


Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia*


Roberta Maria Savieto¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2680-9206>


Stewart Mercer²

 <https://orcid.org/0000-0002-1703-3664>

Carolina Carvalho Pereira Matos³

 <https://orcid.org/0000-0001-9496-0747>

Eliseth Ribeiro Leão⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0352-0549>

Objetivo: este estudo adaptou e validou a escala *Consultation and Relational Empathy Measure* (versão brasileira) para avaliação da empatia por enfermeiros; avaliou a concordância entre empatia autorreferida pelos enfermeiros e a percebida pelos pacientes e correlacionou autocompaixão com empatia autorreferida dos enfermeiros e percebida pelos pacientes. Método: sete juízes validaram a adaptação da escala citada para a *Consultation and Relational Empathy Measure Nurses* (versão brasileira) com anuência do autor da escala original. Uma amostra de quinze enfermeiros e 93 pacientes do Serviço de Emergência de um hospital privado filantrópico, foram avaliados utilizando a *Consultation and Relational Empathy Measure Nurses* (versão brasileira) e a Escala de Autocompaixão (versão brasileira). Resultados: as propriedades psicométricas da *Consultation and Relational Empathy Measure Nurses* (versão brasileira) demonstraram consistência interna adequada (*alfa de Cronbach de 0,799*). A empatia na visão dos pacientes foi mais bem avaliada do que a autorreferida pelos enfermeiros ($p < 0,001$). Enfermeiros mais autocompassivos apresentaram maiores escores de empatia ($p = 0,002$). Conclusão: os resultados deste estudo confirmaram a adequação das propriedades psicométricas da *Consultation and Relational Empathy Measure Nurses* (versão brasileira), o que permite a comparação da empatia com a escala para pacientes a partir dos mesmos parâmetros de avaliação. A autocompaixão influenciou a empatia autorreferida pelos enfermeiros.

Descritores: Empatia; Serviço Hospitalar de Emergência; Triagem; Enfermagem; Enfermagem em Emergência; Psicometria.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Nurses performing triage in Emergency Services: self-compassion and empathy", apresentada à Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.





¹ Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

² University of Glasgow, Institute for Health and Wellbeing, Glasgow, Escócia.

³ Universidade de São Paulo, Escola Politécnica, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Hospital Israelita Albert Einstein, Research Institute, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Savieto RM, Mercer S, Matos CCP, Leão ER. Nurses in the triage of the emergency department: self-compassion and empathy. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3151. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3049.3151>. mês dia ano

URL

Introdução

A experiência dos pacientes nos serviços de saúde sobre os cuidados que recebem dos profissionais de saúde é muito relevante para a avaliação e desenvolvimento desses serviços⁽¹⁾. A atenção a esses relatos e impressões é essencial para a criação de um sistema de saúde centrado no paciente, com ênfase na qualidade e reforçado por estudos e políticas públicas⁽²⁾. Portanto, o significado da atenção e a percepção da assistência qualificada para os pacientes no pronto-socorro são influenciados pela qualidade das relações interpessoais, pela empatia, pelos profissionais abertos à fala e à escuta e pela validação das informações que fornecem⁽³⁻⁴⁾.

Além disso, há uma discrepância entre o que os enfermeiros de emergência consideram importante, que é a disposição absoluta no tratamento de distúrbios fisiológicos, e o que os pacientes e seus familiares consideram fundamental, que são as habilidades de comunicação, pensamento crítico e sensibilidade⁽⁵⁾. Nesse sentido, a literatura tem destacado a essencialidade do trabalho do enfermeiro no serviço de emergência, uma vez que proporciona atendimento médico de qualidade, diferenciando-o dos outros profissionais, dado que possui capacidade técnica combinada com habilidades interpessoais⁽⁵⁻⁶⁾. Consequentemente, os enfermeiros devem ter habilidades de comunicação para prestar a melhor assistência possível, gerenciar o cuidado e devem se relacionar com pessoas que desempenham vários papéis no local de trabalho, bem como com os pacientes.

A empatia surge como uma estratégia para satisfazer essas demandas e reforçar as atribuições da enfermagem, o que faz com que o profissional tenha a sensação de realizar tarefas e também, uma maior satisfação do paciente e de sua família⁽⁷⁻¹¹⁾. Embora o conceito de empatia seja multifatorial, a capacidade do indivíduo de compreender os sentimentos de outra pessoa e mostrar essa compreensão para os outros constitui seu cerne⁽⁷⁻⁸⁾. Baseia-se em três pilares: cognitivo (capacidade intelectual de entender sentimentos), afetivo ou emocional (capacidade de colocar-se no lugar de outra pessoa, como na expressão inglesa "walk a mile in his moccasins") e comportamental (comportamento expressado a partir do entendimento da situação do outro)⁽¹²⁾.

Empatia e compaixão são características complementares fundamentais para o processo de cuidar em enfermagem. Enquanto a empatia promove a compreensão da situação do outro, a compaixão favorece a ação para aliviar o sofrimento produzido pela situação⁽¹³⁻¹⁴⁾. A autocompaixão está fortemente

relacionada à compaixão pelos outros. Portanto, com maior autocompaixão, o profissional pode estar conectado às necessidades do outro e se proteger da exaustão emocional causada por essa conexão empática⁽¹⁴⁾.

A discussão do conceito de autocompaixão é relativamente recente no ocidente. Começou a aparecer na literatura há menos de duas décadas e está de acordo com os princípios budistas. De acordo com essa referência, a autocompaixão compreende três componentes principais: o equilíbrio entre a bondade consigo e autocrítica, que está relacionada à nossa capacidade de ser mais gentil conosco sem passar por dolorosos autojulgamentos e ser mais gentil com nossas atitudes; senso de humanidade em relação ao isolamento, refere-se ao fato de que nos reconhecemos como humanos, portanto, propensos a erros, a nos colocar na mesma posição que qualquer outra pessoa, sem nos isolarmos com nossos erros e; a relação atenção total-fixação, que significa que a pessoa está consciente e focada no momento presente, nem ignora e nem revisa constantemente os problemas da vida⁽¹⁵⁾.

Estudos sobre empatia em serviços de emergência são escassos, assim como os instrumentos que avaliam esse parâmetro na díade enfermeiro-paciente. E até o presente estudo não foi localizada nenhuma escala específica para a autoavaliação da empatia dos enfermeiros congruente com a avaliação feita pelos pacientes, ou seja, tomando por base os mesmos parâmetros de avaliação. Alguns instrumentos avaliam a empatia somente na perspectiva dos pacientes⁽¹¹⁾, outros na perspectiva de médicos⁽¹⁶⁾, profissionais de saúde⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ e estudantes⁽¹⁷⁾. Os instrumentos que permitem ambas as avaliações são raros e existem poucas escalas disponíveis para uso no Brasil^(11,19).

A *Consultation and Relational Empathy (CARE Measure)* foi inicialmente concebida para permitir que os pacientes avaliassem a empatia dos médicos durante o atendimento⁽²⁰⁾ e depois estendida a outros profissionais de saúde. Foi traduzida e adaptada para a população brasileira, mostrando-se de fácil compreensão para os pacientes, sendo indicada para avaliar a empatia no contexto do serviço de saúde⁽¹¹⁾. A Escala de Autocompaixão foi criada em 2003, para avaliar autocompaixão⁽²¹⁾, sendo amplamente divulgada e utilizada em todo o mundo, e validada em diversos países, inclusive no Brasil⁽²²⁾.

Frente ao exposto, os objetivos deste estudo foram: adaptar a *CARE Measure* (versão brasileira) que avalia a empatia dos profissionais de saúde na ótica dos pacientes, para a *CARE Measure - Nurses* (versão brasileira), que avalia a empatia na perspectiva

dos enfermeiros nas mesma base de avaliação dos pacientes; avaliar a concordância entre a empatia autorreferida pelos enfermeiros e a percebida pelos pacientes atendidos no serviço de emergência e correlacionar autocompaixão com empatia autorreferida pelos enfermeiros e percebida pelos pacientes.

Método

Este estudo foi desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem, realizada em duas fases: 1) foi realizada a adaptação da *CARE Measure* (versão brasileira) para os enfermeiros e 2) a validação da *CARE Measure - Nurses* (versão brasileira). Os dados foram coletados em uma unidade de emergência de um hospital privado filantrópico com mais de 500 leitos na cidade de São Paulo, no período de outubro a novembro de 2015, atendendo a todos os critérios éticos estabelecidos pela instituição e legislação brasileira (Número CAAE 39441114.2.0000.0071).

Nesse serviço, o enfermeiro da triagem classifica os pacientes de acordo com o *Emergency Severity Index* (ESI), dependendo da gravidade e quantidade de recursos (exames, medicamentos) necessários ao seu tratamento, além da especialidade médica. O índice varia de 1 a 5, sendo 1 - o mais grave, que requer atenção imediata (como parada cardiorrespiratória); 2 - apresenta um grande risco, cujo atendimento é pautado em protocolos institucionais (acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e sepse); 3 - requer dois ou mais recursos para a investigação da condição clínica; 4 - atendimento de condições clínicas de baixa complexidade, que requer uma solução simples e um único recurso e 5 - quando os pacientes recebem avaliação médica e alta hospitalar diretamente do consultório⁽²³⁾.

Na Fase I, Stewart Mercer, autor da escala *CARE Measure* autorizou a utilização e as modificações propostas para a criação da *CARE Measure - Nurses* (versão brasileira). Foi solicitado também a autorização de utilização da *CARE Measure* (versão brasileira) traduzida e adaptada por José Antonio Baddini Martínez. O novo instrumento proposto, chamado *CARE Measure - Nurses* (versão brasileira), foi avaliado por um comitê de sete especialistas em comunicação e emergências para que pudéssemos validar o seu conteúdo⁽²⁴⁻²⁵⁾. Um questionário *on-line* foi disponibilizado para os juízes no Survey Monkey®, uma plataforma na qual eles deveriam concordar ou discordar da modificação proposta, justificar sua escolha e fazer uma sugestão.

Foram necessárias duas sessões de análise para que os especialistas chegassem a uma concordância

de 80%, conforme exigido na literatura nesse tipo de trabalho⁽²⁵⁻²⁶⁾, na segunda fase do estudo, para avaliar a consistência interna e a confiabilidade do instrumento, utilizou-se o teste alfa de Cronbach, para detectar se a escala era capaz de avaliar o que se propunha a medir em qualquer circunstância⁽²⁷⁾.

A coleta de dados foi conduzida com as seguintes populações-alvo: enfermeiros que trabalhavam no setor de triagem há pelo menos um ano, exceto os que trabalhavam em pediatria ou estavam afastados; pacientes atendidos por esses profissionais, com idade entre 18 e 65 anos, classificados nos níveis ESI 3, 4 e 5, com diagnósticos cardiovasculares, respiratórios, gastrintestinais, ginecológicos; pacientes particulares ou com seguro de saúde. Os critérios de exclusão foram: pacientes classificados na triagem como ESI 3, 4 ou 5 que evoluíram para 1 ou 2; aqueles com diagnósticos neurológicos (exceto enxaqueca) devido a possíveis alterações mentais e cognitivas; pacientes com déficit de comunicação ou qualquer outro transtorno que os impedisse de responder ao questionário; e estrangeiros.

Os enfermeiros responderam três instrumentos de coleta de dados: o questionário sociodemográfico, a *CARE Measure - Nurses* (versão brasileira) e a Escala de Autocompaixão (versão brasileira). Os pacientes responderam ao questionário sociodemográfico e a *CARE Measure* (versão brasileira).

A amostra, por conveniência, foi composta por 15 enfermeiros e 93 pacientes. Entretanto foi necessário estabelecer o número mínimo de quatro pacientes avaliados para cada enfermeiro para que pudéssemos adotar o modelo linear misto utilizado na análise estatística dos dados. Assim sendo, nove enfermeiros e 67 pacientes foram incluídos na análise dos dados para avaliar a concordância entre a empatia dos enfermeiros autorreferida e a percepção dos pacientes atendidos. Além disso, de acordo com as recomendações dos autores da *CARE Measure* original e traduzida^(11,20), os pacientes que escolheram "não se aplica" para mais de dois depoimentos foram excluídos.

Para análise dos dados, utilizaram-se os programas *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) e *Stata*, com nível de significância de 5%. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e percentuais, enquanto as variáveis numéricas foram descritas por média e desvio padrão (DP), medianas e intervalo interquartil (IIQ), além dos valores mínimo e máximo. A correlação entre os escores de autocompaixão dos enfermeiros e a empatia percebida pelos pacientes foi avaliada pelo coeficiente de correlação ponderado, enquanto a correlação entre empatia autorreferida pelos enfermeiros foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson.

Resultados

Na Fase I, a *CARE Measure* (versão brasileira) foi adaptada para a *CARE Measure – Nurses* (versão brasileira) (Figura 1). A escala mostrou propriedades psicométricas adequadas com *alfa de Cronbach de 0,799 (>0,70)*, o que demonstrou alta consistência interna⁽²⁸⁾.

Na Fase II, houve uma amostra de 15 enfermeiros, sendo 86,7% mulheres, com idade entre 25 e 43 anos, com média de 33,4 anos (*DP=5,2 anos*). O tempo de formação profissional variou de três a 10 anos (*DP=4,8 anos*) e a maioria deles se formou em instituições privadas (80,0%). Todos relataram ter cursado pelo menos um curso de pós-graduação. O tempo de trabalho no departamento de emergência da instituição variou de um a 13 anos, com uma média de cinco anos (*IIQ: 4 a 11 anos*).

A amostra de pacientes foi composta por 58,1% mulheres, com idade entre 18 e 64 anos, com média de 40,6 anos (*DP=10,2 anos*). Em relação ao nível escolar, 88,2% dos pacientes possuíam pelo menos um diploma universitário. Eles foram atendidos predominantemente

pela manhã (48,4%) e pela tarde (47,3%) e 72% dos pacientes foram classificados como 3 no ESI da triagem.

Na *CARE Measure*, os valores dos itens individuais são adicionados, resultando em escores finais entre 10 e 50⁽¹¹⁾. Na amostra de enfermeiros, os escores variaram entre 25 e 45, com média de 37,9 (*DP=5,2*), enquanto o escore de empatia percebido pelos pacientes variou de 18,8 a 50,0, com uma média de 42,4 (*DP=8,3*).

A Figura 2 mostra a dispersão entre os escores de empatia autodeclarados pelos nove enfermeiros e os percebidos pelos 67 pacientes atendidos. Cada tom de cinza representa um enfermeiro participante e a linha diagonal, os casos em que os escores do enfermeiro e do paciente eram idênticos.

A diferença entre a empatia autorreferida pelos enfermeiros e aquela percebida pelos pacientes foi significativa ($p<0,001$). Isso significa que a diferença entre a autopercepção da empatia dos enfermeiros e a do paciente que atendiam não aconteceu por acaso.

A média estimada dessa diferença é de 4,78, com intervalo de confiança entre 2,58 e 6,97, o que mostra que os pacientes avaliaram os enfermeiros como mais empáticos que os próprios profissionais se avaliavam.

Como sou profissionalmente em	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	Excelente	Não se aplica
1. Deixar o (a) paciente à vontade (ser gentil e amigável, tratar o(a) paciente com respeito; sem ser frio(a) ou ríspido(a)).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Deixar o (a) paciente contar sua história (dar tempo para o (a) paciente descrever sua doença completamente, com suas próprias palavras; sem o interromper ou distrair).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Realmente ouvir (prestar atenção no que o (a) paciente diz; sem ficar olhando nas anotações ou no computador enquanto ele (ela) fala).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estar interessado no (na) paciente como um todo (perguntando ou sabendo detalhes importantes da vida dele(dela), sua situação; sem lhe tratar "apenas como um número").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Entender plenamente as preocupações do (da) paciente (demonstrando que tinha entendido corretamente as preocupações dele(dela); não esquecendo ou desconsiderando nada).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mostrar cuidado e compaixão (demonstrando estar genuinamente preocupado, relacionando-se com o(a) paciente em um nível humano; não sendo indiferente ou insensível).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ser positivo (ter uma abordagem e uma atitude positivas; ser honesto(a), sem ser negativo(a) sobre os problemas do (da) paciente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Explicar coisas claramente (respondendo completamente às questões do(da) paciente, explicando claramente, dando informações adequadas para ele(ela); não sendo vago).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ajudar o (a) paciente a manter o controle (conversando sobre o que o(a) paciente pode fazer para melhorar a saúde; encorajando-o(a) ao invés de ficar "dando sermão").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Planejar junto com o(a) paciente o que será feito (conversar sobre as possibilidades, envolver o(a) paciente nas decisões na medida em que ele (ela) quer estar envolvido(a); não ignorar os seus pontos de vista).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

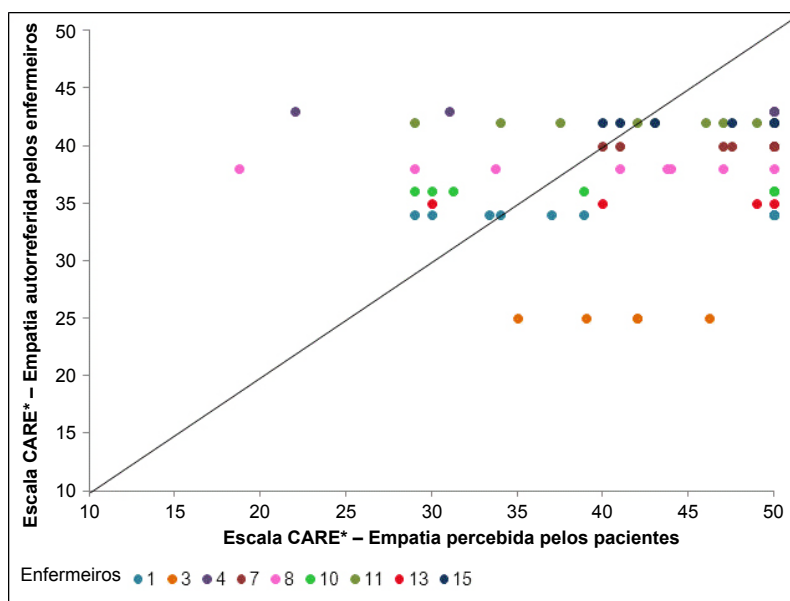
Figura 1 – *Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure – Nurses* (versão brasileira), 2016

A análise da resposta dos enfermeiros a cada afirmação da Escala de Autocompaixão (versão brasileira) mostra um bom resultado: *média de 3,51 (DP=0,48)* entre 0 e 5. No entanto, a avaliação de cada dimensão do instrumento mostrou poucas respostas compassivas.

O grau de correlação foi avaliado pelo coeficiente de correlação ponderada, corrigido pelas repetições entre os enfermeiros. Nenhuma evidência de correlação foi encontrada entre os escores de autocompaixão dos enfermeiros e a empatia percebida pelos pacientes ($r=0,38, p=0,309$).

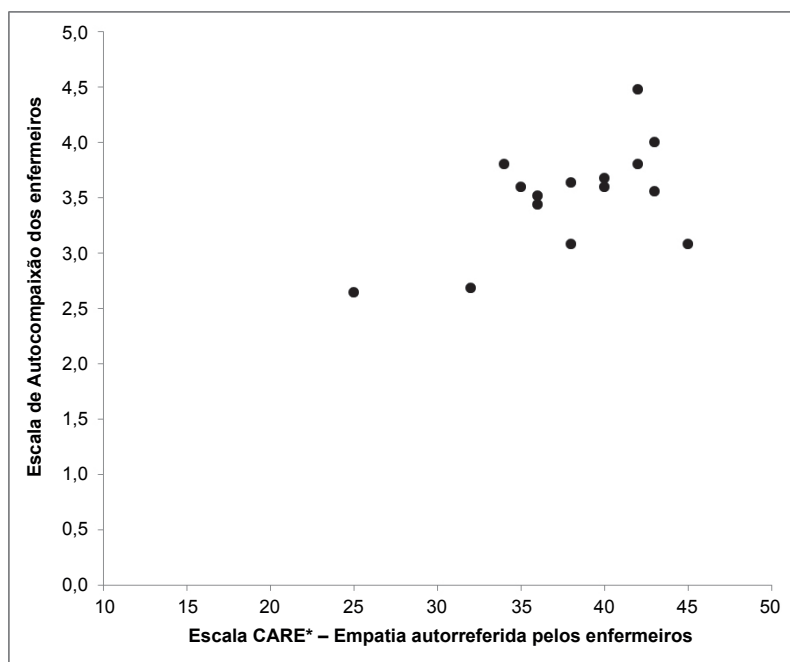
A correlação entre autocompaixão e empatia relatada pelos enfermeiros foi considerada para a amostra total de 15 profissionais, conforme apresentado na Figura 3.

Houve uma tendência segundo a qual os altos escores de empatia autodeclarados pelos enfermeiros foram associados a maiores pontuações de autocompaixão. O grau de correlação foi avaliado pelo coeficiente de correlação de Pearson, que mostrou forte correlação entre os escores de autocompaixão e empatia, visto que quanto mais próximo de um, maior a força de correlação entre as variáveis ($r=0,72; p=0,002$).



*CARE – Consultation and Relational Empathy.

Figura 2 - Índices de empatia relatados pelos enfermeiros e percebidos pelos pacientes, de acordo com a respectiva CARE Measure (versão brasileira). São Paulo, SP, Brasil, 2015



*CARE – Consultation and Relational Empathy.

Figura 3 - Escores da Escala de Autocompaixão (versão brasileira) e CARE Measure – Nurses (versão brasileira) de enfermeiros. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Discussão

Na Fase I, adotou-se uma medida pioneira, uma vez que não havia estudos que abordassem enfermeiros e seus pacientes e utilizassem uma escala adequadamente adaptada. Neste ponto, destaca-se a importância desta pesquisa, por possibilitar a comparação da empatia de enfermeiros e pacientes, baseada em um mesmo instrumento. Os autores da validação da escala *CARE Measure* no Brasil⁽¹¹⁾, não evidenciaram correlação entre os resultados da *CARE Measure* e outras duas escalas de autoavaliação de empatia: o *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) e o Inventário de Empatia (IE). Assim sendo, houve um estímulo significativo para o desenvolvimento de uma escala que pudesse avaliar e comparar, utilizando os mesmos parâmetros, a empatia autorreferida pelos enfermeiros e a percebida pelos pacientes, ressaltando que esse processo não havia sido realizado especificamente com enfermeiros.

Nossos achados indicaram diferenças estatisticamente significantes entre a empatia autorreferida e a percebida pelos pacientes, de modo que os enfermeiros foram considerados menos empáticos e que seus pacientes os avaliaram. Conclusões semelhantes são encontradas em estudo que, entre outros dados, concluiu que a especialidade médica denominada emergência é a com maior potencial de exaustão emocional, devido à gravidade dos pacientes e à alta demanda dos profissionais, o que se traduz em um menor nível de empatia e maior fadiga de compaixão dos profissionais⁽²⁹⁾. Logo, os dados sugerem que a autoavaliação parece estar relacionada à natureza da especialidade, e não à categoria profissional propriamente dita, mas trata-se de tema que merece ser aprofundado em futuros estudos

Além disso, os profissionais que atuam na unidade de emergência preferem tratar pacientes em estado grave ao invés dos menos críticos, que poderiam receber atendimento ambulatorial⁽⁵⁾, como no caso dos profissionais avaliados neste estudo. O menor escore de empatia autorreferida, portanto, poderia estar associado ao perfil dos pacientes que apresentam queixas menos graves e que não se enquadram no perfil de pacientes esperado pelos profissionais treinados na unidade de emergência estudada.

Por outro lado, o ensino de habilidades empáticas requer também uma discussão mais profunda, uma vez que já se sabe que a disponibilidade de conhecimento não necessariamente faz com que um indivíduo mude seu comportamento. Na área da saúde, também é possível fazer uma analogia com a prática da higienização das mãos que, apesar de ser considerada o melhor método para combater infecções, é o objetivo de campanhas e treinamentos frequentes em

virtude das técnicas inadequadas ou não execução⁽³⁰⁾. Atualmente, existem cursos e treinamentos em todo o mundo que visam oferecer conteúdo para qualquer pessoa (na área da saúde ou não) para que se torne mais empática, compassiva e capaz para mudar seus relacionamentos⁽³¹⁻³³⁾.

Revisão sistemática sobre a eficácia dos treinamentos de empatia mostrou, entre outros resultados, que a avaliação pós-intervenção mais longa durou seis meses e que o desempenho das medidas objetivas (como pontuações) de empatia mostrou um resultado melhor do que o autorrelato, reforçando a importância do desenvolvimento e implementação de instrumentos objetivos para avaliar habilidades subjetivas e a necessidade de que os treinamentos sempre incluam os pilares cognitivo, afetivo e comportamental⁽³⁴⁾, o que parece estar mais próximo da realidade dos profissionais que participaram desta investigação e dos resultados encontrados.

Alguns pesquisadores buscam demonstrar que é possível ensinar empatia e compaixão a qualquer ser humano, independentemente da faixa etária, devido à constante condição de plasticidade neuronal, desde que haja um contínuo estímulo socioemocional. Portanto, baseado em fatores genéticos, maturação cerebral e das experiências prévias de relacionamentos, é possível modular as habilidades de percepção empática, de acordo com intensidade, continuidade e frequência de desafios e simulações interpessoais⁽³⁵⁾. A fim de melhorar o comportamento compassivo dos estudantes de medicina, bem como dos outros profissionais de saúde, deve ser disponibilizada ampla oportunidade de realizar autoavaliação crítica. Além disso, seus professores devem ser modelos de ensino e assistência⁽³⁶⁾.

No entanto, ainda há controvérsias sobre como esse mecanismo funciona. Mesmo considerada apenas como traço de personalidade, no contexto do serviço de saúde, a empatia está impregnada de fatores alheios à pessoa, como os recursos sociais e organizacionais⁽³⁷⁾. Outros fatores ainda, podem influenciar a relação empática entre os indivíduos. Ao avaliar as ondas cerebrais, pesquisadores observaram que nosso comportamento empático depende de fatores externos, como grupos étnicos⁽³⁸⁾. Eles também descobriram que aqueles com maior nível de empatia podem perceber maior variedade de expressões faciais e, conseqüentemente, maior número de emoções dos outros⁽³⁹⁾.

Nesse contexto, há aqueles que defendem que uma possível abordagem para melhorar o comportamento empático seria investir em treinamento para a percepção de expressões faciais, uma vez que as emoções básicas (medo, surpresa, raiva, nojo, tristeza, desprezo e felicidade) constituem movimentos faciais universais

que não podem ser simulados⁽⁴⁰⁾. Entretanto, perceber a emoção do outro apenas pela expressão facial não garante um comportamento compassivo e empático, pois estaria relacionado ao pilar cognitivo da empatia, o que significa compreender a emoção do outro e aspectos comportamentais ainda seriam necessários para alcançar a empatia. O enfermeiro é o profissional reconhecido pelos pacientes de serviços de urgência/emergência como capaz de fornecer informações atualizadas, ouvir as suas preocupações e melhorar as relações interpessoais dos envolvidos no atendimento⁽⁴¹⁾. Os pacientes também valorizam a sensibilidade dos enfermeiros na unidade de emergência⁽⁵⁾. Neste caso, os resultados deste estudo parecem ser contrários aos achados da literatura, já que vários pacientes sugeriram nas suas respostas à CARE *Measure* que não reconheciam a necessidade de acompanhamento pelo enfermeiro. Algumas possibilidades podem explicar essa discrepância: maior autonomia psicossocial de pacientes que já têm condições socioeconômicas favoráveis ou mesmo a subvalorização dos enfermeiros, visto que esses pacientes consideram o médico como o único responsável pelo planejamento de seus cuidados, mesmo dentro de uma equipe⁽⁴²⁾.

Os criadores da CARE *Measure* reforçam a importância da escala na influência exercida pelo profissional no tratamento proposto aos pacientes. Seus elementos se baseiam no entendimento de que a empatia, no contexto clínico, implica na capacidade de compreender os sentimentos dos pacientes (aspecto cognitivo) para que se coloquem em seu lugar (aspecto afetivo/emocional) e demonstrar tal compreensão, de maneira a atuar de forma terapêutica (aspecto comportamental)⁽²⁰⁾. Consequentemente, as três primeiras assertivas da CARE *Measure – Nurses* (versão brasileira) não são apenas similares aos atributos necessários a uma convivência cotidiana cordial, mas também representam fatores fundamentais para o desenvolvimento do processo empático.

A análise das respostas dos enfermeiros à Escala de Autocompaixão (versão brasileira) mostrou que no primeiro conjunto de dimensões (senso de humanidade e isolamento) as dificuldades enfrentadas e os erros cometidos por esses profissionais podem gerar sentimento de frustração e, consequentemente, solidão e isolamento. No segundo conjunto de suas dimensões (bondade consigo e autocrítica), os profissionais podem ser gentis consigo mesmos, mas apresentam uma característica importante da autocrítica. Na última combinação de dimensões (*mindfulness* e fixação), as respostas mostraram que manter o foco nos problemas é uma questão controversa entre os profissionais, o que faz com que questionemos se eles realmente permitem-se sentir “para baixo”.

Assim sendo, o alto nível de exigência que os enfermeiros se impõem se destaca e pode estar relacionado ao isolamento no conjunto anterior de dimensões, pois aqueles que demandam demais de si mesmo e se criticam podem se sentir isolados quando algo não acontece como esperado⁽⁴³⁾. Portanto, há alguma inconsistência em nossos achados, pois, apesar de um escore final acima da média para avaliação de autocompaixão, ao avaliarmos o instrumento em cada dimensão, separadamente, podemos observar respostas realmente pouco autocompassivas.

Por isso, é preciso ter cautela ao associar o resultado da escala diretamente aos níveis de autocompaixão. Na literatura há recomendação de que as diferenças entre as afirmações positivas e as negativas, bem como a indicação dos resultados pelas subdimensões, sejam mais bem exploradas⁽⁴⁴⁾. Com base nessa recomendação e apesar dos resultados encontrados, devemos nos questionar se os enfermeiros realmente são autocompassivos. Considerando que esse é um tópico de interesse recente para os profissionais de saúde e a multidimensionalidade que envolve, parece ainda haver um longo caminho a percorrer antes de alcançar a precisão na avaliação da compaixão dentro das organizações de saúde.

Ouros estudos também indicam que os enfermeiros das unidades de emergência/urgência tendem a sentir muita pressão e uma obrigação em não fracassar, o que resulta em um forte comportamento de autoexigência^(4,45). Logo, poderíamos entender essas respostas como parte do processo de trabalho e um reflexo da unidade na qual estão inseridos. A preocupação de gestores, educadores e profissionais quanto ao cuidado pessoal do enfermeiro e à manutenção de sua autocompaixão cresceu recentemente, uma vez que estes resultados refletem diretamente no comportamento compassivo direcionado aos seus pacientes.

É importante que os profissionais saibam que cuidar de si mesmo e ser autocompassivo não é ser egoísta^(14,46) e que existem estratégias para ajudá-los a alcançar essa consciência, como a meditação e a manutenção do *mindfulness* ⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾. Portanto, parece que os enfermeiros devem ser convencidos de que também merecem ser cuidados, o que corrobora nossos achados, uma vez que a tendência ao isolamento e autocrítica aparece mesmo em autoavaliações “aparentemente boas” de compaixão e empatia.

Essa constatação poderia justificar a falta de relação encontrada nesta pesquisa entre o nível de autocompaixão dos enfermeiros e o nível de empatia percebido pelos seus pacientes. Podemos questionar se a autocompaixão, para estar relacionada à empatia percebida pelos pacientes, deve ter um escore maior

que o valor médio de 3,51 encontrado nesta pesquisa, uma vez que problemas importantes associados à ausência de autocompaixão foram observados, ou mesmo se essa relação não foi estabelecida devido à baixa autocompaixão dos enfermeiros, mascarada pela pontuação final acima da média. As contradições discutidas anteriormente levam a essa suposição e devem ser alvo de investigação.

A compaixão e a empatia estão relacionadas ao sentido de que mesmo o nível mais baixo de autocompaixão desenvolve o comportamento empático e gera atitudes de compaixão em relação aos outros. Portanto, o desconforto causado pelo sofrimento dos outros pode causar empatia por parte do enfermeiro e atuar para aliviar tal sofrimento é fonte de satisfação pessoal e profissional. Logo, aqueles que estão mais satisfeitos são mais compassivos. Dessa forma, há espaço para um ciclo virtuoso de autocompaixão-empatia-compaixão⁽²⁹⁾.

Fortalezas e limitações

A principal contribuição deste estudo é, sem dúvida, a disponibilidade da *CARE Measure - Nurses* (versão brasileira) para a autoavaliação de enfermeiros e, de forma semelhante ao que ocorreu com a *Care Measure* também poderá incluir a avaliação de outros profissionais de saúde sobre sua própria empatia. Desse modo, a partir de agora, é possível verificar e checar a empatia autorreferida de enfermeiros (ou outros profissionais de saúde), bem como a percepção dos pacientes com o mesmo instrumento e o mesmo referencial teórico.

No entanto, não foi possível realizar a validade de construto pela análise fatorial, pois, de acordo com a referência utilizada⁽⁴⁹⁾, o tamanho da amostra sugerido é que o número de observações deve ser pelo menos cinco vezes o número de assertivas e essa análise não é recomendada em amostras com menos de 50 observações. Assim sendo, como esta pesquisa foi realizada com 15 enfermeiros (sem a possibilidade de ampliação da amostra devido ao número de profissionais disponíveis no campo do estudo e ao tempo para a realização do estudo), não foi possível atender a essa exigência.

A aplicação da *CARE Measure - Nurses* (versão brasileira) foi realizada com 15 profissionais que trabalham exclusivamente no serviço de triagem e não com profissionais de outros setores da unidade de emergência. Consequentemente, os resultados podem não representar toda a unidade, sendo necessários estudos adicionais envolvendo enfermeiros de outros setores, bem como estudos com pacientes e profissionais

de outros tipos de unidades de emergência, como serviços públicos, para expandir o alcance dos resultados e a discussão desse tópico. Por esse motivo, a *CARE Measure - Nurses* (versão brasileira) deve ser aplicada em outros cenários e para outros profissionais, como é o caso da *CARE Measure*.

Conclusão

A adaptação da *CARE Measure - Nurses* (versão brasileira), foi elaborada para enfermeiros na triagem de um serviço de emergência e demonstrou propriedades psicométricas adequadas de validade de conteúdo e alta confiabilidade

Houve diferença estatisticamente significativa entre a empatia autorreferida pelos enfermeiros e aquela observada pelos pacientes, sendo que os pacientes realizaram melhor avaliação, ou seja, consideraram os enfermeiros mais empáticos, do que eles mesmos na sua autoavaliação. Não houve correlação entre a autocompaixão dos enfermeiros e a empatia percebida pelos pacientes, mas, sim, evidências da correlação entre autocompaixão e empatia autorreferida pelos profissionais.

Referências

1. Moss C, Nelson K, Connor M, Wensley C, McKinlay E, Boulton A. Patient experience in the emergency department: inconsistencies in the ethic and duty of care. *J Clin Nurs*. [Internet], 2014; [cited 2018 Aug 3]; May: 1-14. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.12612>
2. Bos N, Sizmur S, Graham C, van Stel HF. The accident and emergency department questionnaire: a measure for patients' experiences in the accident and emergency department. *BMJ Qual Saf*. [Internet], 2013; [cited 2018 Aug 3]; 22: 139-46. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/2/139.full.pdf>
3. Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Understanding care dimensions in the emergency hospital unit. *Rev Bras Enferm*. [Internet], 2009; [cited 2018 Aug 3]; 62(3): 381-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a04v61n5.pdf>
4. Burley D. Better communication in the emergency department. *Emerg Nurse*. [Internet], 2011; [cited 2018 Aug 3]; 19(2): 32-6. doi 10.7748/en2011.05.19.2.32.c8509
5. Cypress BS. The emergency department: experiences of patients, families and their nurses. *Adv Emerg Nurs*. [Internet], 2014; [cited 2018 Aug 3]; 636 (2): 164-76. Available from: <file:///C:/Users/robertams/Desktop/01261775-201404000-00008.pdf>


6. Walsh M, Dolan B. Emergency nurses and their perceptions of caring. *Emerg Nurs.* [Internet], 1999; [cited 2018 Aug 3]; 7(4): 24-31. doi 10.7748/en1999.07.7.4.24.c1285
7. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.* [Internet], 2002; [cited 2018 Aug 3]; 52: S9-S13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/pdf/12389763.pdf>
8. Wiseman T. Toward a holistic conceptualization of empathy for nursing practice. *Adv Nurs Sci.* [Internet], 2007; [cited 2018 Aug 3]; 30(3): 61-72. Available from: <file:///C:/Users/robertams/Desktop/00012272-200707000-00013.pdf>
9. Ak M, Cinar O, Sutçigil L, Congologlu ED, Hacımeroglu B, Canbz H, et al. Communication skills training for emergency nursing. *Int J Med Sci.* [Internet], 2011 [cited 2018 Aug 3]; 8(5): 397-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133844/pdf/ijmsv08p0397.pdf>
10. Formiga NS. Os estudos sobre empatia: reflexões sobre um construto psicológico em diversas áreas científicas. [Internet]. Porto (PT): O portal dos psicólogos; 2012 [Acesso 15 mai 2014]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0639.pdf>
11. Scarpellini GR, Capellato G, Rizzatti FG, Silva GA, Baddini-Martinez JA. CARE Scale of empathy: translation to portuguese spoken in Brazil and initial validation results. *Medicina. (Ribeirão Preto)* [Internet], 2014; [cited 2018 Aug 3]; 47(1): 51-8. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/80098/83978>
12. Coulehan JL, Platt FW, Egener B, Frankel R, Lin CT, Lown B, et al. "Let me see if I have this right..." Words that help build empathy. *Ann Intern Med.* [Internet], 2001; [cited 2018 Aug 3]; 135-221-7 doi 10.7326/0003-4819-135-3-200108070-00022
13. Davison N, Williams K. Compassion in nursing 1: defining, identifying and measuring this essential quality. *Nurs Times.* [Internet], 2009; [cited 2018 Aug 3]; 105 (36): 16-8. Available from: <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-managers/compassion-in-nursing-1-defining-identifying-and-measuring-this-essential-quality-/5006242.article>
14. Gustin LW, Wagner L. The butterfly effect of caring – clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scand J Caring Sci.* [Internet], 2013; [cited 2018 Aug 3]; 27:175-83. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x>
15. Neff KD. The role of self-compassion in development: a healthier way to relate to oneself. *Human Develop.* [Internet], 2009; [cited 2018 Aug 3]; 52: 211-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790748/pdf/hde0052-0211.pdf>
16. Aguiar P, Salgueira A, Frada T, Costa MJ. Empatia médica: tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia.* Braga, Portugal: Universidade do Minho; 2009. 3705-16. Disponível em: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/Xcongreso/pdfs/t8/t8c272.pdf>
17. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdman JB et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educ Psychol Meas.* [Internet], 2001; [cited 2018 Aug 3]; 2(61): 349-65 doi <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>
18. Fields SK, Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Kane G, Magee M. Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Eval Health Prof.* [Internet], 2004; [cited 2018 Aug 3]; 27(1): 80-94. doi <https://doi.org/10.1177/0163278703261206>
19. Lima SP. O cuidado humanístico como foco institucional: um estudo sobre empatia dos profissionais de saúde na área obstétrica [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2004.
20. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract.* [Internet], 2004; [cited 2018 Aug 3]; 21(6): 699-705. doi <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621>
21. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity.* [Internet] 2003; [cited 2018 Aug 3]; 2:223-50. Available from: <http://self-compassion.org/wp-test/wp-content/uploads/2014/10/empirical.article.pdf>
22. Souza LK, Hutz CS. Adaptation of the Self-Compassion Scale for use in Brazil: Evidences of construct validity. *Trends Psychol.* [Internet], 2016; [cited 2018 Aug 3]; 24(1): 159-72. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n1/v24n1a08.pdf>
23. Wuerz RC, Milne LW, Eitel DR, Travers D, Gilboy N. Reliability and validity of a new five level triage instrument. *Acad Emerg Med.* [Internet] 2000; [cited 2018 Aug 3]; 7(3):236-242. doi: 10.1111/j.1553-2712.2000.tb01066.x
24. Pasquali L. Principles of elaboration of Psychological scales. *Rev Psiq Clin.* [Internet], 1998; [cited 2018 Aug 3]; 25(5): 206-23. Available from: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
25. Joventino ES, Oriá MOB, Sawada NO, Ximenes LB. Apparent and content validation of maternal self-efficiency scale for prevention of childhood diarrhea. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet], 2013; [cited

- 2018 Aug 3]; 21(1): 371-9. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52964/56996>
26. Marinho PML, Campos MPA, Rodrigues EOL, Gois CFL, Barreto IDC. Construction and validation of a tool to assess the use of light technologies at intensive care units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016 Dec 19; 24:e2816. doi: 10.1590/1518-8345.1002.2816
27. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet], 2009; [cited 2018 Aug 3]; 43(spe): 992-9. Available from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40416/43399>
28. Tavakol M, Dennick R. Making sense of cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011; 2: 53-5. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd
29. Gleichgerrcht E, Decety J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci*. [Internet], 2014; [cited 2018 Aug 3]; 14(8): 1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4093939/pdf/fnbeh-08-00243.pdf>
30. Martinez MR, Campos LAAF, Nogueira PCK. Compliance with hand washing technique in a neonatal intensive care unit. *Rev Paul Ped*. [Internet], 2009; [cited 2018 Aug 3]; 27(2): 179-85. Available from: http://www.spsp.org.br/spsp_2008/revista/RPPv27n2p179-85.pdf
31. Cultureofempathy.com [homepage]. Center for building a culture of empathy; [cited 2015 Dec 7]. Available from: <http://cultureofempathy.com/>
32. Stanford. The center for compassion and altruism research and education [Internet]. USA: Stanford Medicine; c2018 [cited 2018 May 1]. Available from: <http://ccare.stanford.edu/>
33. Empathetics. Empathetics: neuroscience of emotions [Internet]. USA: Empathetics Inc; c2018 [cited 2018 May 1]. Available from: <http://empathetics.com/>
34. vanBerkhout ET, Malouff JM. The efficacy of empathy training: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Couns Psychol*. [Internet], 2016; [cited 2018 Aug 3]; 63(1): 32-41 doi 10.1037/cou0000093
35. Georgi E, Peterman F, Schipper M. Are empathic abilities learnable? Implications for social neuroscientific research from psychometric assessments. *Soc Neurosci*. [Internet], 2014; [cited 2018 Aug 3]; 9(1): 74-81 doi 10.1080/17470919.2013.855253
36. Wear D, Zarconi J. Can compassion be taught? Let's ask our students. *J Gen Intern Med*. [Internet], 2007; [cited 2018 Aug 3]; 23(7): 948-53. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517940/pdf/11606_2007_Article_501.pdf
37. Ahrweiler F, Neumann M, Goldblatt H, Hahn EG, Scheffer C. Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. *BMC Med Educ*. [Internet], 2014 [cited 2018 Aug 3]; 14:122. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4080581/pdf/1472-6920-14-122.pdf>
38. Gutsell JN, Inzlicht M. Intergroup differences in the sharing of emotive states: neural evidence of empathy gaps. *SCAN*. [Internet], 2012; [cited 2018 Aug 3]; 7: 596-603. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3375887/pdf/nsr035.pdf>
39. Choi D, Nishimura T, Motoi M, Egashira Y, Matsumoto R, Watanuki S. I. Effect of empathy trait on attention to various facial expressions: evidence from N170 and late positive potential (LPP). *J Phys Anthropol*. [Internet], 2014; [cited 2018 Aug 3]; 33:18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4083863/pdf/1880-6805-33-18.pdf>
40. Ávila RF, Morais D, Bonfim AJ, Chagas MHN. Empathy and facial expression recognition of basic and complex emotions in medical students. *J Bras Psiquiatr*. 2016; 65(3): 209-14. doi: 10.1590/0047-208500000126
41. Pytel C, Fielden MSN, Meyer KH, Albert N. Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *J Emerg Nurs*. [Internet], 2009; [cited 2018 Aug 3]; 35(5): 406-11 doi <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.09.002>
42. Pires D. Nursing as discipline, profession and labour. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2009; [cited 2018 Aug 3]; 62(5): 739-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>
43. Castilho P, Gouveia JP. Autocompaixão: estudo da validação da versão portuguesa da Escala de Autocompaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*. [Internet], 2011; [Acesso 3 ago 2018]. 54. 203-30. Disponível em: <http://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1106/554>
44. Lopez A, Sanderman R, Smink A, Zhang Y, van Sonderen E, Ranchor A, et al, 2015. A reconsideration of self-compassion scale's total score: self-compassion versus self-criticism. *PLoS ONE*. [Internet], 2015; [cited 2018 Aug 3]; 10(7): e0132940. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0132940&type=printable>
45. Souza RB, Silva MJP, Nori A. Emergency Ward: a view on the interaction between nursing professionals and patients. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet], 2007; [cited 2018 Aug 3]; 28(2): 242-9. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3169/1740>
46. Mills J, Wand T, Fraser JA. On self-compassion and self-care in nursing: selfish or essential for compassionate care? *Intern J Nurs Stud*. [Internet], 2015; [cited 2018 Aug 3]; 52: 791-3. doi <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.009>

47. Camilo A, Lacerda SS, Sato JR, Menezes CB, Kozasa EH. Avaliação dos efeitos de treinamento em meditação no sentimento de autocompaixão e na atenção. *Rev Bras Med Fam Comum*. [Internet], 2012; [Acesso 3 ago 2018]; 7 (Supl 1): 34. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(1\)569](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(1)569)
48. Raab K. Mindfulness, self-compassion and empathy among health care professionals: a review of literature. *J Health Care Chap*. [Internet], 2014; [cited 2018 Aug 3]; 20: 95-108 doi 10.1080/08854726.2014.913876
49. Barroso LP, Artes R. *Análise Multivariada*. Lavras: Universidade Federal de Lavras; 2003. 151p.

Recebido: 11.10.2018

Aceito: 10.02.2019

Autor correspondente:
Roberta Maria Saviato
E-mail: roberta.saviato@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0003-2680-9206>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.