prática, ou seja, da materialização do comportamento empático no cotidiano das instituições de saúde. Muito provavelmente porque seja considerada, via de regra, como um atributo pessoal. Assim, o reduzido repertório da habilidade pode não ser percebido e quando evidenciado, não se tem o hábito de capacitar de forma sistemática os profissionais, nas habilidades de interação humana.

Os resultados deste estudo mostram a ampliação de componentes afetivos, cognitivos e comportamentais da empatia nos graduandos de enfermagem, o que reforça estudos anteriores^{11,13,15,16,17,27-29}, quando confirmam o aumento de tais habilidades, através de programas de capacitação. A capacidade de prestar atenção e ouvir sensivelmente o outro, sem julgar, deixando de lado por alguns instantes as próprias crenças, é o primeiro passo para a genuína compreensão. As habilidades de tomar a perspectiva de alguém (cognitivo) permitem superar o egocentrismo, guiando os nossos comportamentos em direção às expectativas do outro, facilitando a ajuda e o cuidado²¹. A tomada de perspectiva torna o ser humano mais capaz de olhar o mundo, através dos olhos do outro, mas também de experimentar sentimentos semelhantes aos da outra pessoa. Contribuições das neurociências ressaltam que a tomada de perspectiva produz ativação em partes específicas do córtex pré-frontal implicadas nas funções executivas, principalmente relacionadas ao controle inibitório. Além disso, os lobos frontais podem servir para separar ambas as perspectivas, ajudando o indivíduo a resistir à interferência da própria perspectiva ao tomar a perspectiva do outro²⁰.

A capacidade para representar e relatar os próprios estados mentais (autoconsciência) é o que permitirá o conhecimento inferencial do estado mental dos outros (consciência do outro)²⁰. A consciência dos próprios sentimentos e a habilidade para regular conscientemente as emoções é o que irá permitir ao indivíduo desconectar as respostas empáticas dirigidas aos outros de sua própria angústia pessoal. Assim, a empatia requer um mínimo de distinção entre o eu e o outro, sendo tal distinção demonstrada experimentalmente em estudos recentes, tanto em níveis neurais quanto comportamentais^{21,23}. Se o enfermeiro não consegue regular as próprias emoções no contato com o paciente, torna-se difícil ativar um comportamento de ajuda, pois experimentando a angústia o profissional foca a experiência em si mesmo o que dificulta prestar atenção, ouvir e compreender as razões do paciente e isto pode provocar consequências no cuidado de enfermagem.

Então, é de fundamental importância diferenciar o componente afetivo da empatia, caracterizado por sentimentos de preocupação, de compaixão, de simpatia e de

interesse pela angústia de alguém, levando a comportamentos de ajuda dirigidos à outra pessoa, da angústia pessoal, a qual é identificada por uma reação emocional aversiva e autocentrada, disparada pela percepção de angústia em outra pessoa, que leva o indivíduo a distanciar-se física ou emocionalmente^{10,11,15}. Alguns profissionais de enfermagem diante da dor do paciente se identificam com os mesmos, o que pode lhes causar sofrimento emocional, enquanto outros se afastam da situação como mecanismo de autopreservação, mas em ambos os casos há uma probabilidade de comprometer a efetividade do cuidado de enfermagem^{23,30-32}. É possível pensar que um dos grandes desafios da enfermagem é ter a capacidade de se compadecer, se sensibilizar diante da dor do paciente contando com recursos cognitivos que permitam a gestão afetiva e uma prática de cuidado profissional, efetiva.

Na avaliação de desempenho de papéis em situações de ajuda com e sem conflito de interesses, foi evidenciado que os estudantes foram capazes de verbalizar empaticamente nas seis situações, o que aponta para uma questão muito significativa no treinamento: a acurácia empática. Somente através da expressão empática é que se pode afirmar sobre a capacidade de alguém ter compreendido os pensamentos e sentimentos do outro¹⁵. Importante ressaltar que os estudantes ampliaram sua capacidade de verbalizar empaticamente diante de situações de pacientes que envolviam sentimentos de hostilidade, de raiva, de tristeza profunda, onde havia conflito de interesses. Pelo grau de dificuldade dessas situações, os estudantes precisaram de um esforço maior para regular as emoções que naturalmente são evocadas em situações desta natureza, como foi visto nas respostas emitidas antes da intervenção^{23,32}.

De fato não é fácil se colocar no lugar do paciente, porque se corre o risco de ser arrebatado por suas emoções e são muitos encontros dessa natureza no cotidiano profissional. É necessária a compreensão mais apurada do processo empático para poder se colocar no lugar do outro de forma segura. O enfermeiro precisa ser capaz de discriminar o que é seu e o que é do paciente, ser sensível e flexível o suficiente para deixar suas perspectivas temporariamente de lado para adotar e validar o ponto de vista do paciente. Validar e aceitar o outro, não é o mesmo que concordar com o outro e este entendimento, por vezes, não é claro, o que interfere na atitude compreensiva e nas ações de cuidar²³.

Se um paciente se nega a receber um cuidado, no entanto necessita do mesmo, então o profissional estará diante de uma situação de ajuda envolvendo conflito de interesses. Isto vai demandar um esforço por parte do profissional para compreender as razões do paciente, sem julgar como certo ou errado e verbalizar esta compreensão de tal maneira que ele se sinta entendido, daí o seu nível de ansiedade reduz e então, o profissional estará abrindo caminhos, canal de escuta para a negociação com o paciente.

Quando o paciente pode expressar seus sentimentos mais profundos e, o enfermeiro os retorna de modo clarificado, o resultado é um senso assegurado de ser entendido e um sentimento de compartilhar a humanidade com alguém que tem a capacidade de compreender²³.

A empatia parece ser uma tecnologia para ajudar o enfermeiro a cuidar do paciente, mas também a cuidar de si porque a redução do afeto negativo favorece a proximidade, o fortalecimento de vínculos, a construção da relação terapêutica, o senso de dever cumprido. A empatia é uma via de mão dupla, o paciente ao se sentir compreendido no seu sofrimento, acolhido e cuidado, pode experimentar e demonstrar uma sensação de conforto e bem estar, o que favorece despertar no enfermeiro esta mesma vivência porque ambos entram em uma fina sintonia.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos na avaliação do Programa de Promoção da Empatia são coerentes com os estudos que fundamentam esta pesquisa. Comprovou-se a hipótese - o PPE teve efeito positivo sobre as dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais dos participantes.

A empatia como uma habilidade de interação social pode ser aprendida formalmente desde que haja uma criteriosa sistematização quanto ao formato do treinamento e os instrumentos de avaliação, e também é importante ter a clareza conceitual sobre a habilidade e os elementos constitutivos que se deseja treinar.

Considerando que a empatia é a habilidade social que ajuda na construção e manutenção de vínculos e redução de conflitos, ela é seguramente desejável e necessária aos profissionais de enfermagem, porque é uma das profissões que mais lida com o sofrimento humano - ainda que não haja cura, sempre haverá a presença do cuidado. Sugere-se a implementação de um programa de promoção da empatia nos cursos de formação de profissionais de enfermagem e nos serviços de treinamento e avaliação das instituições de saúde. O cuidado é um ato humano e se impõe como um valor, então o comportamento empático é um dever ético e moral dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Macêdo SM, Sena MCS, Miranda KCL. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66:196-201.
2. Beck CLC, Lisboa RL, Tavares JP, Silva RM, Prestes FC. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30:54-61.
3. Sulzbacher M, Reck AV, StummEMF, Hildebrandt LM. O enfermeiro em unidade de tratamento intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. *Scientia Medica*. 2009; 19:11-6.
4. Oliveira AML, Guirardello EBE. Satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev esc enferm USP*. 2006; 40:71-7.
5. Carvalho MVB, Merighi MAB. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13:951-9.
6. Benincá CR, Fernandez M, Grumann C. Cuidado e morte do idoso no hospital: vivência da equipe de enfermagem. *Rev Bras de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2005; 2:17-29.
7. Takaki MH, Sant'Ana DMG. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enferm*. 2004; 9:78-83.
8. Wall FBM. A era da empatia: lições da natureza para uma sociedade mais gentil. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
9. Preston SD, Wall FBM. Empathy: its ultimate and proximate bases. *Behavior and Brain Sciences*. 2002; 25:1-72.
10. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983; 44:113-26.
11. Del Prette A, Del Prette ZAP. Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo. São Paulo: Vozes; 2009.
12. Caballo VE. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Santos; 2006.
13. Batson CD, Fultz J, Schoenrade PA. Las reacciones emocionales de los adultos ante el mal estar ajeno. In: Eisenberg N, Strayer J, organizadores. *La empatía y su desarrollo*. Bilbao (Es): Desclée de Brower; 1992. p.181-204.
14. Falcone EMO. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
15. Ickes W, Marangoni C, Garcia S. Studying empathic accuracy in a clinically relevant context. In: Ickes W, organizer. *Empathic accuracy*. New York: The Guilford Press; 2009. p.282-310.
16. Yu J, Kirk M. Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 64:440-54.
17. Kruijver JPM, Kerkstra A, Francke AL, Bensing JM, Van de Wiel HBM. Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*. 2000; 39:129-45.
18. Eisenberg N, Murphy BC, Shepard S. The development of empathic accuracy. In: Ickes W, editor. *Empathic accuracy*. New York: The Guilford Press; 2009. p.73-116.
19. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev*. 2004; 3:71-100.
20. Decety J, Lamm C. Empathy versus personal distress: Recent evidence from social neuroscience. In: Decety J, Ickes W organizers. *The social neuroscience of empathy*. Massachusetts (USA): A Bradford Book; 2009. p.199-213.
21. Falcone EMO. Empatia: a sabedoria do vínculo afetivo e das relações sociais. In: *Anais do 2º Seminário Internacional de Habilidades Sociais*; 2009 jun 3-5; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009. p.5-14.
22. Falcone EMO, Ferreira MC, Luz RCM, Fernandes CS, Faria CA, D'Augustin JF, et al. Inventário de empatia (IE):

- desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Rev Aval Psicológica*. 2008; 7:321-34.
23. Kestenberg CCF. Avaliação de um programa de desenvolvimento da empatia para graduandos de enfermagem [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
 24. Jacobson E. *Relax: como vencer as tensões*. Tradução de Heloysa de Lima Dantas. São Paulo: Cultrix; 1981.
 25. Schultz J H. *Auto-relaxação concentrativa, exposição clínico-prática*. São Paulo: Mestre Jou; 1967.
 26. Campbell DT, Stanley JC. *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU; 1979.
 27. Reynolds W, Scott PA, Austin W. Nursing, empathy and perception of the moral. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32:235-42.
 28. Garcia-Vera MP, Sanz J, Gil F. Entrenamientos em habilidades sociais. In: Gil F, Rubio JML organizadores. *Habilidades sociais: teoria, investigación e intervención*. Madrid (Es): Editorial Sintesis; 1998.
 29. Nichols MP. *The lost art of listening*. New York: Guilford Press; 2009.
 30. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC, Santos CCE. Entre sofrimento e prazer: vulnerabilidade para enfermeiros nas relações interpessoais com pacientes com HIV/AIDS. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21:9-15.
 31. Pimentel MRAR, David HMSL. Formação crítica de enfermeiros: repercussões na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21:247-53.
 32. Kestenberg CCF, Falcone EMO. Empatia em enfermeiros: a importância da tomada de perspectiva na redução da angústia pessoal. In: Falcone EMO, Oliva AD, Figueiredo C, organizadores. *Produções em terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012; p.536-48.