

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA – PPGero

MADSON ALAN MAXIMIANO-BARRETO

**RELAÇÃO ENTRE EMPATIA, ATITUDE IMPLÍCITA E SOBRECARGA EM
CUIDADORES DE IDOSOS FORMAIS E INFORMAIS**

São Carlos – SP
2020

MADSON ALAN MAXIMIANO-BARRETO

RELAÇÃO ENTRE EMPATIA, ATITUDE IMPLÍCITA E SOBRECARGA EM
CUIDADORES DE IDOSOS FORMAIS E INFORMAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia.

Linha de pesquisa: Saúde, Biologia e Envelhecimento.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Hortes Nishihara Chagas.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Bruna Moretti Luchesi.

São Carlos – SP
2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Madson Alan Maximiano Barreto, realizada em 19/02/2020:

Prof. Dr. Marcos Hortes Nishara Chagas
UFSCar

Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini
UFSCar

Profa. Dra. Tábatta Renata Pereira de Brito
UNIFAL

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Tábatta Renata Pereira de Brito e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Prof. Dr. Marcos Hortes Nishara Chagas

Maximiano-Barreto, Madson Alan

Relação entre empatia, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores de idosos formais e informais / Madson Alan Maximiano-Barreto. -- 2020.
95 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Marcos Hortes Nisihara Chagas

Banca examinadora: Sofia Cristina Iost Pavarini, Tábatta Renata Pereira de Brito

Bibliografia

1. Cuidador. 2. Empatia. 3. Sobrecarga. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325

AGRADECIMENTO

À **Deus**, pela sua infinita graça e misericórdia de me proporcionar saúde, sabedoria para que pudesse enfrentar essa jornada e me permitir chegar até aqui.

As minhas mães **Rosângela Maximiano**, **Rosileide Barros**, **Nazaré Barros**, **Rosana Barros**, ao meu irmão **Mayco Maximiano**, sobrinha **Sarah Maximiano** e padrasto **José Rubens**. As minhas tias **Maria Maximiano** e **Quitéria Maximiano**. A minha incentivadora desde o início da minha trajetória acadêmica, minha prima **Késia Maximiano**, aos meus padrinhos **Sergio Vicente** e **Meyre Vicente** e todos os meus familiares que mesmo distantes estiveram presentes e me incentivaram em todas as minhas escolhas.

Ao meu orientador **Prof. Marcos Hortes N. Chagas**, por ter aceitado me orientar mesmo não me conhecendo, me deu a oportunidade de crescimento profissional e pessoal, sendo mais que um orientador, um pai; minha coorientadora **Profa. Bruna Moretti Luchesi** que também sem me conhecer, aceitou nosso pedido para fazer parte desse lindo trabalho. Gratidão aos dois por todo o aprendizado me proporcionado até aqui.

Aos meus amigos de **Maceió – AL**, em especial **Silvia Moraes**, **Iago Moura**, **Carlos Jacinto**, **Paulo Victor Sena**, **Luis Paulo Cardoso**, **Yara Costa** e **Renata Almeida**. Ao meu amigo **Filipe Grangeiro** que me apresentou o Programa de Pós-Graduação em Gerontologia – PPGGero. Aos meus amigos de **Catu – BA** em especial a **Tiana Ribeiro**, **Anne Pinto**, **Maria Lucia Ribeiro**, **Eronildes Ribeiro** e **Fernanda Vasconcelos**.

Aos meus amigos da **República Alambique** e agregados que de uma forma louca e carinhosa me acolheram e hoje tenho como irmãos (parças). Em especial ao **Flávio Maffioletti**, **Mateus Virginio**, **Daniel Santos**, **João Garbelotte**, **André Ferrari**, **Liniker Balestra**, **Claudio Domenico**, **Marylyn Arai**, **Julielle de Camargo**, **Gabriela Verdade**, **Alisson Medeiros**, **Anthony Gomes**, **Beatriz Troque**, **Glenda Dias**, **Lucas Mosca**, **Adriano Luz** e **Martins Sncz**.

Aos meus professores e amigos do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL em especial ao **Prof. André Fermoseli** que foi meu orientador desde o início da graduação e que acreditou no meu potencial e por sempre me incentivar no mundo acadêmico. As **Profas. Theresa Siqueira, Mônica Melo e Daniela Carmo** por serem incentivadoras e sempre contribuírem de forma direta e indireta para que eu chegasse até aqui. As amigas **Andryelle Paulino, Carolyna Morgana e Ellen Falcão** por estarem juntos e proporcionar melhores momentos durante a graduação até os dias de hoje.

Ao meu companheiro de apartamento **Otávio Augusto** por me aturar durante meus momentos de surto e descontração, ao meu mais novo companheiro **Pedro Manoel** (Pankararu).

Aos amigos que fiz no mestrado, em especial **Larissa Andrade, Ludmyla Souza, Lucas Bueno**, a **Profa. Keika Inouye** e aos amigos da T.O. **Rodrigo Alves, Sofia Martins, Claudia Valente, Viviane Perilla, Claudia Paiva e Ana Cardoso** que me receberam de uma forma carinhosa.

A todos os amigos do grupo de Pesquisa e Estudo em Saúde Mental, Envelhecimento e Cognição - ProViVe da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar pela colaboração com o projeto em especial a **Amanda Moura** no auxílio a coleta dos dados e as integrantes do grupo **Stephanie Faria, Ana Julia Bomfim, Daiene Fabrício e Bianca Ferreira** que me acolheram e que fizeram/fazem eu me sentir querido.

Aos membros da banca de qualificação, **Prof.as. Sofia Pavarini e Tábatta Brito** pelas contribuições, possibilitando um enriquecimento ao meu trabalho.

Aos **Cuidadores de idosos** por aceitarem participar desta pesquisa. Sem eles jamais teria alcançado objetivos tão bonitos e importante para comunidade pesquisada e científica.

Por fim, à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** (CAPES) pelo apoio financeiro para que esse trabalho pudesse ser realizado.

A todos, minha eterna gratidão!!

*“Por isso não tema, pois estou com
você; não tenha medo, pois sou o seu
Deus. Eu o fortalecerei e o ajudarei;
eu o segurarei com a minha mão
direita vitoriosa.”*

(Isaías 41:10).

RESUMO

MAXIMIANO-BARRETO, M. A. **Relação entre empatia, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores de idosos formais e informais**. 2020. 95f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020.

Introdução: O número de idosos no Brasil é crescente, assim como a prevalência de doenças crônicas nesta população, conseqüentemente existe uma maior demanda de cuidadores. A sobrecarga é uma conseqüência bastante prevalente entre cuidadores e os estudos apontam que há uma relação entre a gravidade da patologia, o nível de dependência dos idosos e a sobrecarga do cuidador. Apesar da interação cuidador-idoso ser muito estudada, a relação entre empatia, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores formais e informais ainda é pouco explorada na literatura. **Objetivo:** Analisar a relação entre empatia, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores formais e informais que atuam na residência do idoso. **Método:** Trata-se de um estudo transversal com amostra não probabilística intencional de 111 cuidadores de idosos, sendo 54,6% (n=60) informais e 45,4% (n=51) formais. Os seguintes instrumentos foram utilizados para coleta de dados: questionário para caracterização sociodemográfica e do, Inventário de Sobrecarga de Zarit (ISZ), *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), Questionário de Autorrelato-20 (SRQ-20), Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI), Questionário de Avaliação Funcional (QAF) e Teste de Associação Implícita (TAI). **Resultados:** A amostra foi composta por cuidadores com idade entre 19-79 anos com média de idade 45,36 anos ($\pm 14,53$). Houve correlação positiva entre empatia e sobrecarga ($r=0,203$; $p=0,033$), sintomas depressivos ($r=0,341$; $p<0,001$) e neuropsiquiátricos (SQR-20) ($r=0,355$; $p<0,001$). A sobrecarga também apresentou correlação moderada com sintomas depressivos ($r=0,551$; $p=0,001$) e neuropsiquiátricos ($r=0,606$; $p=0,001$). O TAI apontou que os cuidadores apresentam uma preferência implícita pelo público jovem (escore $D=0,23\pm 0,36$). Entretanto, não houve relação significativa entre os escores do TAI e as demais variáveis analisadas. **Conclusão:** O alto nível de empatia, especialmente no domínio afetivo, pode trazer conseqüências para os cuidadores de idosos formais e informais como sobrecarga, sintomas neuropsiquiátricos e depressivos. Dessa forma, é importante o planejamento de programas de treinamento para cuidadores de idosos que auxiliem no equilíbrio dos níveis de empatia nos domínios emocional e cognitivo, visando minimizar as conseqüências para o idoso e para o cuidador.

Palavras-chave: Cuidador; Empatia; Sobrecarga; Atitude Implícita; Gerontologia.

ABSTRACT

MAXIMIANO-BARRETO, M. A. **Relationship between empathy, implicit attitude and burden in caregivers of older adults of formal and informal.** 2020. 95p. Dissertation (Master degree) - Department of Gerontology, Federal University of São Carlos, São Carlos, 2020.

Introduction: The number of elderly in Brazil is increasing, as the prevalence of chronic diseases in this population, consequently there is a greater demand for caregivers. The burden is highly prevalent among caregivers and the studies indicate that there is a relationship between the severity of the condition, the level of dependence of the elderly and the burden of the caregiver. Although the caregiver-elderly interaction is well studied, the relationship between empathy, implicit attitude and burden in formal and informal caregivers is still little explored in the literature. **Objective:** To analyze the relationship between empathy, implicit attitude, and burden in formal and informal caregivers who work in the elderly's home. **Method:** This is a cross-sectional study with a non-probabilistic sample of 111 elderly caregivers, 54.6% (n=60) informal and 45.4% (n=51) formal. The following instruments were used for data collection: a questionnaire to characterize the care and sociodemographic profile of caregivers, Zarit Burden Inventory (ZBI), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20), Multidimensional Interpersonal Reactivity Scale (MIRS), Functional Assessment Questionnaire (FAQ) and Implicit Association Test (IAT). **Results:** The sample consisted of caregivers aged 19-79 years with a mean age of 45.36 years (SD: ± 14.53). There was a positive correlation between EMRI-Total and burden (ZBI) ($r=0.203$, $p=0.033$), depressive symptoms (PHQ-9) ($r=0.341$; $p<0.001$) and neuropsychiatric (SRQ-20) ($r=0.355$; $p<0.001$). The burden also presented a moderate positive correlation with depressive symptoms ($r=0.551$, $p=0.001$) and neuropsychiatric ($r=0.606$, $p=0.001$). The IAT pointed out that the caregivers presented an implicit preference for the young public (score $D = 0.23$, SD ± 0.36). However, there were no significant differences between the IAT scores and the other variables analyzed. **Conclusion:** The high level of empathy, mainly in the emotional domain, can have consequences for caregivers of the formal and informal elderly, such as burden, neuropsychiatric disorders, and depression. Thus, it is important to think about training for elderly caregivers to balance the levels of empathy in the emotional and cognitive domains and to minimize the consequences for the elderly and the caregiver.

Keywords: Caregiver; Empathy; Burden; Implicit Attitude; Gerontology.

RESUMEN

MAXIMIANO-BARRETO, M. A. **Relación entre empatía, actitud implícita y sobrecarga en cuidadores de ancianos formales e informales**. 2020. 95p. Disertación (Maestría) - Departamento de Gerontología, Universidad Federal de São Carlos, São Carlos, 2020.

Introducción: El número de adultos mayores en Brasil está en aumento, así como la prevalencia de enfermedades crónicas en esta población, como consecuencia, hay una demanda importante de cuidadores. La sobrecarga en los cuidadores es un efecto bastante prevalente, diferentes estudios apuntan que existe una relación entre la gravedad de la patología y el nivel de dependencia de los adultos mayores y la sobrecarga del cuidador. A pesar de la interacción cuidador-adulto mayor ser muy estudiada, la relación entre la empatía, la actitud implícita y la sobrecarga en los cuidadores formales e informales todavía es poco explorada en la literatura. **Objetivo:** Analizar la relación entre empatía, actitud implícita y sobrecarga de cuidadores formales e informales que actúan en hogares geriátricos. **Método:** Se trata de un estudio transversal con una muestra no probabilista intencional de 111 cuidadores de adulto mayor, siendo 54,6% (n=60) informales y 45,5% (n=51) formales. Fueron utilizados como instrumentos de colecta de datos: Inventario de Sobrecarga de Zarit (ISZ), *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), Cuestionario de Autorrelato-20 (SRQ-20), Escala Multidimensional de Reactividad Interpersonal (EMRI), Cuestionario de Evaluación Funcional (CEF) y el Test de Asociación Implícita (TAI). **Resultados:** La muestra fue compuesta por cuidadores con edad entre los 19 a 79 años, teniendo una media de edad de 45.36 años (DP: $\pm 14,53$). Hubo una correlación positiva entre EMRI-Total y la sobrecarga (ISZ) ($r=0,203$; $p=0,033$), síntomas depresivos (PHQ-9) ($p<0,001$) y neuropsiquiátricos (SQR-20) ($p<0,001$). La sobrecarga también presentó una correlación moderada con síntomas depresivos ($r=0,551$; $p=0,001$) y neuropsiquiátricos ($r=0,606$; $p=0,001$). O TAI apuntó que los cuidadores presentan una preferencia implícita por el público joven (puntuación $D = 0,23$; DP $\pm 0,36$). Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los marcadores del TAI y las demás variables analizadas. **Conclusión:** O alto nivel de empatía puede traer consecuencias para los cuidadores de adultos mayores formales e informales como sobrecarga, trastornos neuropsiquiátricos e depresión. De esa forma, es importante pensar en entrenamientos para cuidadores de adultos mayores que auxilien el equilibrio de los niveles de empatía en los dominios emocional y cognitivo, para minimizar las consecuencias para el adulto mayor y el cuidador.

Palabras Clave: Cuidador; Empatía; Sobrecarga; Actitud Implícita; Gerontología.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Organização do TAI/jovem-idoso	35
Quadro 2 - Valores do Coeficiente de correlação de Pearson (r)	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Correlação entre sobrecarga e sintomas depressivos em cuidadores de idosos, São Carlos – SP e região, 2018-2019	42
Figura 2 - Correlação entre sobrecarga e sintomas neuropsiquiátricos em cuidadores de idosos, São Carlos – SP e região, 2018-2019	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores de idosos formais e informais de São Carlos – SP e região, 2018-2019	39
Tabela 2 – Caracterização clínica dos grupos de cuidadores formais e informais de idosos de São Carlos – SP e região. 2018-2019	41
Tabela 3 – Correlação da empatia total e dos domínios afetivo e cognitivo com os testes clínicos. São Carlos – SP e região. 2018-2019	43
Tabela 4 – Relação entre empatia e seus domínios e variáveis sociodemográficas dos cuidadores de idosos de São Carlos – SP e região. 2018-2019	45
Tabela 5 – Correlação entre o contexto do cuidado e os testes clínicos com cuidadores de idosos em São Carlos – SP e região. 2018-2019	46
Tabela 6 – Relação entre empatia e seus domínios e o grau de parentesco dos cuidadores informais de idosos de São Carlos – SP e região, 2018-2019	47
Tabela 7 – Relação entre Empatia (EMRI) e testes clínicos entre os cuidadores familiares de idosos de São Carlos – SP e região. 2018-2019.....	49
Tabela 8 – Análise do teste de atitude implícita em relação aos domínios sociodemográficos nos cuidadores de idosos de São Carlos – SP e região, 2018-2019	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANOVA	Análise de variância
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVD	Atividades de Vida Diária
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DA	Doença de Alzheimer
DP	Desvio Padrão
EMRI	Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal
HU	Hospital Universitário
IES	Instituição de Ensino Superior
ISZ	Inventário de Sobrecarga de Zarit
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
QAF	<i>Functional Assessment Questionnaire</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRQ-20	<i>Self-Report Questionnaire-20</i>
TAI	Teste de Associação Implícita
UNIMED	Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USE	Unidade Saúde Escola
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Envelhecimento e cuidador de idosos	18
1.2. Sobrecarga do cuidador	21
1.3. Empatia	22
1.4. Atitude implícita.....	23
2. JUSTIFICATIVA	26
3. OBJETIVOS	28
3.1. Objetivo geral.....	29
3.2. Objetivos específicos	29
4. MATERIAL E MÉTODO	30
4.1. Desenho.....	31
4.2. Local do estudo	31
4.3. Participantes	31
4.4. Procedimentos éticos.....	31
4.5. Critérios de inclusão.....	31
4.6. Critérios de exclusão	32
4.7. Cálculo amostral.....	32
4.8. Coleta e instrumentos de avaliação	32
4.9. Análise dos dados.....	36
5. RESULTADOS	38
5.1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos cuidadores formais e informais e contexto do cuidado.....	39
5.2. Relação entre os níveis de sobrecarga, sintomas depressivos, neuropsiquiátricos, empatia e atitude implícita dos cuidadores.....	42
5.3. Relação da empatia e seus domínios Afetivo e Cognitivo com as características sociodemográfica e clínicas do cuidador e com o contexto de cuidado	44
5.4. Relação da empatia e seus domínios Afetivo e Cognitivo com as características clínicas do contexto de cuidado dos cuidadores informais.	46
5.5. Relação entre atitude implícita e as características sociodemográficas dos cuidadores	50
6. DISCUSSÃO	51

6.1. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores de idosos, formais e informais	52
6.2. Sobrecarga, empatia e atitude implícita entre os cuidadores de idosos formais e informais.....	54
7. CONCLUSÃO.....	62
8. REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	78
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
APÊNDICE B – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores de idosos formais e informais	81
ANEXOS	82
ANEXO 1 – Autorização da pesquisa no Hospital Universitário – HU.....	83
ANEXO 2 – Autorização da Pesquisa na Unidade Saúde Escola – USE/UFSCar84	
ANEXO 3 – Autorização da Pesquisa na UNIMED – Viver Bem	85
ANEXO 4 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos ..86	
ANEXO 5 – Inventário de Sobrecarga de Zarit – (ISZ).....	88
ANEXO 6 – Questionário de Saúde do Paciente – (PHQ-9)	89
ANEXO 7 – Questionário de autorrelato – (SRQ-20).....	90
ANEXO 8 – Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal – (EMRI)	91
ANEXO 9 – Questionário de Avaliação Funcional – (QAF).....	92
ANEXO 10 – Artigo aceito: Implicit attitudes toward the elderly among health professionals and undergraduate students in the health field: a systematic review	93
ANEXO 11 – Carta de decisão do artigo intitulado: Factors associated with levels of empathy among students and professionals in the health field: a systematic review.....	94

1. INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento e cuidador de idosos

O envelhecimento é um fenômeno identificado em todos os países. Para a Organização Mundial de Saúde – OMS, a definição de um indivíduo como idoso depende de dois fatores: as condições socioeconômicas da região em que vive e sua idade. Nesse sentido, em países desenvolvidos, o indivíduo é considerado idoso a partir dos 65 anos, enquanto que, nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, esse limiar é 60 anos (OMS, 2015).

O Brasil passou a apresentar mudanças demográficas a partir de 1970 onde apresentava-se uma população rural com crescente mortalidade infantil e passou a apresentar uma nova estruturação familiar com menor número de filhos e residindo na área urbana (LEONE *et al.*, 2010; VASCONCELOS; GOMES, 2012). Desta forma, o Brasil era composto por uma predominância de indivíduos jovens e passou a apresentar uma alta prevalência de pessoas com 60 anos de idade (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Dado isso, o número de habitantes no Brasil vem aumentando a cada ano e segundo o censo de 2010 mais de 190 milhões de indivíduos compõe essa população e 7,32% dos indivíduos apresentavam idade igual ou maior que 65 anos em 2010 (BRASIL, 2010). Em 2019 houve um aumento de 2,20% nesta parcela da população (BRASIL, 2019).

Projeções demonstram que mais de 230 milhões de pessoas irão compor a população brasileira em 2050, transformando o Brasil no quinto maior país em número de habitantes ficando atrás da China, Índia, Estados Unidos e Indonésia (BRITO, 2008; RAFTERY *et al.*, 2012; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; BRASIL, 2019). Estima-se que o Brasil será o sexto país com o maior número de idosos (WHO, 2005).

Com o crescente número de idosos e aumento na expectativa de vida, há aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas hipertensão arterial sistêmica, acidentes vasculares, diabetes mellitus, osteoartrose e doenças neuropsiquiátricas (WHO, 1998; CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2013). Entre estas, a demência que é considerada uma das mais debilitantes, levando muitas vezes à necessidade de um cuidador (VALE; MIRANDA, 2002).

Cuidador, segundo a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), é na sua maioria um indivíduo que presta cuidados a uma pessoa com dificuldades ou limitações no desenvolvimento das atividades de vida diária, ou seja, idosos que

apresentem limitações físicas ou mentais. Esse cuidado na realização das atividades do dia a dia é crucial para atender as necessidades do cotidiano dos idosos, uma vez que possibilitará saúde, conforto, segurança e bem-estar, incentivando independência e autonomia. Além disso, os cuidados podem ser realizados no ambiente domiciliar e institucional, com ou sem remuneração dos cuidadores (BRASIL, 2006; ARAUJO *et al.*, 2011; ARAUJO *et al.*, 2012).

A definição de cuidador é abrangente e inclui cuidadores que podem ser formais ou informais. No entanto, antes de definir o papel do cuidador formal é importante destacar que o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos apresentado na Portaria de nº 5.153/99 instituiu um avanço intersetorial o qual possibilita as entidades não governamentais, assim como as Instituições de Ensino Superior (IES), a capacitação de cuidadores formais e informais para atuar em residência familiar e/ou instituições (BRASIL, 1999). Hoje, no Brasil, a função de cuidador é apresentada na Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) por meio do código 5162-10, mas vale ressaltar que essa função não leva em consideração profissionais como auxiliares e técnicos de enfermagem, apresentados pelo código 3222 (BRASIL, 2002).

Apesar disso, o cuidado formal ao idoso vem sendo realizado tanto por profissionais com curso técnico ou superior em enfermagem, assim como por aqueles com o curso de cuidador. Esses cuidadores formais, segundo Batista, Almeida e Ancman (2014), são profissionais capacitados e habilitados para atender a demanda apresentada pelas pessoas que precisam de cuidado a curto e longo prazo e, normalmente, recebem uma remuneração para desempenhar esse papel. Além disso, os cuidadores formais são contratados para dar suporte aos cuidadores informais com intuito de distribuir as atividades entre esses cuidadores (DUARTE, 2006). Acrescenta-se também a realização de atividades externas, assim como, o incentivo dos cuidadores na participação quanto a educação e cultura dos idosos (BRASIL, 2002).

O cuidador informal, por sua vez, pode ser caracterizado como primário, secundário ou terciário. Considera-se o cuidador informal primário aquele que desenvolve sua atividade de cuidado ao idoso em tempo integral. O cuidador secundário é aquele que desempenha das mesmas atividades, porém com menor tempo em comparação ao primário, e o terciário aquele que desenvolve atividades de forma esporádica e/ou quando solicitado (GLOBERMAN, 1994; SILVERSTEIN; LITWAK, 1993; NERI, 2006).

O cuidado informal não se restringe apenas ao âmbito familiar, mas também pode ser desempenhado por um amigo ou até mesmo um vizinho. Essa função, geralmente, é

assumida mediante a vontade, disponibilidade, ou capacidade do cuidador (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Ser cuidador exige uma árdua dedicação, que é geralmente integral, fazendo com que o cuidador desenvolva uma nova reorganização na sua dinâmica de vida, tanto pessoal, quanto profissional, muitas das vezes chegando a abandonar seus empregos (ARAÚJO *et al.*, 2012). O que diferencia o cuidador formal do informal é a remuneração pela atividade do cuidado.

Diversas situações podem levar a designação de um membro da família a desenvolver o papel de cuidador principal. Falcão e Bucher-Maluschke (2009) apontam que fatores como ser familiar com melhores condições financeiras e/ou disponibilidade de tempo são pontos importantes para definir o cuidador. Em contrapartida, Moreira e Caldas (2007) descrevem que a falta de recurso por parte dos familiares de classe média baixa e baixa pode designar um membro familiar a desempenhar esse papel.

Silva, Passos e Barreto (2012), por sua vez, indicam que esse papel é assumido mediante os seguintes fatores: gênero, parentesco e proximidade física e afetiva. Sena e Gonçalves (2008) destacam que ser do sexo feminino, filha mais nova ou mais velha, solteira ou divorciada, desempregada e que esteja inserida no domicílio com o idoso, assim como, sentimento de obrigação e ser cônjuge, são fatores que também contribuem para designar o indivíduo ao papel de cuidador.

Uma metanálise realizada com estudos publicados entre 1980 e 2010 identificou 168 artigos. Estes estudos tiveram um total de 64.346 cuidadores de diferentes níveis de parentesco (cônjuge, filho, genro e nora) e concluiu que a maioria dos cuidadores são mais velhos, do sexo feminino, casados, com menor suporte familiar, apresentam maior prejuízo na saúde física e excesso de trabalho (PINQUART; SORENSEN, 2011). Além disso, esses cuidadores podem estar inseridos em contextos de alta vulnerabilidade social, podendo apresentar fragilidade por sofrerem de hipertensão arterial, serem tabagistas e não terem plano de saúde, entre outros (SANTOS-ORLANDI *et al.*, 2017).

Segundo a Constituição Federal do Brasil de 1988 é de responsabilidade da família a atenção e manutenção aos cuidados dos idosos como apresentado nos artigos 229, ao determinar que “[...] os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”; 230, ao acrescentar que “amparo ao idoso serão executados preferencialmente em seus lares” (BRASIL, 1988, p. 133). Ou seja, os idosos não devem ser excluídos de seus espaços familiares e de convivência e os filhos são responsáveis pelo seu bem-estar.

Desenvolver o papel de cuidador, seja ele formal ou informal, pode trazer diversas

consequências, e estudos demonstram que o cuidado implica em mudança no dia-a-dia do cuidador, que somado a outras responsabilidades como trabalho e família, por exemplo, pode levar a riscos à saúde tanto a nível físico quanto psicológico. Os riscos identificados entre os cuidadores em relação ao cuidado são sintomatologia depressiva, ansiedade, estresse, tensão, distúrbio do sono, prejuízo na qualidade de vida e do funcionamento ocupacional e social, além de isolamento social e dificuldade no desempenho de papéis dentro e fora do ambiente domiciliar (PAYNE; SMITH; DEAN, 1999; CARTER, 2003; GROV *et al.*, 2005; JUAREZ *et al.*, 2008; KIM; SCHULZ, 2008; ISHII *et al.*, 2012). Todos esses fatores podem resultar em sobrecarga.

1.2. Sobrecarga do cuidador

A sobrecarga do cuidador é um dos prejuízos relacionado ao cuidado (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009, GLOBERMAN, 1994; SILVERSTEIN; LITWAK, 1993). É uma consequência que se dá mediante a um conjunto de fatores diante de contato com indivíduo que apresente alguma dificuldade para desenvolver suas atividades diárias, como por exemplo, idosos com demência e/ou dependência funcional (PEREIRA, 1999).

Platt (1985) define a sobrecarga como problemas de diversas ordens, como por exemplo, por pessoas que apresentam relação direta e significativa com o indivíduo cuidado. Além disso, a sobrecarga, segundo Schene (1990), é apresentada como objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva está relacionada com o comportamento e sintomas de pacientes inseridos em ambientes sociais e a subjetiva se refere as consequências de ordem psicológica voltadas para os familiares, ou seja, os cuidadores informais. Morais *et al.* (2012) descrevem a sobrecarga como um conceito multidimensional que está relacionado com fatores biopsicossociais, com intuito de encontrar a homeostase entre tempo de cuidado, renda, capacidade psicológica, física e sociais e designação de papel (atribuição e distribuição).

Desta forma, diversos estudos buscaram identificar a ocorrência da sobrecarga entre os cuidadores de idosos (GRATÃO *et al.*, 2012; STACKFLETH *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2013). Os estudos realizados com cuidadores de idosos, tanto formais quanto informais, apontam para maior sobrecarga nos cuidadores informais quando comparados aos formais (DINIZ *et al.* 2018; MARONESI *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2019; NUNES *et al.*, 2019).

Além disso, a sobrecarga é maior nos cuidadores do sexo feminino quando

comparados ao masculino (LOUREIRO *et al.*, 2013) e, quanto mais independentes os idosos, menor a sobrecarga (NARDI *et al.*, 2013). Outros fatores que contribuem para a sobrecarga são a falta de apoio social (YAMASHIT *et al.*, 2013; LINO *et al.*, 2016), o maior tempo de cuidado em horas diárias (MORAES; SILVA, 2009), a gravidade e número de doenças presentes no idoso (BORGHI *et al.*, 2013; FUHRMANN *et al.*, 2015), além da presença de desconforto emocional, sentimento de tristeza, ansiedade, depressão e estresse (MARONESI *et al.*, 2014; DINIZ *et al.*, 2018).

Além dos fatores descritos acima que contribuem para a ocorrência da sobrecarga em cuidadores de idosos, a empatia, assim como a atitude implícita são duas variáveis pouco estudadas, e essas possivelmente apresentam relação direta com a sobrecarga entre os cuidadores formais e informais de idosos. Estudo recente realizado com cuidadores de idosos identificou relação direta entre empatia e sobrecarga (NAVARRO-ABAL *et al.*, 2018).

1.3. Empatia

A empatia é considerada um fenômeno multidimensional e constitui-se das seguintes dimensões: cognitiva e afetiva. Empatia cognitiva consiste em possibilitar o sujeito de entender a experiência com o outro e se comunicar (PINHO; FERNANDES; FALCONE, 2011; ROCHE; HARMON, 2017). Roche e Harmon (2017) caracterizam a empatia cognitiva como uma ressonância emocional, ou seja, é a forma com que o sujeito passa a enxergar por meio da observação do outro. A empatia afetiva, por sua vez, é a forma em que o indivíduo tem de compreender as emoções do outro. Falcone *et al.* (2008) definem a empatia afetiva como preocupação, até mesmo uma compaixão para com a outra pessoa.

Autores descrevem a empatia como sendo uma resposta emocional direcionada entre dois sujeitos, na qual ambos passam a sentir a mesma emoção. É um resultado psicológico da troca de uma experiência entre duas pessoas por uma disposição funcional de maneira absoluta, resultante de forma evolutiva no que tange a situação do outro. Ou seja, o sujeito empático, possivelmente, é capaz de se colocar no lugar do outro e passar a ter emoções e sentimentos advindos do indivíduo, podendo assim compreender a necessidade do outro mediante a sua motivação. Dessa forma, acredita-se que o sujeito adote comportamento capaz de ajudar, de cuidar, de solidariedade, entre outros (EISENBERG; STRAYER, 1987; FALCONE *et al.*, 2008; FORMIGA *et al.*, 2013).

Estudos da neurociência mostram que ocorrem diversas mudanças fisiológicas durante a resposta empática. Na década de 90, foram descobertos os neurônios-espelhos em macacos, e constatou-se que os neurônios da área do córtex pré-motor são ativados em dois momentos, tanto na realização de uma atividade, quanto na observação de uma mesma atividade executada (LOCKWOOD, 2016; ROCHE; HARMON, 2017).

Os neurônios-espelhos encontram-se localizados em duas redes principais; a primeira parte está ligada às regiões do lobo parietal, córtex pré-motor e a parte caudal do giro frontal inferior; e a segunda parte, às regiões da ínsula e córtex frontal medial anterior. Essa segunda parte, conhecida como sistema do espelho límbico, é responsável pelo comportamento afetivo (RIZZOLATTI; CRAICHERO, 2004). Portanto, empatia é resultante não apenas das modificações comportamentais, mas também fisiológicas.

Considera-se então, a empatia como um processo intelectual capaz de possibilitar atitudes voltadas para a inteligência emocional, uma boa comunicação em qualquer lugar em que o indivíduo esteja inserido, uma vez que esse também apresenta boas habilidades sociais (DAVIS, 1994).

1.4. Atitude implícita

As atitudes estão ligadas às formas com que as pessoas sentem e percebem os indivíduos a sua volta, e são caracterizadas como explícitas ou implícitas (verbal ou não verbal) (NETO, 2015). Diante de tantas áreas do conhecimento, a Psicologia Social é uma das áreas que mais vem estudando as atitudes implícitas e explícitas (GAWRONSKI; BODENHAUSEN, 2006). No entanto, poucos são os estudos realizados no Brasil voltados para os comportamentos implícitos.

Olson *et al.* (2001) afirmam que o fator biológico é um dos determinantes na influência das atitudes, assim como o fator genético, é algo que já há uma predisposição fazendo com que haja atitudes determinadas/pré-estabelecidas e mais aguçadas. Considera-se como comportamento implícito um pensamento ou comportamento diante de determinada situação. Houwer *et al.* (2009) definem a atitude implícita como um procedimento automático, ou seja, uma reação determinada por fatores psicológicos.

Para Greenwald, Nosek e Banaji (2003, p. 11), as atitudes implícitas são “traços introspectivamente não identificados (ou erroneamente identificados) de experiências passadas que medeiam um sentimento favorável ou desfavorável, pensamento ou ação em relação a objetos sociais”, ou seja, são respostas dadas a determinadas situações com

base nas crenças do sujeito. As atitudes implícitas geralmente ocorrem de forma automática e/ou espontânea.

Existem diversas formas de se mensurar as atitudes implícitas, para isso é necessário que haja um determinado objeto e/ou situação para analisar o posicionamento do indivíduo (GREENWALD; BANAJI, 1995). Os testes ou técnicas de mensuração implícita foram sugeridos no século XIX por F. C. Donders. Sua proposta foi investigar as atitudes implícitas por meio de uma análise computadorizada, verificando o intervalo de tempo diante do estímulo e a resposta apresentada pelo indivíduo pesquisado (LANE *et al.*, 2007).

Dentre os testes que possibilitam a análise implícita está o *Teste de Associação Implícita* (TAI) desenvolvido por Greenwald, Mcghee e Schwartz em 1998. Esse teste permite identificar a posição do indivíduo pesquisado por meio da velocidade com que responde determinadas situações em que faz determinado julgamento. Além disso, possibilita o acesso ao inconsciente (GREENWALD; BANAJI, 1995).

O TAI é um instrumento que avalia a atitude implícita mediante determinado estímulo, permitindo assim, reações automáticas da mente diante de uma resposta. Esse método de análise de atitude implícita busca obter respostas do indivíduo pesquisado, direcionado às atitudes não manifestadas e/ou com difícil expressão (GREENWALD; MCGHEE; SCHWARTZ, 1998).

Atualmente há diversos instrumentos utilizados para identificação de medidas implícitas, como *Affective Priming Task*, *Sequential Priming Task*, *Implicit Association Test*, entre outros. Diante de diversos instrumentos para identificação de preferência implícita, o TAI tem sido considerado um dos mais importantes instrumentos (LANE *et al.*, 2007). O TAI é utilizado em diversas pesquisas que têm como objetivo identificar a preferência implícita em diferentes alvos (racial, idade, sexo e outros) (LANE *et al.*, 2007).

Esse instrumento apresenta um bom índice de fidedignidade quando comparado a outros instrumentos que têm o mesmo objetivo (LEBEL; PAUNONEN, 2011). Em relação às qualidades psicométricas, o TAI apresenta *alpha de Cronbach* entre 0,70 a 0,90 e no teste-reteste 0,25 a 0,69 (TEIGE-MOCIGEMBA; KLAUER; SHERMAN, 2010).

Considerando a necessidade crescente de cuidadores formais e informais devido ao envelhecimento populacional, a importância de se estudar diversos aspectos relacionados a idade cuidador-idoso e o fato de que as principais variáveis estudadas até o momento em relação à sobrecarga do cuidador estão relacionadas a aspectos da

patologia do idoso, sua dependência, e tempo de cuidado; o estudo da empatia, atitude implícita e sobrecarga é relevante. Não foram identificadas na literatura investigações que avaliaram a relação entre atitude implícita e sobrecarga em cuidadores de idosos.

A hipótese do estudo é que a preferência pelo jovem no TAI esteja relacionada a um maior nível de sobrecarga. Além disso, considerando os domínios cognitivo e afetivo da empatia, espera-se que o nível de sobrecarga se relacione diretamente com a empatia afetiva e inversamente com a empatia cognitiva.

2. JUSTIFICATIVA

O número de idosos vem aumentando a cada ano, concomitante ao aumento da ocorrência de patologias que levam os idosos a depender de um cuidador. O cuidador tem um papel importante no que concerne à qualidade de vida dos idosos, no entanto, a prática diária de cuidar proporciona consequências, como por exemplo, a sobrecarga, tão presente entre os cuidadores, causando prejuízos físicos e psicológicos.

Visto que empatia é uma habilidade social importante para interação do indivíduo, é indispensável a avaliação de cuidadores tanto formais quanto informais, uma vez que a relação familiar é possivelmente um fator que interfira nos níveis de empatia na interação cuidador-idoso.

O aumento no número de idosos precisando de cuidados é bastante significativo. Sabe-se que muitas pessoas se tornam cuidadores devido a necessidades de cunho financeiro, independentemente de sua preferência em trabalhar com o cuidado de idosos. Desta forma, tem-se como hipótese que cuidadores com preferência por jovens possam apresentar maiores níveis de sobrecarga.

Os estudos mostram que a sobrecarga em cuidadores formais e informais está relacionada à gravidade da patologia e à dependência apresentada pelo idoso. Entretanto, a relação entre sobrecarga, empatia e atitude implícita ainda é pouco explorada em cuidadores.

Além disso, revisões sistemáticas realizadas pelo autor deste estudo identificaram que a atitude implícita e empatia apresentam tanto consequências positivas quanto negativas na relação profissional-paciente (MAXIMIANO-BARRETO; LUCHESI; CHAGAS, 2019; MAXIMIANO-BARRETO *et al.*, 2020). Desta forma, pensou-se na realização desses estudos, visando comparar cuidadores formais e informais, visto que os formais são cuidadores que possivelmente apresentam treinamento direcionado ao cuidado, assim como menor relação com os idosos, com a hipótese que os cuidadores formais poderiam apresentar menores níveis de empatia afetiva e, portanto, menor sobrecarga.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Analisar a relação entre empatia, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores formais e informais de idosos.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar cuidadores de idosos formais e informais quanto aos dados sociodemográficos e características de cuidado;
- Analisar a relação entre níveis de sobrecarga, sintomas depressivos, neuropsiquiátricos, empatia e atitude implícita dos cuidadores;
- Analisar a relação entre empatia e seus domínios afetivo e cognitivo com as características sociodemográficas e clínicas dos cuidadores e o contexto de cuidado;
- Analisar a relação entre empatia e seus domínios com as características clínicas e do contexto de cuidado dos cuidadores informais;
- Analisar a relação entre atitude implícita e as características sociodemográficas dos cuidadores.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Desenho

Trata-se de um estudo transversal. Caracteriza-se como sendo de natureza quantitativa (CRESWELL, 2010).

4.2. Local do estudo

Os cuidadores formais e informais foram selecionados em Unidades de Saúde, (Hospital Universitário Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci – HU (ANEXO 1), Unidade Saúde Escola – USE (ANEXO 2), cursos de cuidadores da UNIMED - viver bem (ANEXO 3), por meio de chamadas públicas (rede social) e grupos de capacitação de cuidadores voltados para demência da cidade de São Carlos-SP e região.

4.3. Participantes

A amostra foi composta por 111 cuidadores, sendo 51 formais e 60 informais que trabalham diretamente com indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos na cidade de São Carlos – SP e região. A coleta ocorreu entre março de 2018 a janeiro de 2019.

4.4. Procedimentos éticos

Após o convite para participação da pesquisa, os pesquisadores realizaram a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (APÊNDICE A), que foi assinado pelos participantes após aceite, em duas vias. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) (CAAE: 81016717.0.0000.5504) (ANEXO 4) da Universidade de São Carlos – UFSCar.

4.5. Critérios de inclusão

Os participantes foram divididos em dois grupos: cuidadores informais e cuidadores formais.

Critério de inclusão do cuidador informal:

1) exercer a função de cuidador domiciliar primário de um idoso (≥ 60 anos de idade) em um mínimo de três meses; 2) ter algum grau de parentesco com o idoso; 3)

desenvolver suas atividades em no mínimo quatro horas diárias; 4) não ter feito nenhum tipo de curso referente ao cuidado do idoso; 5) não ser remunerado pelo cuidado; e 6) ter 18 anos ou mais de idade.

Critérios de inclusão dos cuidadores formais:

1) exercer a função de cuidador de um idoso (≥ 60 anos de idade) em um mínimo de três meses; 2) ter formação específica para trabalhar como cuidador (Curso de cuidador e/ou Superior em Enfermagem, Técnico de Enfermagem); 3) desenvolver suas atividades em no mínimo quatro horas diárias; 4) ser remunerado financeiramente pelo trabalho de cuidar em uma residência familiar; 5) ter 18 anos ou mais de idade.

4.6. Critérios de exclusão

Foram excluídos os indivíduos que apresentaram déficits (visual e/ou auditivo e que não soubesse ler e escrever) que poderiam impossibilitar a compreensão dos instrumentos de avaliação, conforme a percepção dos pesquisadores e autorrelato dos cuidadores, e os que não tinham disponibilidade para participar de todas as etapas da pesquisa.

4.7. Cálculo amostral

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem encontrou um desvio padrão de 3,5 para a subescala preocupação empática da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (DUARTE; PINTO-GOUVEIA; CRUZ, 2016). Considerando uma diferença de dois pontos na média entre os grupos de cuidadores formais e informais, o total recomendado de sujeitos por grupo era de no mínimo $n=48$ participantes. Foi considerado poder do teste de 80% e nível de significância de 0,05 para o cálculo. Considerando uma perda amostral de 20%, os grupos deveriam ser compostos por 60 indivíduos cada.

4.8. Coleta e instrumentos de avaliação

Foram realizadas entrevistas previamente agendadas, nos domicílios ou nas unidades de saúde no período de março de 2018 a janeiro de 2019, por uma graduanda

em gerontologia e um psicólogo treinados para a aplicação dos instrumentos. Foram coletados dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, nível socioeconômico identificado/avaliado pela renda) e de caracterização do cuidado (cuidador formal ou informal, tempo na função de cuidador, tempo diário de cuidado com o idoso) (APÊNDICE B). Além disso, os seguintes instrumentos de avaliação foram aplicados:

Inventário de Sobrecarga de Zarit – ISZ (ANEXO 5)

O Inventário de Sobrecarga de Zarit foi desenvolvido inicialmente com 29 questões que abarcam os aspectos psicológico, saúde física, econômicos, relações sociais e outros do cuidador (ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980). Zarit, Orr e Zarit (1985) realizaram uma formulação e redução do instrumento para 22 itens. É uma escala que possibilita uma avaliação objetiva e subjetiva dos cuidadores e profissionais de saúde. Sua tradução e validação para versão brasileira foi feita por Scazufca (2002) e essa apresenta uma versão reduzida com 22 questões e cada uma corresponde a uma resposta qualitativa/quantitativa. O teste tem pontuação mínima de 0 e máxima de 88 e quanto maior a pontuação maior a ocorrência de sobrecarga (ZARIT; ZARIT, 1987).

Questionário de Saúde do Paciente – PHQ-9 (ANEXO 6)

O PHQ-9 foi desenvolvido por Spitzer *et al.* (1999). Esse instrumento é fundamentado nos critérios para rastrear episódio de depressão segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM e concomitantemente rastreia transtornos depressivos. É um instrumento com nove itens que possibilita investigar nas duas semanas anteriores o humor deprimido, anedonia, sono, cansaço/falta de energia, mudança/ falta de apetite, inutilidade/culpa, concentração e/ou lentidão/inquietação e pensamentos suicidas. Suas respostas são pontuadas numa escala *likert* de zero a três, sendo que a pontuação total vai de 0 a 27 e quanto maior a pontuação, pior o desempenho (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001; ADEWUYA; OLA; AFOLABI, 2006).

Questionário de autorrelato – SRQ-20 (ANEXO 7)

O SRQ-20 é um instrumento desenvolvido para rastreamento de sintomas psiquiátricos (HARDING *et al.*, 1980). Foi utilizada a versão traduzida para o português

brasileiro por Mari e Williams (1986) composta por 20 questões. O SRQ-20 é autoaplicável, com respostas do tipo sim/não. Esse instrumento possibilita identificar a presença de sintomas psiquiátricos como depressão, ansiedade e outros. A pontuação varia entre 0 e 20, e quanto mais alta a pontuação, maior é o sofrimento emocional.

Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal – EMRI (ANEXO 8)

A EMRI foi desenvolvida por Mark H. Davis em 1983 com intuito de avaliação multidimensional da empatia, assim como, avaliação da interdependência dos domínios cognitivo e afetivo. Foi utilizada a versão adaptada e traduzida para o português brasileiro por Koller *et al.* (2001). A EMRI avalia três dimensões (tomada de perspectiva, consideração empática e angústia pessoal) e é composta por 21 questões (7 itens para avaliar domínio cognitivo e 14 para avaliação do domínio afetivo) com respostas de um (baixa empatia) a cinco (alta empatia) e quanto maior sua pontuação maior o nível de empatia (KOLLER *et al.*, 2001).

Questionário de Avaliação Funcional – QAF (ANEXO 9)

O QAF é um instrumento que tem como principal objetivo a avaliação das atividades instrumentais de vida diária do idoso que recebe o cuidado. Foi desenvolvido por Pfeffer *et al.* (1982). Trata-se de uma escala composta por 11 itens com pontuação variando de zero a três, onde zero identifica o indivíduo independente e três o dependente. A pontuação vai de zero a 33, sendo que maior pontuação no QAF indica maior dependência. Nesse estudo foi utilizada a versão brasileira traduzida e validada por Dutra *et al.* (2015).

Teste de Associação Implícita – TAI/Jovem-idoso

O TAI/jovem-idoso é um instrumento desenvolvido por Greenwald, McGhee e Schwartz (1998), com objetivo de avaliar a atitude implícita entre a preferência por jovens e/ou idosos. O TAI/jovem-idoso é realizado em um computador e deve ser respondido no máximo em cinco minutos.

Esse instrumento é composto por cinco blocos, sendo três de treino (1, 2 e 4) e dois de teste (3, 5). No centro da tela do computador aparecem imagens de idosos e jovens, assim como, adjetivos positivos e negativos. O participante deve pressionar um

botão (“E” e “I”) de acordo com a associação. Antes da realização de cada bloco instruções aparecem com intuito de deixar claro o que o indivíduo deve fazer para iniciar cada bloco. Abaixo encontra-se a descrição dos blocos:

Os blocos 1 e 4 são blocos treino de associação simples. O primeiro bloco é composto por imagens de jovens e idosos, sendo 10 de idosos e 10 de jovens e o sujeito pesquisado deve categorizar essas imagens de acordo com as palavras que são demonstradas no lado superior da tela. Essas imagens se repetem por duas vezes. No bloco 4 são apresentados 40 itens, sendo 20 de jovens e 20 de idosos. As palavras que devem ser associadas entre as imagens que se apresentam no centro da tela do computador se alteram como apresentada na Quadro 1.

O bloco 2 também é considerado de associação simples e é composto por 20 itens, no entanto, diferente dos dois blocos treino, esse bloco é composto por adjetivos positivos (Alegria, Amor, Paz, Maravilhoso, Feliz) e negativos (Agonia, Terrível, Horrível, Malvado, Ferido). Os itens que compõem esse bloco se repetem por duas vezes cada.

Os blocos 3 e 5 são blocos de teste de associação dupla, no entanto os descritores que se encontram nas laterais direita e esquerda da tela do computador são invertidos, assim como o bloco 1 e 4 apresentado na tabela abaixo.

A cada resposta emitida corretamente um √ (verde) no centro da tela aparece e quando incorreta um X (vermelho). As imagens assim como os adjetivos que compõem esse teste apresentam-se de forma randomizada a cada bloco. A análise do TAI se dá mediante o tempo de resposta de cada indivíduo (GREENWALD; MCGHEE; SCHWARTZ, 1998).

Quadro 1. Organização do TAI/jovem-idoso

Blocos		Tipo de associação	Categorias (palavras da esquerda e da direita)	Nº de itens
Bloco 1	Treinamento	Simple	Jovem Idoso	20
Bloco 2	Treinamento	Simple	Bom Mau	20
Bloco 3	Teste	Dupla	Jovem ou Bom Idoso ou Mau	60
Bloco 4	Treinamento	Simple	Idoso Jovem	40
Bloco 5	Teste	Dupla	Idoso ou Bom Jovem ou Mau	60

Fonte: Autor.

A identificação da associação implícita ocorre mediante os escores obtidos nos blocos congruentes e incongruentes. O bloco incongruente (A), bloco com menor média de tempo de associação, enquanto o congruente (B) é aquele com maior associação (GREENWALD *et al.*, 1998). Desta forma, calcula-se o tempo de resposta entre os blocos A e B (e.g., $TAI = A - B$). Greenwald, Nosek e Benaji (2003) desenvolveram o escore D (GNB *Score*) para análise das diferenças entre os blocos A e B (escore convencional) aplica-se uma divisão do desvio-padrão (DP) diante de todas as latências de resposta nos blocos teste (3, 5).

O escore D é realizado para identificação final do que se busca na aplicação do TAI. Esse escore apresenta uma variação (-2 a +2) onde resultados negativos caracterizam-se como contrários ao que se é investigado, e os positivos, atitude favorável ao objetivo (GREENWALD *et al.*, 2003; STÜTTGEN *et al.*, 2011). O valor de 0,15 associação encontrado no escore D revela não haver preferência; 0,16 a 0,35 identifica-se uma baixa associação; 0,36 a 0,65 apresenta uma preferência moderada, e uma associação igual ou superior a 0,65 revela uma forte preferência (SRIRAM; GREENWALD, 2009). O TAI apresentou alta confiabilidade no teste-reteste realizado por Nosek, Greenwald, Benaji (2007).

4.9. Análise dos dados

Após o preenchimento de todos os instrumentos os dados foram digitados e tabulados no Microsoft Excel versão 2013 e em seguida foram analisados no *software Statistica Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0. A análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos foi realizada demonstrando frequência relativa (%), média (\bar{X}) e desvio padrão (σ).

Foram feitas análises com os testes Kolmogorov-Smirnov com amostra maior que $n=30$ e para amostra menor realizou-se o teste Shapiro Wilk (estratificando os cuidadores informais), ambos para avaliar a normalidade dos dados. Para os dados não paramétricos aplicou-se o teste estatístico Rô de Spearman (variáveis: EMRI-Total, EMRI-Afetiva, ISZ, PHQ-9, SRQ-20, QAF e TAI), e o de Pearson foi utilizado para os dados paramétricos (variável: EMRI-Cognitiva), visando definir se variáveis são diretamente ou inversamente correlacionadas. Para análise da classificação da magnitude dos valores do Coeficiente de correlação de Pearson (r) utilizou-se os valores descrita por Dancey e

Reidy (2006) apresentada no Quadro 2.

Quadro 2. Valores do Coeficiente de correlação de Pearson (r).

Classificação	Fraca	Moderada	Forte
		r	
Positivo	0,10 a 0,39	0,40 a 0,69	0,70 a 1
Negativo	-0,10 a -0,39	-0,40 a -0,69	-0,70 a -1

Fonte: Autor.

Para análise das variáveis não paramétricas utilizou-se os testes Mann Whitney para comparação de dois grupos (formais e informais, sexo masculino e feminino, morar sim ou não com idoso) e Kruskal Wallis para comparação com mais de dois grupos (estado civil, escolaridade, idade).

A comparação das variáveis dependentes entre os grupos ocorreu pela análise de variância simples *One-Way* (ANOVA) *post hoc* Bonferroni ($\alpha < 0,05$). O teste Chi-quadrado (χ^2) foi utilizado para analisar os dados categóricos como sexo, estado civil, morar com idoso e outros. O nível de significância adotado em todas as análises foi de $p \leq 0,05$.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos cuidadores formais e informais e contexto do cuidado

A amostra foi composta por n=111 cuidadores de idosos, sendo 54,6% (n=60) informais e 45,4% (n=51) formais que desenvolvem o cuidado em residência familiar.

As características sociodemográficas dos cuidadores de idosos formais e informais como sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor da pele e outros estão apresentados de forma detalhada na Tabela 1.

Observa-se uma alta prevalência de cuidadores do sexo feminino em ambos os grupos, com um total de 91,0%. A idade dos cuidadores variou entre 19-76, com média de 45,36 anos ($\pm 14,53$). É possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas variáveis idade ($p=0,001$), estado civil ($p=0,038$), morar com idosos ($p=0,001$), renda salarial ($p=0,001$), tempo de cuidador ($p=0,027$), dias da semana ($p=0,001$) e horas trabalhadas por dia ($p=0,001$). Os resultados demonstram que os cuidadores informais quando comparados aos formais são mais velhos, com menor escolaridade, a maioria casados e com maior tempo em horas, meses e dias de cuidado.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores de idosos formais e informais de São Carlos – SP e região, 2018-2019.

Variáveis	Total (N=111)	Grupo Informal (n=60)	Grupo Formal (n=51)	P
Sexo				
Feminino	91,0%	88,3%	94,1%	0,291
Masculino	9,0%	11,7%	5,9%	
Idade				
	45,36 ($\pm 14,53$)	50,01 ($\pm 13,93$)	39,90 ($\pm 13,37$)	0,001**
19-29	20,7%	15,0%	27,5%	
30-49	35,1%	25,0%	47,1%	
50+	44,1%	60,0%	25,5%	
Escolaridade	11,34 ($\pm 4,01$)	11,13 ($\pm 4,61$)	11,58 ($\pm 3,17$)	0,980
Estado civil				
Solteiro	36,9%	26,7%	49,0%	0,038*
Casado	42,3%	48,3%	35,3%	
Divorciado	13,5%	13,3%	13,7%	
Viúvo	7,2%	11,7%	2,0%	
Cor/Raça				
Branco	66,7%	71,7%	60,8%	0,296
Preto	9,9%	5,0%	15,7%	
Pardo	20,7%	21,7%	19,6%	
Amarelo	1,8%	1,7%	2,0%	
Indígena	0,9%	-	2,0%	
Patologia do idoso cuidado				
AVE	16,2%	21,7%	9,8%	0,362

DA	42,3%	35,0%	51,0%	
Demência	4,5%	5,0%	3,9%	
Independência Funcional	23,4%	23,3%	23,5%	
Outros	13,5%	15,0%	11,8%	
Morar com idoso				
Sim	36,9%	65,0%	3,9%	0,001**
Não	63,1%	35,0%	96,1%	
Parentesco dos cuidadores				
Filhos (as)	-	61,7%	-	
Netos (as)	-	11,7%	-	
Cônjuge	-	6,7%	-	-
Outros	-	20,0%	-	
Renda salarial (em salários mínimos)¹				
	2,26 (±0,79)	2,60 (±0,64)	1,86 (±0,77)	0,001**
Tempo de cuidador (anos)				
	4,36 (±5,31)	5,03 (±5,62)	3,58 (±4,86)	0,027*
Dias da semana de cuidado				
	5,50 (±1,78)	6,13 (±1,67)	4,76 (±1,64)	0,001**
Horas diárias de cuidado				
	12,29 (±4,14)	13,20 (±4,60)	11,22 (±3,25)	0,001**

AVE: Acidente vascular encefálico; DA: Doença de Alzheimer. ¹O valor do salário mínimo para o ano de 2018 no Brasil foi de R\$ 954,00 reais e atualmente é de R\$ 998,00 (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019).

* p<0,05; ** p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados de caracterização clínica entre os cuidadores de idosos são apresentados na Tabela 2. É possível identificar uma diferença entre os grupos estatisticamente significativa em relação ao instrumento de empatia (EMRI) tanto no EMRI-Total, quanto no domínio afetivo (p=0,001). Essa diferença também é observada nas escalas que rastreiam sintomas neuropsiquiátricos (SRQ-20) (p=0,001), sintomas depressivos (PHQ-9) (p=0,005), sobrecarga (ISZ) (p=0,001) e dependência funcional dos idosos cuidados (QAF) (p=0,007). Quanto ao teste de atitude implícita (TAI), não houve diferença entre os cuidadores (p=0,657). No entanto, é possível observar que os cuidadores apresentam uma preferência implícita por indivíduos jovens quando comparados aos idosos (*D* *escore*=0,23). Os cuidadores formais quando comparado aos informais apresentam maior preferência por jovem (*D* *escore*=0,24).

Tabela 2 – Caracterização clínica dos grupos de cuidadores formais e informais de idosos de São Carlos – SP e região. 2018-2019.

Variáveis	Total (N=111)	Grupo Informal (n=60)	Grupo Formal (n=51)	P
EMRI-Total	75,93 (±11,32)	79,75 (±11,13)	71,45 (±9,90)	0,001**
EMRI-Afetiva	50,68 (±9,43)	54,45 (±9,37)	46,25 (±7,41)	0,001**
EMRI-Cognitiva	25,34 (±4,06)	25,46 (±3,66)	25,19 (±4,51)	0,920
ISZ	23,07 (±13,09)	28,11 (±13,25)	17,13 (±10,17)	0,001**
PHQ-9	6,99 (±6,05)	8,55 (±6,56)	5,15 (±4,83)	0,005**
SRQ-20	6,00 (±4,36)	7,56 (±4,42)	4,15 (±3,51)	0,001**
QAF	25,38 (±9,29)	23,30(±9,12)	27,84 (±8,96)	0,007**
TAI	<i>D</i> = 0,23 (±0,36)	<i>D</i> = 0,21 (±0,35)	<i>D</i> = 0,24 (±0,38)	0,657

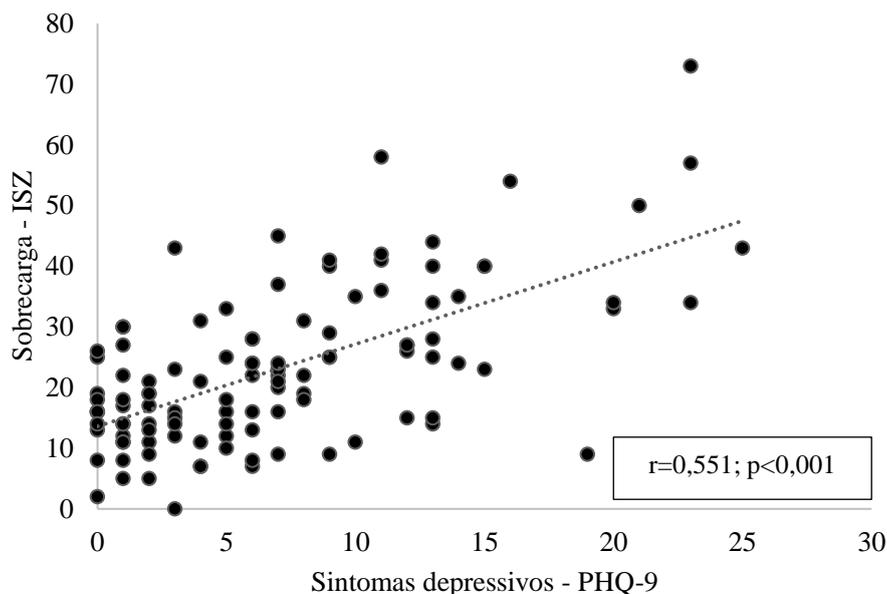
EMRI-Total: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **EMRI-Afetiva:** Domínio Afetivo na Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **EMRI-Cognitiva:** Domínio Cognitivo na Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **ISZ:** Inventário de Sobrecarga de Zarit; **PHQ-9:** Questionário de Saúde do Paciente; **SRQ-20:** Questionário de autorrelato; **QAF:** Questionário de Avaliação Funcional; **TAI:** Teste de Associação Implícita.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *D* = score TAI.

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2. Relação entre os níveis de sobrecarga, sintomas depressivos, neuropsiquiátricos, empatia e atitude implícita dos cuidadores

Com relação a sobrecarga (ISZ) e a possível ocorrência de sintomas depressivos (PHQ-9), observa-se que quanto maior o nível de sobrecarga, maior a ocorrência de sintomatologia depressiva entre os cuidadores como demonstra a Figura 1.

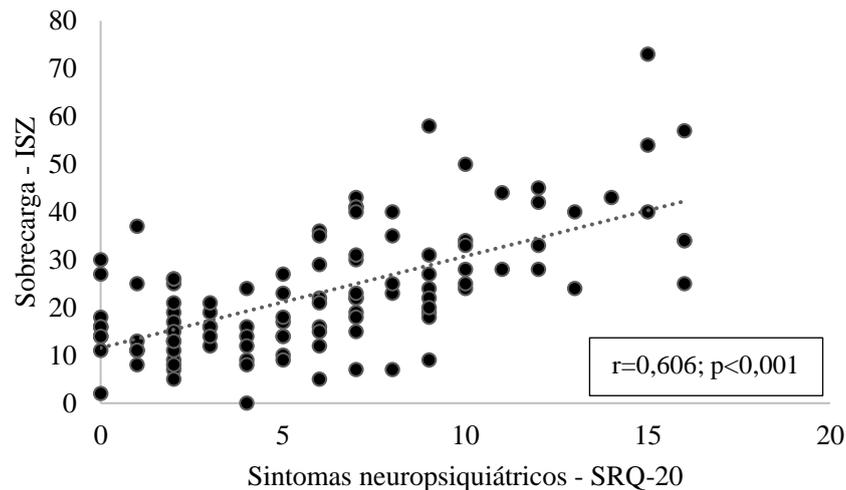


r= Pearson

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 1 – Correlação entre sobrecarga e sintomas depressivos entre cuidadores de idosos, São Carlos – SP e região, 2018-2019.

A Figura 2 ilustra a correlação da sobrecarga (ISZ) com os sintomas neuropsiquiátricos (SRQ-20). É possível visualizar uma correlação positiva moderada, na qual o alto nível de sobrecarga corrobora para o aumento da ocorrência de sintomas neuropsiquiátricos.



r= Pearson

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 2 – Correlação entre sobrecarga e sintomas neuropsiquiátricos entre cuidadores de idosos, São Carlos – SP e região, 2018-2019.

A Tabela 3 apresenta a relação entre a empatia EMRI-Total e seus domínios, e sobrecarga (ISZ), sintomas depressivos (PHQ-9), sintomas neuropsiquiátricos (SRQ-20) e atitude implícita (TAI). É possível identificar uma correlação fraca entre EMRI-Total e ISZ ($r=0,203$; $p=0,033$), PHQ-9 ($r=0,341$; $p=0,001$), SRQ-20 ($r=0,355$; $p=0,001$).

Quanto ao domínio EMRI-Afetiva e os testes, existe uma correlação positiva fraca com o ISZ ($r=0,223$; $p=0,019$) e o PHQ-9 ($r=0,377$; $p=0,001$); e correlação positiva moderada com a SRQ-20 ($r=0,422$; $p=0,001$). Quanto ao TAI e a EMRI não houve correlação significativa.

Tabela 3 – Correlação da empatia total e dos domínios afetivo e cognitivo com os testes clínicos. São Carlos – SP e região. 2018-2019.

Variáveis	EMRI-Total	EMRI-Afetiva	EMRI-Cognitiva
ISZ	$r=0,203$; $p=0,033^*$	$r=0,223$; $p=0,019^{**}$	$\rho=0,086$; $p=0,368$
PHQ-9	$r=0,341$; $p<0,001^{**}$	$r=0,377$; $p<0,001^{**}$	$\rho=0,034$; $p=0,722$
SRQ-20	$r=0,355$; $p<0,001^{**}$	$r=0,422$; $p<0,001^{**}$	$\rho=0,051$; $p=0,597$
TAI	$r=-0,045$; $p=0,640$	$r=-0,039$; $p=0,685$	$\rho=-0,030$; $p=0,755$

EMRI-Total: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **EMRI-Afetiva:** Domínio Afetivo na Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **EMRI-Cognitiva:** Domínio Cognitivo na Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **ISZ:** Inventário de Sobrecarga de Zarit; **PHQ-9:** Questionário de Saúde do Paciente; **SRQ-20:** Questionário de autorrelato; **TAI:** Teste de Associação Implícita

* $p<0,05$; ** $p<0,001$; r= Pearson; ρ = Rô Spearman

Fonte: Dados da pesquisa.

5.3. Relação da empatia e seus domínios Afetivo e Cognitivo com as características sociodemográfica e clínicas do cuidador e com o contexto de cuidado.

A Tabela 4 demonstra a relação dos dados sociodemográficos como idade, sexo, escolaridade, estado civil e residir com idoso com a EMRI-Total e o domínio afetivo (EMRI-Afetiva). Após a identificação da diferença foi feito teste *post hoc* Bonferroni ($\alpha < 0,05$) para verificar onde encontra-se a diferença entre as variáveis. Dessa forma, uma relação estatisticamente significativa foi encontrada para a idade ($p=0,009$), sendo que os indivíduos com idade ≥ 50 anos quando comparados aos cuidadores com idade entre 19-29 anos apresentam maior nível de empatia. Os indivíduos com idade ≥ 50 anos também apresentam no domínio afetivo resultado significativo ($p=0,002$) com maior empatia afetiva quando comparados aos participantes com idade entre 19-29 e 30-49 anos.

Quanto ao sexo, as cuidadoras apresentam maior nível de empatia ($p=0,036$). Nos domínios afetivo e cognitivo, não houve diferença significativa. Com relação à escolaridade, houve diferença significativa no domínio afetivo ($p=0,032$) com diferença nos cuidadores com nível de escolaridade fundamental ($55,24 \pm 9,60$) quando comparados aos cuidadores com ensino médio ($49,32 \pm 9,07$). Ou seja, nesta amostra os cuidadores com baixa escolaridade são mais empáticos.

No que concerne ao estado civil, tanto na EMRI-Total ($p=0,021$) quanto no domínio afetivo ($p=0,015$), identifica-se que os viúvos ($86,75 \pm 5,80$) apresentam maior nível de empatia quando comparados aos solteiros ($73,09 \pm 12,65$) e divorciados ($72,73 \pm 9,62$). No domínio afetivo, os viúvos apresentam maior empatia afetiva quando comparados aos solteiros e casados ($p=0,005$). Além disso, morar com idosos também auxilia no aumento da EMRI-Total ($p=0,021$) e EMRI-Afetiva ($p=0,015$).

Tabela 4 – Relação entre empatia e seus domínios e variáveis sociodemográficas dos cuidadores de idosos de São Carlos – SP e região. 2018-2019.

Variáveis	EMRI-Total		EMRI-Afetivo		EMRI-Cognitivo	
	\bar{X} ; σ	<i>P</i>	\bar{X} ; σ	<i>P</i>	\bar{X} ; σ	<i>P</i>
Idade						
19-29	70,21 ($\pm 11,80$) \downarrow	0,009**	46,00 ($\pm 8,74$) \downarrow	0,002**	24,21 ($\pm 4,48$)	0,179
30-49	75,10 ($\pm 9,45$)		49,10 ($\pm 7,41$) \blacklozenge		26,00 ($\pm 3,83$)	
50+	79,28 ($\pm 11,47$) \downarrow		54,14 ($\pm 10,02$) $\downarrow\blacklozenge$		25,34 ($\pm 3,99$)	
Sexo						
Feminino	76,68 ($\pm 11,03$)	0,036*	51,02 ($\pm 9,33$)	0,082	25,57 ($\pm 4,00$)	0,070
Masculino	68,40 ($\pm 12,07$)		45,40 ($\pm 9,16$)		23,00 ($\pm 4,13$)	
Escolaridade						
Fundamental	80,32 ($\pm 12,19$)	0,101	55,24 ($\pm 9,60$) \downarrow	0,032*	25,08 ($\pm 4,88$)	0,915
Médio	74,49 ($\pm 10,61$)		49,32 ($\pm 9,07$) \downarrow		25,34 ($\pm 3,90$)	
Superior	74,96 ($\pm 11,30$)		49,41 ($\pm 9,07$)		25,54 ($\pm 3,73$)	
Estado civil						
Solteiro	73,09 ($\pm 12,65$) \blacklozenge	0,003**	48,68 ($\pm 9,98$) \downarrow	0,005**	24,41 ($\pm 4,41$)	0,159
Casado	77,59 ($\pm 10,02$)		51,63 ($\pm 8,93$) \blacklozenge		25,95 ($\pm 3,56$)	
Divorciado	72,73 ($\pm 9,62$) \downarrow		47,80 ($\pm 7,53$)		24,93 ($\pm 3,86$)	
Viúvo	86,75 ($\pm 5,80$) $\downarrow\blacklozenge$		60,75 ($\pm 5,25$) $\downarrow\blacklozenge$		27,25 ($\pm 4,74$)	
Morar com idoso						
Sim	78,75 ($\pm 11,01$)	0,021*	53,31 ($\pm 9,47$)	0,015*	25,68 ($\pm 3,88$)	0,748
Não	74,28 ($\pm 11,25$)		49,14 ($\pm 9,12$)		25,14 ($\pm 4,17$)	

EMRI-Total: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **EMRI-Afetiva:** Domínio Afetivo na Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **EMRI-Cognitiva:** Domínio Cognitivo na Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal.

\bar{X} : média; σ : desvio padrão; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; σ desvio padrão; $\blacklozenge\downarrow$ *post hoc* Bonferroni ($\alpha < 0,05$).

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 5 apresenta a correlação entre o tempo de cuidado com sintomas depressivos (PHQ-9), sintomas neuropsiquiátricos (SRQ-20) e sobrecarga (ISZ). Constata-se nesta tabela que o tempo de cuidado entre os indivíduos que compõem essa amostra está relacionado com o aumento de sintomas neuropsiquiátricos ($r=0,187$; $p=0,049$) e sobrecarga ($r=0,212$; $p=0,025$), assim como os dias trabalhados reforçam a ocorrência dos sintomas neuropsiquiátricos ($r=0,237$; $p=0,012$) e sobrecarga ($r=0,297$; $p=0,002$). Quanto às horas de cuidado diário, não houve correlação significativa.

Tabela 5 – Correlação entre o contexto do cuidado e os testes clínicos com cuidadores de idosos em São Carlos – SP e região. 2018-2019.

Variáveis	PHQ-9	SRQ-20	ISZ
Tempo de cuidado (anos)	$r=-0,002$; $p=0,982$	$r=0,187$; $p=0,049^*$	$r=0,212$; $p=0,025^*$
Horas trabalhadas por dia	$r=0,054$; $p=0,574$	$r=0,176$; $p=0,064$	$r=0,163$; $p=0,087$
Dias trabalhados na semana	$r=0,162$; $p=0,089$	$r=0,237$; $p=0,012^{**}$	$r=0,297$; $p=0,002^{**}$

PHQ-9: Questionário de Saúde do Paciente; **SRQ-20:** Questionário de autorrelato; **ISZ:** Inventário de Sobrecarga de Zarit.

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; $r=$ Teste de *Pearson*.

Fonte: Dados da pesquisa.

5.4. Relação da empatia e seus domínios Afetivo e Cognitivo com as características clínicas do contexto de cuidado dos cuidadores informais.

Com intuito de identificar o nível de empatia entre os cuidadores informais em relação a EMRI-Total, EMRI-Afetiva e EMRI-Cognitiva, os cuidadores foram divididos em quatro grupos: filhos (as), netos (as), cônjuge e outros (sobrinho (a), nora/genro, cunhado (a), irmão) e por meio do teste *post hoc* Bonferroni ($\alpha<0,05$) identificou-se diferença estatisticamente significativa para EMRI-Total ($p=0,011$), domínios EMRI-Afetiva ($p=0,035$) e EMRI-Cognitiva ($p=0,020$), nos qual os netos apresentaram menor empatia, como demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 – Relação entre empatia e seus domínios e o grau de parentesco dos cuidadores informais de idosos de São Carlos – SP e região, 2018-2019.

Variáveis	EMRI-Total		EMRI-Afetiva		EMRI-Cognitiva	
	\bar{X} ; σ	<i>P</i>	\bar{X} ; σ	<i>P</i>	\bar{X} ; σ	<i>P</i>
Filhos (as)	80,86 ($\pm 10,44$) \blacklozenge		55,27 ($\pm 9,18$) \blacklozenge		25,86 ($\pm 3,28$) \blacklozenge	
Netos (as)	65,71 ($\pm 10,41$) $\blacklozenge\downarrow$	0,011*	44,57 ($\pm 8,07$) $\blacklozenge\downarrow$	0,035*	21,14 ($\pm 3,57$) $\blacklozenge\downarrow$	0,020*
Cônjuge	82,00 ($\pm 7,95$)		55,00 ($\pm 6,68$)		27,00 ($\pm 1,41$) \downarrow	
Outros	83,75 ($\pm 9,10$) \downarrow		57,00 ($\pm 8,53$) \downarrow		26,25 ($\pm 3,91$) \downarrow	

EMRI-Total: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **EMRI-Afetiva:** Domínio Afetivo na Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **EMRI-Cognitiva:** Domínio Cognitivo na Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal.

\bar{X} : média; σ : desvio padrão; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; σ desvio padrão; $\blacklozenge\downarrow$ *post hoc* Bonferroni ($\alpha < 0,05$).

Fonte: Dados da pesquisa.

Visando identificar a relação entre sobrecarga (ISZ), sintomas depressivos (PHQ-9) e neuropsiquiátricos (SRQ-20) com a empatia (EMRI) e seus domínios (EMRI-Afetiva e EMRI-Cognitiva) em relação aos familiares de cuidadores informais, é possível identificar que para os filhos (as) houve uma correlação fraca ($\rho=0,357$; $p=0,030$) quanto a EMRI-Total e a ocorrência de sintomas depressivos. Já para os cônjuges ($\rho=-0,987$; $p=0,013$) houve uma correlação inversa forte entre a EMRI-Total e sintomas neuropsiquiátricos e os outros cuidadores, ou seja, com outros graus de parentesco apresentam ($\rho=0,691$; $p=0,013$) uma correlação positiva moderada.

Quanto ao domínio EMRI-Afetivo, para os filhos (as), houve uma correlação positiva moderada quanto aos sintomas depressivos ($\rho=0,387$; $p=0,018$) e sintomas neuropsiquiátricos ($\rho=0,358$; $p=0,030$). Para os cônjuges houve uma correlação negativa forte quanto os sintomas neuropsiquiátricos ($\rho=-0,986$; $p=0,014$) e para os cuidadores com outros graus de parentesco também houve uma correlação moderada na ocorrência de sintomas neuropsiquiátricos ($\rho=0,696$; $p=0,012$).

Por fim, no domínio EMRI-Cognitiva, para os netos (as) houve uma correlação negativa forte quanto a ocorrência de sintomas neuropsiquiátricos ($\rho=-0,772$; $p=0,042$) como demonstra a Tabela 7, ou seja, quanto maior empatia cognitiva menores sintomas neuropsiquiátricos.

Tabela 7 – Relação entre Empatia (EMRI) e testes clínicos entre os cuidadores familiares de idosos de São Carlos – SP e região. 2018-2019.

Variáveis	EMRI-Total			
	Filho (a)	Neto (a)	Cônjuge	Outros
ISZ	$\rho=-0,036$; $p=0,834$	$\rho=-0,407$; $p=0,365$	$\rho=-0,254$; $p=0,746$	$\rho=-0,112$; $p=0,730$
PHQ-9	$\rho=0,357$; $p=0,030^*$	$\rho=-0,583$; $p=0,169$	$\rho=-0,168$; $p=0,832$	$\rho=0,566$; $p=0,055$
SRQ-20	$\rho=0,371$; $p=0,024^*$	$\rho=-0,369$; $p=0,416$	$\rho=-0,987$; $p=0,013^*$	$\rho=0,691$; $p=0,013^*$
	EMRI-Afetivo			
	Filho (a)	Neto (a)	Cônjuge	Outros
ISZ	$\rho=-0,056$; $p=0,742$	$\rho=-0,259$; $p=0,575$	$\rho=-0,333$; $p=0,667$	$\rho=0,078$; $p=0,809$
PHQ-9	$\rho=0,387$; $p=0,018^*$	$\rho=-0,410$; $p=0,361$	$\rho=-0,200$; $p=0,800$	$\rho=0,563$; $p=0,057$
SRQ-20	$\rho=0,358$; $p=0,030^*$	$\rho=-0,410$; $p=0,361$	$\rho=-0,986$; $p=0,014^*$	$\rho=0,696$; $p=0,012^*$
	EMRI-Cognitivo			
	Filho (a)	Neto (a)	Cônjuge	Outros
ISZ	$\rho=0,069$; $p=0,684$	$\rho=-0,602$; $p=0,153$	$\rho=-0,148$; $p=0,852$	$\rho=0,089$; $p=0,783$
PHQ-9	$\rho=0,181$; $p=0,285$	$\rho=-0,572$; $p=0,180$	$\rho=0,000$; $p=1,000$	$\rho=0,089$; $p=0,784$
SRQ-20	$\rho=0,212$; $p=0,208$	$\rho=-0,772$; $p=0,042^*$	$\rho=-0,890$; $p=0,110$	$\rho=0,090$; $p=0,781$

EMRI-Total: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **EMRI-Afetiva:** Domínio Afetivo na Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **EMRI-Cognitiva:** Domínio Cognitivo na Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; **ISZ:** Inventário de Sobrecarga de Zarit; **PHQ-9:** Questionário de Saúde do Paciente; **SRQ-20:** Questionário de autorrelato.

* $p<0,05$; ρ = Rô Spearman.

Fonte: Dados da pesquisa.

5.5. Relação entre atitude implícita e as características sociodemográficas dos cuidadores

A atitude implícita foi relacionada com dados sociodemográficos dos cuidadores de idosos para identificar se existe associação entre esses fatores e uma possível preferência entre público jovem ou idoso. É possível identificar que não houve relação significativa com as variáveis idade, sexo, escolaridade, estado civil e morar com idoso. Esses resultados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Análise do teste de atitude implícita em relação aos dados sociodemográficos nos cuidadores de idosos de São Carlos – SP e região, 2018-2019.

Variáveis	$\bar{X}; \sigma$	TAI	P
Idade			
19-29	0,27 ($\pm 0,38$)		0,227
30-49	0,16 ($\pm 0,33$)		
50+	0,26 ($\pm 0,38$)		
Sexo			
Feminino	0,24 ($\pm 0,37$)		0,244
Masculino	0,13 ($\pm 0,27$)		
Escolaridade			
Fundamental	0,14 ($\pm 0,37$)		0,538
Médio	0,25 ($\pm 0,37$)		
Superior	0,25 ($\pm 0,35$)		
Estado civil			
Solteiro	0,19 ($\pm 0,33$)		0,436
Casado	0,24 ($\pm 0,37$)		
Divorciado	0,31 ($\pm 0,42$)		
Viúvo	0,14 ($\pm 0,38$)		
Morar com idoso			
Sim	0,19 ($\pm 0,35$)		0,521
Não	0,25 ($\pm 0,37$)		

TAI: Teste de Associação Implícita.

\bar{X} : média; σ : desvio padrão.

Fonte: Dados da pesquisa.

6. DISCUSSÃO

6.1. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores de idosos, formais e informais

Esse estudo apresenta uma alta prevalência de indivíduos do sexo feminino 91,0% (n=101), corroborando com outros estudos realizados com cuidadores de idosos (KAMIYA *et al.*, 2014; JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018; TANA *et al.*, 2019). O estudo realizado na Itália por Tana *et al.* (2019) com a participação de 406 cuidadores de idosos de pacientes em um ambulatório demonstrou uma prevalência do sexo feminino de 78%. Uma outra pesquisa com uma amostra composta por 2.897 cuidadores de idosos com idade entre 45 e 64 anos de alguns países da Europa como Alemanha, Grécia, Itália, Polônia, Suécia e Reino Unido apresenta prevalência de 81,3% do sexo feminino no papel de cuidador de idosos tanto formal quanto informal (PRINCIPI *et al.*, 2014).

Quanto à idade, os cuidadores apresentam uma média de 45,36 anos de idade, e esse achado é identificado em estudos nos quais a maioria dos cuidadores são adultos com média de idade de 46,7 anos (ARAÚJO *et al.*, 2013) e 47,41 (ANJOS *et al.*, 2015). Com relação à escolaridade, o estudo de Araújo *et al.* (2013) realizado com 20 cuidadores informais mostrou que eles possuíam ensino médio completo, e esse resultado apresenta consonância com o desta pesquisa.

Em contrapartida, Amendola, Oliveira e Alvarenga (2013) e Simonetti e Ferreira (2008) realizaram suas pesquisas com cuidadores de idosos e ambos encontraram uma baixa escolaridade dos cuidadores. Esses resultados também são compatíveis com estudos internacionais e nacionais (GUEDEA *et al.*, 2009; GONÇALVES *et al.*, 2011). Possivelmente o que pode justificar a alta escolaridade dos cuidadores informais quando comparada a outros estudos é que a cidade onde foi desenvolvida a pesquisa tem duas universidades públicas com estudantes dos mais diversos níveis, servidores e professores. Muitos destes familiares vinculados à universidade também podem assumir o papel de cuidador informal.

No que concerne a cor/raça dos cuidadores que compõem essa amostra, 66,7% se auto declararam brancos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 46,3% dos brasileiros eram de cor branca e no Estado de São Paulo – SP 63,1% da população se auto declarou como sendo branca o que pode justificar a prevalência dessa cor/raça nesta amostra (BRASIL, 2013).

Outro fator importante a ser discutido é em relação a residir ou não com os idosos. Dos n=111 cuidadores que compõem essa amostra apenas 36,9% dos cuidadores residem com os idosos e, destes, 65,0% são cuidadores informais e 35,0% formais. Estudos

revelam que os familiares servem de apoio não só social para os idosos, e isso auxilia na possível diminuição das consequências acarretadas pela patologia e outros fatores que podem influenciar negativamente na saúde dos idosos e qualidade de vida - QV (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011; ANJOS *et al.*, 2015).

Diversos fatores são contribuintes para designar o papel de cuidador informal entre os familiares. Essa função normalmente passa a ser desenvolvida por um único familiar, ou seja, o cuidador primário, que pode ser cônjuge, filho, irmão ou outros. Os filhos foram a maioria dos cuidadores neste estudo (61,7%). De forma similar, o estudo realizado por Mello *et al.* (2017) apresentou que filhos correspondem a 56,2% dos cuidadores. Esses mesmos achados são corroborados por López-Martínez, Frias-Osuna e Del-Pino-Casado (2017) que também encontraram que cuidadores familiares são na sua maioria composta por filhos(as) 74,2%.

O que leva a não contratação de cuidadores formais muitas vezes está relacionado com a renda (MOREIRA; CALDAS, 2007). A média de salários mínimos *per capita* dos cuidadores que participaram desta pesquisa foi de 2,26 ($\pm 0,79$). Os cuidadores formais apresentam menor renda (média 1,86 $\pm 0,77$). O salário mínimo em 2018 no Brasil era de R\$ 954,00 reais (BRASIL, 2017) e atualmente é de R\$ 998,00 (BRASIL, 2019).

Quanto às características do desenvolvimento do trabalho de cuidar, identifica-se que os cuidadores desempenham o papel de cuidado em média a 4,36 anos, sendo que os cuidadores informais desempenham este papel há mais tempo quando comparados com os cuidadores formais.

Estudo realizado em Santa Catarina mostrou que os cuidadores desenvolvem suas atividades de cuidado há 53,7 meses (SOUZA *et al.*, 2015), o que demonstra relação com o tempo de cuidador apresentado em anos nesta pesquisa. Quanto ao tempo de trabalho, Diniz *et al.* (2018) demonstraram que os cuidadores informais desenvolvem suas atividades de cuidador 19,5 horas diárias enquanto os cuidadores formais 7,5 horas (DINIZ *et al.*, 2018). Ou seja, os cuidadores informais se debruçam mais tempo no cuidado. No presente estudo, a média foi de 12,29 horas diárias, sendo maior também para os cuidadores informais.

Dos idosos cuidados 42,3% apresentam Doença de Alzheimer – DA, 23,4% incapacidade funcional, 16,2% Acidente Vascular Cerebral –AVC, 13,5% outras patologias e 4,5% outros tipos de demência. Estudos têm demonstrado que idosos com demência e/ou incapacidades crônicas apresentam alta dependência de cuidadores e quando esse cuidador é familiar apresentam assistência crucial aos idosos além de suas

outras responsabilidades (HUNG *et al.*, 2011). Outro ponto importante está relacionado com a possível hospitalização dos pacientes, a qual pode levar o cuidador, quando familiar, a ter que sair de seu emprego possibilitando o aumento de suas horas como cuidador (THIES; BLEILER, 2013).

6.2. Sobrecarga, empatia e atitude implícita entre os cuidadores de idosos formais e informais.

A sobrecarga é uma das consequências do processo de cuidar assim como a ansiedade, a depressão, os sintomas neuropsiquiátricos e outros. Nesta amostra, a sobrecarga foi identificada entre os cuidadores formais e informais.

Médias semelhantes no instrumento também são identificadas em outros estudos como por exemplo, o estudo realizado por Folquitto *et al.* (2013) realizado em São Paulo – SP com a participação de 61 cuidadores de idosos com DA que apresentaram uma média de 20,11 na escala ISZ. Storti (2014) desenvolveu sua pesquisa com 96 cuidadores de idosos com demência no interior de São Paulo e sua amostra apresentou uma pontuação média de 25,2. Na literatura internacional, esses resultados também apresentam consonância (BERGVALL *et al.*, 2011).

Diversos estudos são realizados com cuidadores de idosos, uma vez que há uma alta ocorrência da sobrecarga entre cuidadores tanto formais quanto informais (PEREIRA *et al.*, 2013; LÓPEZ-MARTÍNEZ; FRIAS-OSUNA; DEL-PINO-CASADO, 2017; DINIZ *et al.*, 2018), dado que a sobrecarga é uma das principais consequências no que refere-se a manutenção e prestação de assistência à saúde do idoso.

Figueiredo e Sousa (2008) realizaram sua pesquisa com objetivo de avaliar e comparar a sobrecarga de 99 cuidadores familiares dos quais 52 cuidam de idosos dependentes e com demência e 47 apenas dependentes. O estudo não apresentou diferença estatisticamente significativa, ou seja, os cuidadores de ambos os grupos apresentaram sobrecarga (FIGUEIREDO; SOUSA, 2008).

Diniz *et al.* (2018) realizaram estudo observacional com 50 cuidadores de idosos, sendo 15 formais e 35 informais na cidade de São Carlos – SP com objetivo de comparar a saúde emocional e sobrecarga dos mesmos. O estudo concluiu que os cuidadores informais apresentam maior nível de sobrecarga do que os cuidadores formais. Esses mesmos autores também avaliaram os sintomas neuropsiquiátricos entre os cuidadores de idosos. No entanto, eles descrevem como desconforto emocional e os resultados

demonstram que os cuidadores informais apresentam maior desconforto quando comparados aos cuidadores formais. Ou seja, esses dados corroboram com os achados da pesquisa atual, na qual os cuidadores informais apresentam mais sintomas neuropsiquiátricos.

Outro estudo realizado com 936 cuidadores familiares dos estados de Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina cujos familiares cuidados eram usuários dos Centros de Atenção Psicossocial indicou relação entre sobrecarga e sintomas neuropsiquiátricos (QUADROS *et al.*, 2012).

Gratão *et al.* (2012) realizaram uma pesquisa cujo objetivo foi descrever a sobrecarga e desconforto emocional de 124 cuidadores de idosos que residiam no interior de São Paulo. Os autores encontraram relação significativa entre sobrecarga e desconforto emocional. Outros estudos também realizados com cuidadores de idosos demonstraram relação significativa entre desconforto emocional e sobrecarga (DIZNIZ *et al.*, 2018; HENRIQUES; CABANA; MONTARROYOS, 2018). Os achados destes estudos apresentam consonância com os resultados identificados na presente pesquisa.

Além da sobrecarga e dos transtornos neuropsiquiátricos já descritos acima, a depressão também é um fator que acomete cuidadores de idosos no processo do cuidado (LEE *et al.*, 2001; SAMPAIO *et al.*, 2018). Diante da avaliação dos sintomas depressivos entre os cuidadores de idosos que compõem essa amostra por meio do PHQ-9, a prevalência de sintomas depressivos esteve mais presente entre os cuidadores informais, quando comparados aos cuidadores formais, e a sobrecarga apresentou relação positiva com sintomas depressivos.

Martins *et al.* (2019) realizaram uma pesquisa no município de São Carlos – SP com a participação de 44 cuidadores, sendo 26 informais e 18 formais, e diante das diversas variáveis que a pesquisa buscava relacionar com o cuidar, encontrava-se a depressão. Os resultados demonstraram que 10,1% dos cuidadores informais e 7,1% dos formais apresentaram depressão, ou seja, a depressão foi mais prevalente nos cuidadores informais. Esses resultados também são identificados internacionalmente (WAGNER; BRANDT, 2017; ANG; MALHOTRA, 2018).

Um estudo foi realizado entre os anos de 2011 e 2014 com a participação de 492 cuidadores e os respectivos idosos diagnosticados com degeneração do lobo frontotemporal, demência de corpos do Lewy e DA. Os cuidadores foram avaliados quanto à qualidade do sono, sintomatologia ansiogênica, sobrecarga e sintomas depressivos e foi identificada uma relação entre sobrecarga e depressão (LIU *et al.*, 2018).

Cabral *et al.* (2014) desenvolveram um estudo transversal com cuidadores familiares de pacientes com transtornos mentais. Esse estudo teve a participação de 104 cuidadores com idade entre 22 e 77 anos. Os resultados demonstraram uma alta prevalência de depressão entre os cuidadores (57,9%) e a depressão apresentou correlação com a sobrecarga.

Outro estudo também realizado com cuidadores familiares de idosos com o objetivo de analisar a relação entre sobrecarga, ansiedade e depressão em cuidadores de familiares idosos dependentes teve a participação de 132 cuidadores. Os resultados apontam que a sobrecarga apresenta uma correlação significativa com a ocorrência da depressão (LÓPEZ-MARTÍNEZ; FRIAS-OSUNA; DEL-PINO-CASADO, 2017). Esses resultados também são identificados em outras pesquisas realizadas com cuidadores de idosos (HINRICHSEN; NIEDEREHE, 1994; ROBINSON; ADKISSON; WEINRICH, 2001; GARRIDO; MENEZES, 2004).

Outros fatores que também têm demonstrado relação com a ocorrência da sobrecarga, sintomas neuropsiquiátricos e depressivos, é o tempo de cuidado. Na atual pesquisa encontrou-se relação significativa entre o tempo de cuidado (anos e dias semanais) e a ocorrência dessas variáveis nos cuidadores. Porém, o que vem sendo apresentado na literatura quanto à relação destas variáveis difere em algumas pesquisas, que apontam que quanto maior o tempo de cuidado, menor a ocorrência de sobrecarga (HINRICHSEN; NIEDEREHE, 1994; ROBINSON; ADKISSON; WEINRICH, 2001). O que possivelmente pode estar relacionado a essa divergência da literatura quanto ao tempo do cuidado e a ocorrência de sobrecarga e outros prejuízos relacionados com a díade cuidador-idoso é a adaptação por parte dos cuidadores como descrevem Robinson, Adkisson e Weinrich, (2001).

No entanto, Gratão *et al.* (2012) demonstraram que o tempo de cuidado apresentou relação com a sobrecarga e sintomas neuropsiquiátricos. Outro estudo realizado em um município de São Paulo – SP teve a participação de 140 idosos e seus respectivos cuidadores familiares apontaram para correlação positiva entre o tempo de cuidado e sobrecarga e sintomas neuropsiquiátricos (DINIZ *et al.*, 2018).

Uma outra variável a ser estudada em relação a sobrecarga é a empatia. Essa é uma habilidade social que vem sendo descrita em diversas áreas do conhecimento na atualidade, e principalmente no campo da saúde, uma vez que identificamos estudos com diversos objetivos relacionados a empatia (PEEBLES, 1980; WICKRAMASEKERA; SZLYK, 2003; FIELDS *et al.*, 2004; GLEICHGERRCHT; DECETY, 2013; ZHANG *et*

al., 2017). Essa habilidade, quando presente no indivíduo, pode trazer diversas consequências positivas como relações agradáveis e redução de conflito (DAVIS, 1983).

No contexto da saúde, em especial profissionais e estudantes da saúde (MARLEY; CARMAN, 1999), a empatia é apresentada de forma mais acentuada no que se refere a humanização (O'SULLIVAN *et al.*, 2012). A empatia tem apresentado associação direta com resultados terapêuticos e diagnósticos. Além disso, proporciona melhor comunicação (REDMOND, 1985), maior atenção dos profissionais com os pacientes, não apenas na díade saúde-doença, mas em todos os fatores que contemplam o indivíduo (GADAMER, 1994; HALPERN, 2001). E isso pode se estender para os cuidadores de idosos.

Uma revisão sistemática realizada por Maximiano-Barreto *et al.* (2020) teve como um dos seus objetivos avaliar os fatores associados a empatia dos profissionais e estudantes da saúde e foi possível identificar que fatores sociodemográficos como idade mais avançada, sexo feminino, casados e com filhos apresentam maior nível da empatia. No que concerne a empatia em relação ao sexo, os resultados mostraram que as cuidadoras apresentam maior nível de empatia comparadas aos cuidadores, o que pode estar relacionado com os fatores biológicos e fisiológicos da empatia.

Derntl *et al.* (2010) demonstraram que as mulheres quando comparadas aos homens em uma atividade com três domínios da empatia (reconhecimento de emoções, tomada de perspectiva e responsividade afetiva), apresentaram maior atividade em regiões neurais relacionados com as emoções, como a amígdala. Da mesma forma, estudos realizados com profissionais da saúde têm demonstrado que as mulheres apresentam atitudes mais positivas com os pacientes (HOJAT *et al.*, 2002; KATAOKA *et al.*, 2009; LAM; SOLMEYER; MCHALE, 2012).

No entanto, uma metanálise com quatro principais objetivos, sendo um deles avaliar diferenças entre homens e mulheres em dois principais componentes do esgotamento relacionado ao trabalho (despersonalização e exaustão emocional) mostrou que as mulheres apresentam mais fadiga de compaixão e exaustão quando comparadas aos homens (PURVANOVA; MUROS, 2010). Além disso, estas apresentam mais esgotamento emocional (GLEICHGERRCHT; DECETY, 2013) e expressam mais suas emoções e sentimentos (RUECKERT; BRANCH; DOAN, 2011). Da mesma forma que a baixa empatia pode ter consequências negativas, o alto nível de empatia pode proporcionar efeitos deletérios nos profissionais e cuidadores de idosos.

Em relação à idade e empatia, nossos resultados indicam que quanto maior a idade

maior são os níveis de empatia. O estudo de Williams *et al.* (2014), realizado com 1.111 estudantes do curso de enfermagem, mostrou que os estudantes mais velhos também apresentam maior nível de empatia.

Outro estudo realizado por Gleichgerrcht e Decety (2014) com a participação de 1.119 médicos em um hospital na Argentina demonstrou que os médicos mais velhos apresentam maior empatia. Esses resultados corroboram com os achados dos estudos com outros profissionais da saúde como enfermeiros e psicólogos. (BOYLE *et al.*, 2010; GLEICHGERRCHT; DECETY, 2013; WILLIAMS *et al.*, 2014; BOURGAULT *et al.*, 2015; SANTAMARÍA-GARCÍA *et al.*, 2017). Um revisão meta-analítica demonstrou em seus resultados que quanto maior a idade, menor a empatia cognitiva (RUFFMAN *et al.*, 2008), ou seja, à medida que o indivíduo envelhece ele tem um prejuízo na empatia cognitiva. O que possivelmente pode justificar também um maior nível de empatia entre os cuidadores informais quando comparado aos formais, uma vez que esses apresentam maior média de idade.

Com relação ao fator escolaridade, essa pesquisa encontrou resultados diferentes do que é descrito na literatura, onde os cuidadores com menor grau de escolaridade apresentaram maior empatia. Pinho, Fernandes e Falcone (2011) realizaram um estudo com 537 adultos com objetivo de identificar a relação entre as variáveis idade e escolaridade em relação a empatia. Os autores concluíram que os estudantes com alta escolaridade apresentaram maior nível de empatia quando comparados aos de baixa escolaridade. Em consonância com esses resultados apresentado acima também são identificados em outros estudos (SHARIAT; HABIBI, 2013; WILLIAMS; BOYLE; EARL, 2013).

Estado civil comumente é um fator que tem demonstrado influência na empatia. Em nosso estudo os cuidadores viúvos, na sua maioria filhos, apresentam maior nível de empatia. Park *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa transversal com a participação de 317 médicos em um hospital na Coreia e seus resultados apontaram para um maior nível de empatia entre os profissionais casados quando comparado aos outros. No entanto, essa amostra de estudo não apresenta médicos viúvos, por exemplo.

O estudo de Wang *et al.* (2017), realizado com enfermeiros, também demonstra que os casados apresentam maior nível de empatia quando comparados aos demais, no entanto, assim como o estudo descrito acima, não se encontram inseridas no grupo pessoas viúvas. O que pode justificar a contradição dos resultados na atual pesquisa para com os demais identificados na literatura é a falta de viúvos nos estudos que relacionam

essa variável com a empatia e nos estudos que apresentam e não as relacionam.

Além dos fatores descritos acima, o ambiente de trabalho, experiência profissional, relação entre profissionais (colegas de trabalho), relação com pacientes e setor onde encontra-se inserido o profissional da saúde também corrobora no aumento ou diminuição da empatia. Segundo Zhang *et al.* (2017), Khan *et al.* (2016) e Heje *et al.* (2010), a satisfação no trabalho possui relação direta com a empatia e setores como unidade intensiva e urgência e emergência, que podem gerar nos profissionais, sofrimento psíquico devido à tensão no desenvolvimento do trabalho e concomitante a isso, baixo nível de empatia (BOURGAULT, 2015; WANG *et al.*, 2017). O maior tempo de experiência dos profissionais também corrobora com o aumento desta habilidade social (GLEICHGERRCHT; DECETY, 2013; GLEICHGERRCHT; DECETY, 2014; HSIAO; TSAI, 2015; WANG *et al.*, 2017; SANTAMARÍA-GARCÍA *et al.*, 2017).

A empatia, além das consequências positivas, também pode apresentar consequências negativas (RUECKERT; BRANCH; DOAN, 2011; GLEICHGERRCHT; DECETY, 2013). Navarro-Abal *et al.* (2018) realizaram uma pesquisa com a participação de 155 cuidadores informais, sendo 28 do sexo masculino e 127 do sexo feminino separados em dois grupos, 109 participantes de uma associação de cuidadores de idosos e 49 não participantes. Os cuidadores que frequentavam a associação apresentaram menor sobrecarga e menor nível de empatia.

O estudo realizado por Monteiro, Queirós e Marques (2014) com 78 mulheres cuidadoras de idosos em residência familiar buscou avaliar a relação da empatia com o engajamento, para identificar se esses fatores são preditores para ocorrência de síndrome de *burnout* e constatou-se baixa pontuação do *burnout* e alto nível de engajamento e empatia. Ou seja, a empatia não é um fator que pode possibilitar a ocorrência da síndrome de *burnout*. No entanto, empatia possui duas dimensões e o que possivelmente possa justificar esse resultado é um alto nível de empatia cognitiva protegendo a ocorrência da síndrome, assim como descrevem Lee *et al.* (2003) em seu estudo.

Lee, Brennan e Daly (2001) realizaram uma pesquisa com 140 cuidadores de idosos informais e os resultados demonstraram uma correlação negativa entre o domínio cognitivo da empatia e a ocorrência de depressão. Corroborando com o achado desse estudo, os resultados da atual pesquisa demonstraram que os cuidadores familiares de segundo grau, em especial os netos, apresentam maior empatia cognitiva e menor a ocorrência desses sintomas.

Além dos dados já descritos acima, destaca-se o fato da preferência jovem/idoso

medida pelo TAI entre os cuidadores e não houve significância entre essa variável e a relação com sobrecarga, sintomas neuropsiquiátricos e sintomas depressivos e esse mesmo resultado também foi identificado em relação aos dados sociodemográficos. No entanto, essa amostra demonstra uma preferência por jovens quando comparado aos idosos.

Visto que não é do conhecimento dos autores estudos realizados para medir a atitude implícita em relação à idosos cuidadores, identificou-se na literatura estudos realizados diretamente com profissionais e/ou estudantes da área da saúde (RUDMAN, *et al.*, 1999; DASGUPTA; GREENWALD, 2001; LIN; BRYANT; BOLDERO, 2010).

A preferência por jovens entre os cuidadores possivelmente está relacionada com a interação direta com idosos que apresentam alguma patologia como cita o estudo de Schwartz, Joseph e Simmons (2001), no qual o contato entre os médicos e enfermeiros que trabalham diretamente com público idoso com alguma doença, pode fazer com que haja uma permanência ou desenvolvimento de atitude negativa. Esses mesmos autores afirmam que a participação de idosos não acometidos por nenhuma doença nesse mesmo contexto pode favorecer a não ocorrência da atitude negativa e esses achados corroboram com o estudo realizado por Wittig e Grant-Thompson (1998).

Estudos de cunho experimental em sua primeira avaliação demonstraram que os participantes apresentaram uma atitude negativa em relação ao idoso, porém, após o experimento, o contato com o público idoso ou com atividades que tenham demonstrações de imagens e/ou vídeos diminuiu a atitude negativa (RUDMAN *et al.*, 1999; DASGUPTA; GREENWALD, 2001; AZCURRA, 2011).

Consonante aos resultados de experimentos descritos acima, um estudo realizado com jovens adultos que participaram de um workshop de experiências educativas mostrou que as oficinas possibilitaram uma preferência mais positiva em relação aos idosos (GLASS; KNOTT, 1982). O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Schwalbach e Kiernan (2002) realizado com alunos que faziam visita uma vez por semana durante cinco meses em uma casa de repouso.

No entanto, um estudo realizado com 224 estudantes, sendo 52 do curso de enfermagem, 127 de medicina e 45 de serviço social, onde foram convidados a participar de um curso de geriatria e gerontologia durante um semestre com diversas atividades, concluiu que o conhecimento sobre idosos não é um fator que possa alterar as atitudes negativas em relação aos idosos, assim como despertar o interesse em trabalhar com esse público (CARMEL; CWIKEL; GALINSKY, 1992).

Esse estudo identificou que as mulheres apresentam menos atitude positiva quando comparado aos indivíduos do sexo masculino. O estudo realizado por Chopik e Giasson (2017), com uma amostra de 704.151, e o estudo de Bodner, Bergman e Cohen-Fridel (2012), com 955 participantes, apresentam ambos dissonância com os achados desta atual pesquisa, no que refere-se a atitude mais negativa por parte dos indivíduos do sexo masculino quando comparado ao feminino. O que possivelmente pode justificar esse resultado é a maior presença de indivíduos do sexo feminino compondo essa pesquisa. Os resultados identificados nos estudo apresentados acima foram evidenciados em uma revisão sistemática que teve como objetivo revisar os artigos que avaliavam a atitude implícita em relação ao idoso entre estudantes e profissionais da área da saúde (MAXIMIANO-BARRETO; LUCHESI; CHAGAS, 2020).

As limitações identificadas nesta pesquisa são: 1) Essa pesquisa foi realizada com cuidadores que residem na cidade de São Carlos – SP e região, logo não podem ser generalizados para outras populações. No entanto, foi realizado um cálculo amostral capaz de representar a população geral de cuidadores da cidade. 2) A utilização da ISZ é uma limitação para identificação de sobrecarga dos cuidadores formais, uma vez que esse instrumento foi desenvolvido para avaliar essa consequência em cuidadores familiares. 3) Apesar de ter sido realizado o cálculo amostral, uma das dificuldades encontradas foi a heterogeneidade da amostra intencional, o que limitou a comparação mais ampla entre os testes aplicados.

Essa pesquisa apresenta contribuições importantes no que concerne a díade cuidador-idoso, uma vez que esse estudo possibilita inserir novas variáveis (empatia e atitude implícita) no contexto da avaliação dos fatores relacionados com a sobrecarga em cuidadores de idosos.

Além disso, é importante pensar também no oferecimento de disciplinas relacionadas à empatia no contexto dos cuidadores e dos profissionais da saúde, dadas as consequências positivas e negativas que a mesma pode proporcionar ao indivíduo. O mesmo aplica-se à atitude implícita, pois a proposição de disciplinas de gerontologia tanto de cunho prático, como teórico, pode proporcionar uma preferência por parte dos profissionais da saúde em trabalhar com o público idoso, visto as mudanças epidemiológicas do envelhecimento, assim como o aumento da população idosa.

7. CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados acima, identificou-se que os cuidadores informais apresentam maior nível de empatia que os cuidadores formais. Além disso, também foi identificada uma relação entre o alto nível de empatia e a sobrecarga, sintomas depressivos e neuropsiquiátricos em cuidadores de idosos formais e informais.

A empatia afetiva apresentou relação direta com a sobrecarga, sintomas neuropsiquiátricos e depressivos enquanto a empatia cognitiva apresentou correlação inversa com sintomas neuropsiquiátricos identificados entre os cuidadores informais, em especial os netos e esses resultados confirmam nossa hipótese inicial.

Não houve relação entre a dependência funcional dos idosos e a sobrecarga dos cuidadores. Em relação à preferência jovem/idoso, os resultados demonstram que os cuidadores apresentam uma preferência por jovens, porém não houve diferença significativa entre os grupos, assim como, relação estatística com a sobrecarga e outros fatores decorrentes do processo de cuidado, bem como com as variáveis sociodemográficas.

Desta forma, é importante o planejamento de atividades que possam auxiliar no controle emocional dos cuidadores, tanto formais quanto informais, com intuito de minimizar os prejuízos decorrentes do processo do cuidar. Também há necessidade de pensar/implementar políticas públicas voltadas para a manutenção da saúde e da qualidade de vida de cuidadores.

Por fim, diante dos achados identificados neste estudo, buscaremos dar sequência nos estudos em relação a empatia e sobrecarga dos cuidadores de idosos, propondo um treinamento de empatia com objetivo de aumentar o nível de empatia cognitiva e a diminuição dos níveis de sobrecarga entre os cuidadores formais e informais de idosos.

8. REFERÊNCIAS¹

¹ Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT

- ADEWUYA, A. O.; OLA, B. A.; AFOLABI, O. O. Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. **Journal of affective disorders**, v. 96, n. 1-2, p. 89-93, 2006.
- ALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 4, p. 777-786, 2009.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 884-889, 2011.
- ANG, S.; MALHOTRA, R. Expressive social support buffers the impact of care-related work interruptions on caregivers' depressive symptoms. **Aging & mental health**, v. 22, n. 6, p. 755-763, 2018.
- ANJOS, K. F. *et al.* Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, n.5. p. 1321-1330, 2015.
- ARAÚJO, J. S. *et al.* A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 98-105, 2012.
- ARAÚJO, J. S. *et al.* O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 235-238, 2011.
- ARAÚJO, J. S. *et al.* Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 149-58, 2013.
- ARAÚJO, J. S. *et al.* Yes, i know what is the spill. The social representation of caregivers about the stroke. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 4, n. 1, p. 2849-2859, 2012.
- BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; ANCMAN, S. Formal elderly caregivers: historical background in the Brazilian context. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 879-885, 2014.
- BERGVALL, N. *et al.* Relative importance of patient disease indicators on informal care and caregiver burden in Alzheimer's disease. **International Psychogeriatrics**, v. 23, n. 1, p. 73-85, 2011.
- BORGHI, A. C. *et al.* Overload of families taking care of elderly people with Alzheimer's Disease: a comparative study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 876-883, 2013.
- BOURGAULT, P. *et al.* Relationship between empathy and well-being among emergency nurses. **Journal of Emergency Nursing**, v. 41, n. 4, p. 323-328, 2015.

BODNER, E.; BERGMAN, Y. S.; COHEN-FRIDEL, S Different dimensions of ageist attitudes among men and women: a multigenerational perspective. **International Psychogeriatrics**, v. 24, n. 6, p. 895-901, 2012.

BOYLE, M. Attitudes towards patients by undergraduate health students. **Nursing**, v. 35, n. 153, p. 270-273, 2010.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico**. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 17 maio 2019.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 25 fev. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Principais indicadores da PNAD 2013**. Disponível em: http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhorendimento/pnad2013/default_sintese.shtm. Acesso em 19 de jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153, de 7 de abril de 1999**. Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2006.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº. 397, de 10 de dezembro de 1999. Institui a Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília; 2002.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Capítulo I, Seção I, II, III, e IV de 05 de outubro de 1988. Brasília; 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508200/CF88_EC85.pdf. Acesso em: 28 de maio 2019.

BRASIL. Regime Geral de Previdência Social, Decreto nº 9.255, de 29 de dezembro de 2017. **Salário Mínimo Brasileiro**. 2018.

BRASIL. Regime Geral de Previdência Social, Decreto nº 9.661, de 01 de janeiro de 2019. **Salário Mínimo Brasileiro**. 2019.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev Bras Estud Popul**, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

CARMEL, S.; CWIKEL, J.; GALINSKY, D. Changes in knowledge, attitudes, and work preferences following courses in gerontology among medical, nursing, and social work students. **Educational Gerontology: An International Quarterly**, v. 18, n. 4, p. 329-342, 1992.

- CARTER, P. A. Family caregivers' sleep loss and depression over time. **Cancer nursing**, v. 26, n. 4, p. 253-259, 2003.
- CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 254-271, 2004.
- CHAIMOWICZ, F.; CAMARGOS, M. Envelhecimento e saúde no Brasil. In: FREITAS, E.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, cap. 6, 74-96.
- CHOPIK, W. J.; GIASSON, H. L. Age differences in explicit and implicit age attitudes across the life span. **The Gerontologist**, v. 57, n. suppl_2, p. S169-S177, 2017.
- CRESWELL, J. W. Métodos quantitativos. In: CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Artmed, p. 161-178, 2010.
- DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- DASGUPTA, N.; GREENWALD, A. G. On the malleability of automatic attitudes: combating automatic prejudice with images of admired and disliked individuals. **Journal of personality and social psychology**, v. 81, n. 5, p. 800, 2001.
- DAVIS, M. H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 44, n. 1, p. 113-126, 1983.
- DAVIS, M. H. **Empathy: uma abordagem psicológica social**. Westview Press, 1994.
- DERNTL, B. *et al.* Multidimensional assessment of empathic abilities: neural correlates and gender differences. **Psychoneuroendocrinology**, v. 35, n. 1, p. 67-82, 2010.
- DINIZ, M. A. A. *et al.* Comparative study between formal and informal caregivers of elderly people. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3789-3798, 2018.
- DUARTE, J.; PINTO-GOUVEIA, J.; CRUZ, B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 60, p. 1-11, 2016.
- DUARTE, Y. A. O. O cuidador no cenário assistencial. **O mundo da saúde**, v. 30, n. 1, p. 37-44, 2006.
- DUTRA, M. C. *et al.* Accuracy and reliability of the Pfeffer Questionnaire for the Brazilian elderly population. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 9, n. 2, p. 176-183, 2015.
- EISENBERG, N.; STRAYER, J. Critical issues in the study of empathy. In: EISENBERG, N.; STRAYER, J. (Orgs.). **Empathy and its development**. Cambridge: Cambridge University Press. p. 3-13, 1987.

- FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Cuidar de familiares idosos com a doença de alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 4, p.777-786, 2009.
- FALCONE, E. M. O. *et al.* Inventário de Empatia (IE): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 3. p. 321-334, 2008.
- FIELDS, S. K. *et al.* Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. **Evaluation & the Health Professions**, v. 27, n. 1, p. 80-94, 2004.
- FIGUEIREDO, D. SOUSA. Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 15-24, 2008.
- FORMIGA, N. S. *et al.* Fidedignidade da estrutura fatorial da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI). **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 64-79, 2013.
- FUHRMANN, A. C. *et al.* Association between the functional capacity of dependant elderly people and the burden of family caregivers. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 14-20, 2015.
- GADAMER, H. G. **Dove si nasconde la salute, 1993**, trad. por. DONATI, M.; PONZO, M. E.; MILANO. Raffaello Cortina Editore. 1994.
- GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 835-841, 2004.
- GAWRONSKI, B.; BODENHAUSEN, G. V. Associative and propositional processes in evaluation: an integrative review of implicit and explicit attitude change. **Psychological Bulletin**, v. 132, n. 5, p. 692-731, 2006.
- GLASS JR, J. C.; KNOTT, E. S. Effectiveness of a workshop on aging in changing middle-aged adults' attitudes toward the aged. **Educational Gerontology: An International Quarterly**, v. 8, n. 4, p. 359-372, 1982.
- GLEICHGERRCHT, E.; DECETY, J. Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. **PLoS ONE**, v. 8, n. 4, p. 1-12, 2013.
- GLEICHGERRCHT, E.; DECETY, J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. **Frontiers in behavioral neuroscience**, v. 8, p. 243, 2014.
- GLOBERMAN, J. Balancing tensions in families with Alzheimer's disease: The self and the family. **Journal of Aging Studies**, v. 8, n. 2, p. 211-232, 1994.
- GONÇALVES, L. H. T. *et al.* The family dynamics of elder elderly in the context of

- Porto, Portugal. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 458-466, 2011.
- GRATÃO, A. C. M. *et al.* Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 304-312, 2012.
- GREENWALD, A. G.; BANAJI, M. R. Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. **Psychological Review**, v. 102, n. 1, p. 4-27, 1995.
- GREENWALD, A. G.; MCGHEE, D. E.; SCHWARTZ, J. L. K. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 74, n. 6, p. 1464-1480, 1998.
- GREENWALD, A. G.; NOSEK, B. A.; BANAJI, M. R. Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 85, n. 2, p. 1-52, 2003.
- GROV, E. K. *et al.* Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. **Annals of oncology**, v. 16, n. 7, p. 1185-1191, 2005.
- GUEDEA, M. T. D. *et al.* Social support needs of mexican elders family caregivers. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 242-249, 2009.
- HARDING, T. W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological medicine**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.
- HALPERN, J. **From Detached Concern to Empathy: Humanizing medical practice**. New Yor, NY: Oxford University Press, 2001.
- HEJE, H. N.; OLESEN, F.; VEDSTED, P. Patients' assessment of general practitioners. Association with type of practice. **Ugeskrift for laeger**, v. 172, n. 15, p. 1119-1126, 2010.
- HENRIQUES, R. T. M.; CABANA, M. C. F. L.; MONTARROYOS, U. R. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e sua associação com a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos. **Mental**, v. 12, n. 22, p. 35-52, 2018.
- HINRICHSEN, G. A.; NIEDEREHE, G. Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients. **The Gerontologist**, v. 34, n. 1, p. 95-102, 1994.
- HOJAT, M. *et al.* Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. **Medical education**, v. 36, n. 6, p. 522-527, 2002.
- HOUWER, J. *et al.* Implicit measures: A normative analysis and review. **Psychological Bulletin**, v. 135, n. 3, p. 347-368, 2009.
- HSIAO, C. Y.; TSAI, Y. F. Factors associated with the perception of family nursing practice among mental health nurses in Taiwan. **Journal of family nursing**, v. 21, n. 4,

p. 508-528, 2015.

HUNG, W. W. *et al.* Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. **BMC geriatrics**, v. 11, n. 1, p. 47, 2011.

ISHII, Y. *et al.* A family's difficulties in caring for a cancer patient at the end of life at home in Japan. **Journal of pain and symptom management**, v. 44, n. 4, p. 552-562, 2012.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; ZAZZETTA, M. S. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 194-204, 2018.

JUAREZ, G. *et al.* Distress and quality of life concerns of family caregivers of patients undergoing palliative surgery. **Cancer nursing**, v. 31, n. 1, p. 2-10, 2008.

KAMIYA, M. *et al.* Factors associated with increased caregivers' burden in several cognitive stages of Alzheimer's disease. **Geriatrics & gerontology international**, v. 14, p. 45-55, 2014.

KATAOKA, H. U. *et al.* Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. **Academic Medicine**, v. 84, n. 9, p. 1192-1197, 2009.

KHAN, M. A.; NIAZI, I. M.; RASHDI, Aa. Emotional Intelligence: Predictor of empathy in medical students. **Rawal Medical Journal**, v. 41, n. 1, p. 121-124, 2016.

KIM, Y.; SCHULZ, R. Family caregivers' strains: comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving. **Journal of Aging and Health**, v. 20, n. 5, p. 483-503, 2008.

KOLLER, S. H.; CAMINO, C.; RIBEIRO, J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 3, p. 43-53, 2001.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. BW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **Journal of general internal medicine**, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001.

LAM, C. B.; SOLMEYER, A. R.; MCHALE, S. M. Sibling relationships and empathy across the transition to adolescence. **Journal of youth and adolescence**, v. 41, n. 12, p. 1657-1670, 2012.

LANE, K. A. *et al.* Understanding and using the Implicit Association Test: IV. What we know (so far) about the method. In B. Wittenbrink & N. Schwarz (Eds.), **Implicit measures of attitudes: Procedures and controversies**. (pp. 59-102). New York: Guilford Press, 2007.

LEBEL, E. P.; PAUNONEN, S. V. Sexy but often unreliable: The impact of unreliability on the replicability of experimental findings with implicit

- measures. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 37, n. 4, p. 570-583, 2011.
- LEE, H. *et al.* A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v. 44, n. 5, p. 534-545, 2003.
- LEE, H. S.; BRENNAN, P. F.; DALY, B. J. Relationship of empathy to appraisal, depression, life satisfaction, and physical health in informal caregivers of older adults. **Research in nursing & health**, v. 24, n. 1, p. 44-56, 2001.
- LEONE, E. T. *et al.* Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Economia e Sociedade**, 2010.
- LIN, X.; BRYANT, C.; BOLDERO, J. Measures for assessing student attitudes toward older people. **Educational Gerontology**, v. 37, n. 1, p. 12-26, 2010.
- LINO, V. T. *et al.* Prevalence of overburden in caregivers of dependent elderly and associated factors in a poor area of Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de saúde publica**, v. 32, n. 6, 2016.
- LIU, S. *et al.* Caregiver burden, sleep quality, depression, and anxiety in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal lobar degeneration, dementia with Lewy bodies, and Alzheimer's disease. **International psychogeriatrics**, v. 30, n. 8, p. 1131-1138, 2018.
- LOCKWOOD, P. L. The anatomy of empathy: Vicarious experience and disorders of social cognition. **Behavioural Brain Research**, v. 311, p. 255-266, 2016.
- LÓPEZ-MARTÍNEZ, C.; FRIAS-OSUNA, A.; DEL-PINO-CASADO, R. Sense of coherence and subjective overload, anxiety and depression in caregivers of elderly relatives. **Gaceta Sanitaria**, v. 33, n. 2, p. 185-190, 2017.
- LOUREIRO, L. S. N. *et al.* Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1129-1136, 2013.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.
- MARLEY, J.; CARMAN, I. Selecting medical students: a case report of the need for change. **Medical Education**, 1999.
- MARONESI, L. C. *et al.* Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 877-892, 2014.
- MARTINS, G. *et al.* Sociodemographic and health characteristics of formal and informal caregivers of elderly people with Alzheimer's Disease. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019.

- MAXIMIANO-BARRETO, M. A. *et al.* Factors associated with levels of empathy among students and professionals in the health field: a systematic review. **Trends Psychiatry Psychother**, [2020?]. No prelo.
- MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; LUCHESI, B. M.; CHAGAS, M. H. N. Implicit attitude towards the elderly of health professionals and undergraduate students in the health area: a systematic review. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 41, n. 1. p. 415-421, 2020.
- MELLO, J. A. *et al.* The determinants of informal caregivers' burden in the care of frail older persons: a dynamic and role-related perspective. **Aging & mental health**, v. 21, n. 8, p. 838-843, 2017.
- MENDES, E. V. Health care networks. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MONTEIRO, B.; QUEIRÓS, C.; MARQUES, A. Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 1, p. 2-11, 2014.
- MORAIS, H. C. C. *et al.* Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 944-953, 2012.
- MORAES, S. R. P.; SILVA, L. S. T. An evaluation of the burden of Alzheimer patients on family caregivers. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1807-1815, 2009.
- MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 3, p. 520-525, 2007.
- NARDI, E. F. R. *et al.* The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver's burden. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1096-1103, 2013.
- NAVARRO-ABAL, Y. *et al.* Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. **Gaceta Sanitaria**, v. 33, n. 3, p. 268-271. 2018.
- NERI, A. L. (Org.). **Cuidador de idoso no contexto família: questões psicológicas e culturais**. 2ed. Campinas: Alínea, p. 201, 2006.
- NETO, F. O Paradigma do Teste de Associação Implícita. **Revista E-Psi**. v. 5, n. 2, p. 1-15, 2015.
- NOSEK, B. A.; GREENWALD, A. G.; BANAJI, M. R. The Implicit Association Test at Age 7: A methodological and conceptual review. In: BARGH, J. A. **Automatic processes in social thinking and behavior**. New York, NY: Psychology Press; p. 265–292. 2007.
- NUNES, D. P. *et al.* Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180020,

2019.

OLSON, J. M. *et al.* The heritability of attitudes: a study of twins. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 80, n. 6, p. 845-860, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Resumo Genebra: OMS; 2015.

O'SULLIVAN, H. *et al.* Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. **Medical teacher**, v. 34, n. 2, p. e64-e77, 2012.

PAYNE, S.; SMITH, P.; DEAN, S. Identifying the concerns of informal carers in palliative care. **Palliative medicine**, v. 13, n. 1, p. 37-44, 1999.

PEEBLES, M. J. Personal therapy and ability to display empathy, warmth and genuineness in psychotherapy. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 17, n. 3, p. 258-262, 1980.

PEREIRA, M. G. Repercussões da Doença Mental na Família. Lisboa: um estudo de familiares de doentes psicóticos. **Acta Médica Portuguesa**, v. 12, p. 161-168, 1999.

PEREIRA, R. A. *et al.* Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 185-192, 2013.

PFEFFER, R. I. *et al.* Measurement of functional activities in older adults in the community. **Journal of Gerontology**, v. 37, n. 3, p. 323-329, 1982.

PINHO, V. D.; FERNANDES, C. S.; FALCONE, E. M. O. A influência da idade e da escolaridade sobre a experiência empática de adultos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 456-471, 2011.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. **Psychology and aging**, v. 26, n. 1, p. 1, 2011.

PLATT, S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. **Psychological medicine**, v. 15, n. 2, p. 383-393, 1985.

PRINCIPI, A. *et al.* Work restrictions experienced by midlife family care-givers of older people: evidence from six European countries. **Ageing & Society**, v. 34, n. 2, p. 209-231, 2014.

PURVANOVA, R. K.; MUROS, J. P. Gender differences in burnout: A meta-analysis. **Journal of vocational behavior**, v. 77, n. 2, p. 168-185, 2010.

QUADROS, L. C. M. *et al.* Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 95-103, 2012.

RAFTERY, A. E. *et al.* Bayesian probabilistic population projections for all

countries. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 109, n. 35, p. 13915-13921, 2012.

REDMOND, M. V. The relationship between perceived communication competence and perceived empathy. **Communications Monographs**, v. 52, n. 4, p. 377-382, 1985.

RIZZOLATTI, G.; CRAIGHERO, L. The mirror-neuron system. **Annual Review of Neuroscience**, v. 27, p. 169-192, 2004.

ROBINSON, K. M.; ADKISSON, P.; WEINRICH, S. Problem behaviour, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. **Journal of Advanced Nursing**, v. 36, n. 4, p. 573-582, 2001.

ROCHE, J.; HARMON, D. Exploring the Facets of Empathy and Pain in Clinical Practice: A Review. **Pain Practice**, v. 17, n. 8, p. 1089-1096, 2017.

RUDMAN, L. A. *et al.* Measuring the automatic components of prejudice: Flexibility and generality of the Implicit Association Test. **Social cognition**, v. 17, n. 4, p. 437-465, 1999.

RUECKERT, L.; BRANCH, B.; DOAN, T. Are gender differences in empathy due to differences in emotional reactivity?. **Psychology**, v. 2, n. 6, p. 574-578, 2011.

RUFFMAN, T. *et al.* A meta-analytic review of emotion recognition and aging: Implications for neuropsychological models of aging. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 32, n. 4, p. 863-881, 2008.

SAMPAIO, S L. *et al.* Qualidade de vida e depressão em cuidadores de idosos dependentes. **Revista de Atencao Primaria a Saude**, v. 21, n. 1, p. 11-121, 2018.

SANTAMARÍA-GARCÍA, H. *et al.* Empathy for others' suffering and its mediators in mental health professionals. **Scientific reports**, v. 7, n. 1, p. 1-13, 2017.

SANTOS-ORLANDI, A. A. *et al.* Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2002.

SCHENE, A. H. Objective and subjective dimensions of family burden. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 25, n. 6, p. 289-297, 1990.

SCHWALBACH, E.; KIERNAN, S. Effects of an intergenerational friendly visit program on the attitudes of fourth graders toward elders. **Educational Gerontology**, v. 28, n. 3, p. 175-187, 2002.

SCHWARTZ, K.; JOSEPH, P.; SIMMONS, L. Contact quality and attitudes toward the elderly. **Educational gerontology**, v. 27, n. 2, p. 127-137, 2001.

SENA, L. S. E.; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer-Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2008.

SHARIAT, S. V.; HABIBI, M. Empathy in Iranian medical students: measurement model of the Jefferson scale of empathy. **Medical teacher**, v. 35, n. 1, p. e913-e918, 2013.

SILVA, C. F.; PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 707-731, 2012.

SILVERSTEIN, M.; LITWAK, E. A task-specific typology of intergenerational family structure in later life. **The Gerontologist**, v. 33, n. 2, p. 258-264, 1993.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008.

SOUZA, L. R. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, 2015.

SPITZER, R. L. *et al.* Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. **Jama**, v. 282, n. 18, p. 1737-1744, 1999.

SRIRAM, N.; GREENWALD, A. G. The brief implicit association test. **Experimental psychology**, v. 56, n. 4, p. 283-294, 2009.

STACKFLETH, R. *et al.* Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 768-774, 2012.

STORTI, L. B. **Relação entre sobrecarga do cuidador familiar e alterações comportamentais e funcionais do idoso com doença de Alzheimer**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

STÜTTGEN, P. *et al.* Adding significance to the implicit association test. **Retrieved December**, v. 12, p. 1-58. 2011.

TANA, C. *et al.* Impact of Nutritional Status on Caregiver Burden of Elderly Outpatients. A Cross-Sectional Study. **Nutrients**, v. 11, n. 2, p. 281, 2019.

TEIGE-MOCIGEMBA, S.; KLAUER, K. C.; SHERMAN, J. W. A practical guide to implicit association tests and related tasks. In: GAWRONSKI, B.; PAYNE, B. K. (Eds.), **Handbook of implicit social cognition: Measurement, theory, and applications**. New York: Guilford Press. p. 117-139, 2010.

THIES, W.; BLEILER, L. Alzheimer's disease facts and figures. **Alzheimers Dement**,

v. 9, p. 208–245, 2013.

VALE, F. A. C.; MIRANDA, S. J. C. Clinical and demographic features of patients with dementia attended in a tertiary outpatient clinic. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 60, n. 3A, p. 548-552, 2002.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

WAGNER, M.; BRANDT, M. Long-term care provision and the well-being of spousal caregivers: an analysis of 138 European regions. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 73, n. 4, p. e24-e34, 2017.

WANG, C. *et al.* International Nursing: Research on the Correlation Between Empathy and China's Big Five Personality Theory. **Nursing administration quarterly**, v. 41, n. 2, p. E1-E10, 2017.

WICKRAMASEKERA, I. E.; SZLYK, J. P. Could empathy be a predictor of hypnotic ability?. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, v. 51, n. 4, p. 390-399, 2003.

WILLIAMS, B. *et al.* Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. **Advances in medical education and practice**, v. 4, n. 5, p. 107-113, 2014.

WILLIAMS, B.; BOYLE, M.; EARL, T. Measurement of empathy levels in undergraduate paramedic students. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 28, n. 2, p. 145-149, 2013.

WITTIG, M. A.; GRANT-THOMPSON, S. The utility of Allport's conditions of intergroup contact for predicting perceptions of improved racial attitudes and beliefs. **Journal of Social Issues**, v. 54, n. 4, p. 795-812, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Ageing and Health Programme. Growing older. Staying well. **Ageing and physical activity in everyday life**. Geneva; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. **Pan-Americana da Saúde**. Brasília; 2005.

YAMASHITA, C. H. *et al.* Associação entre o apoio social e o perfil de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1359-1366, 2013.

ZARIT, S. H.; ORR, N. K.; ZARIT, J. M. **The hidden victims of alzheimer's disease: Families under stress**. New York: New University Press, 1985.

ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. **The Gerontologist**, v. 20, n. 6, p. 649-655, 1980.

ZARIT, S. H.; ZARIT, J. M. **The memory and behaviour problems checklist: 1987R and the burden interview (technical report)**. Pennsylvania State: University Park (PA), 1987.

ZHANG, L. *et al.* Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. **International journal of nursing studies**, v. 72, p. 8-14, 2017.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NOME DA PESQUISA: Relação entre cognição social, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores formais e informais de idosos

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**Relação entre cognição social, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores formais e informais de idosos**” pelos pesquisadores: Marcos Hortes Nisihara Chagas, Madson Alan Maximiano Barreto, Marina Miranda Borges e Amanda de Barros Moura.

O objetivo deste estudo é analisar a relação entre empatia, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores formais e informais. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ser cuidador de idoso. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por nove questionários, o (a) senhor (a) responderá questionários que avaliarão seu nível de estresse, sua relação com o trabalho e perguntas sobre seus sentimentos e emoções. Além disso, irá realizar testes no computador que avaliarão sua capacidade de reconhecer emoções faciais e diferenciar jovens e idosos. Sempre um pesquisador estará disponível e próximo a você caso seja necessário.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes questionários não oferece riscos imediatos ao (a) senhor (a), porém como possíveis riscos do estudo, cita-se o possível desconforto ou cansaço em realizar os testes e responder às perguntas propostas, que exigem engajamento do participante e demoram cerca de 40 minutos. Além disso, alguns dos testes serão realizados no computador, e algumas pessoas podem sentir-se desconfortáveis ao usá-lo. Além disso, há a pequena possibilidade de outras pessoas terem acesso às informações que você ofereceu. Algumas pessoas também podem se sentir pior ao responder algumas das perguntas. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

Como benefícios de sua participação na pesquisa, poderemos obter informações sobre a relação entre a empatia e a sobrecarga dos profissionais de saúde e cuidadores que prestam diretamente o cuidado a pessoas idosas. Isso poderá acarretar em novos conhecimentos sobre como deve ser dar a prática adequada do cuidado, de forma que não prejudique a saúde do profissional nem do usuário do serviço. Caso haja alteração no resultado de algum teste, será informado ao participante e será feito o encaminhamento necessário.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre a relação entre a empatia, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores de idosos.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. O

(a) senhor (a) poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Eu, _____,
RG: _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____ e-mail: _____

Local e data: _____

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE B – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores de idosos formais e informais.

Identificação dos cuidadores

1. **Sexo:** Masculino Feminino
2. **Cor/raça:** Branco Preto Pardo Amarelo Indígena
3. **Idade:** _____
4. **Estado civil:** Solteiro Casado Divorciado Viúvo
5. **Escolaridade:** Fundamental _____ Médio _____ Técnico _____ Superior _____
6. **Escolaridade em anos:** _____
7. **Cuidador:** Formal Informal Profissional da saúde _____
- 7.1. **Se informal, qual o grau de parentesco:** _____
8. **Mora com idoso:** Sim Não
9. **Se sim, quanto residem na mesma casa além de você e o idoso:** _____
10. **Renda salarial por residência:** _____
11. **Renda salarial do cuidador formal:**
 1 salário mínimo 2 salários mínimos 3 salários ou mais.
12. **Tempo de cuidador:** _____
13. **Quantos dias da semana que cuida do idoso:** _____
14. **Quantas horas diária:** _____
15. **Patologia do cuidado:** _____
16. **O cuidador faz uso de algum medicamento:** Sim Não **16.1. Se sim, quais:**

ANEXO 1 – Autorização da pesquisa no Hospital Universitário – HU

II/SEDE - 0384544 - Ofício - SEI

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir..

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 Rua Luís Vaz de Camões, nº 111 - Bairro Vila Celina
 São Carlos-SP, CEP 13566-448
 (16) 3509-2400 - <http://huufscar.ebserh.gov.br>

Ofício - SEI nº 14/2018/SGPIT/GEP/HU-UFSCAR-EBSEH

São Carlos, 16 de outubro de 2018.

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Marcos Hortes Nishihara Chagas

Departamento de Gerontologia da UFSCar

Orientador do Projeto

Assunto: PARECER FINAL DO PROJETO DE PESQUISA: "ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE EMPATIA, ATITUDE IMPLÍCITA E SOBRECARGA EM CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS DE IDOSOS"

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 23763.010160/2018-78.

Prezado Prof.,

Informamos que após os esclarecimentos prestados a respeito do projeto de pesquisa, o mesmo está aprovado para ser desenvolvido no HU-UFSCar, seguindo as orientações enviadas no ofício anterior.

Solicitamos que nos informem três possíveis dias e horários para agendamento de uma reunião de alinhamento entre a equipe de pesquisa e a chefia responsável do HU-UFSCar.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por Tânia de Fátima Salvini, Chefe de Setor, em 16/10/2018, às 15:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0384544 e o código CRC EAA68BE7.

ANEXO 2 – Autorização da Pesquisa na Unidade Saúde Escola – USE/UFSCar


 Universidade Federal de São Carlos
 Unidade Saúde Escola (USE)
 Rodovia Washington Luís, km 235 – CP 676
 13565-905 – São Carlos – SP
 Fone (16) 3351.8645 – e-mail: use@ufscar.br


São Carlos, 17 de maio de 2018.

Parecer da Comissão de Pesquisa e Extensão da USE

Dados do projeto:

1) Natureza do Projeto:
 Pesquisa: () Doutorado () Mestrado () Iniciação Científica
 () Trabalho de Graduação () Outro: _____
 Extensão: () Atividade () Curso () Programa
 () Outro: _____
 Outro: _____

2) Título do Projeto: Análise da relação entre empatia, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores formais e informais de idosos

3) Dados do Proponente/Coordenador/Orientador do projeto:
 Nome completo: Orientador: Prof. Dr. Marcos Hortes Nishihara Chagas / Proponente: Madson Alan Maximiano Barreto
 E-mail e telefone: setroh@hotmail.com / (16) 981452367
 Instituição de Origem: UFSCar

4) Para extensão: N.º processo: _____ Reoferta: _____

Considerando as informações e documentos enviados a esta comissão, este projeto tem **PARECER FAVORÁVEL** à sua realização com ciência/aceite das condições descritas a seguir.

Condições gerais:

1. Apresentar o projeto e participar das atividades da(s) Linha(s) de Cuidado no qual este está inserido.
2. A USE não se responsabiliza/garante a disponibilidade e aquisição de recursos e materiais a serem utilizados neste projeto.
3. A solicitação e agendamento de utilização dos espaços devem ser feitos na secretaria da USE segundo em formulário disponibilizado pela mesma.
4. As atividades devem respeitar o horário de funcionamento da Unidade. Horários diferentes ao de funcionamento normal devem ser acordados e agendados com a Direção.
5. Comunicar a CoPEX sobre alterações pertinentes no método do projeto em andamento.
6. Encaminhar relatório final à CoPEX ao término das atividades.
7. Lembramos que devem ser geradas guias FAAs dos pacientes que chegarem à USE para AVALIAÇÃO para possível participação nos projetos.

Condições específicas para pesquisa:

1. Entregar ANTES do início da pesquisa o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.


 Comissão de Pesquisa e Extensão – USE

ANEXO 3 – Autorização da Pesquisa na UNIMED – Viver Bem



São Carlos – SP, 14 de agosto de 2018

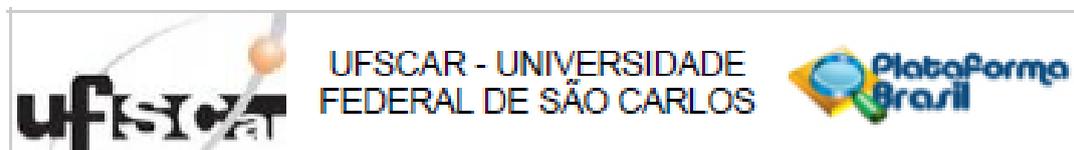
Termo de Autorização Institucional

Autorizamos os pesquisadores Madson Alan Maximiano Barreto discente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia – PPGGero e Amanda Barros de Moura Graduanda em Gerontologia ambos pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, a terem acesso as dependências do Departamento Viver Bem de São Carlos, objetivando a realização da pesquisa de mestrado, com o título “**Análise da relação entre empatia, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores formais e informais de idosos**”, para fins de pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Hortes N. Chagas. Os pesquisadores devem comprometer-se a seguir as normas e rotinas do serviço no qual o trabalho será realizado. O projeto deve ser desenvolvido, sem ônus para a instituição, obedecendo os critérios de horário e disponibilidade preestabelecidos pelos profissionais responsáveis pelo setor.

Atenciosamente,

Dr. Ivan Carlo Manzano Linjardi
CRM 87275

ANEXO 4 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação entre cognição social, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores formais e informais de idosos

Pesquisador: Marcos Hortes Nilhara Chagas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81016717.0.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.498.312

Apresentação do Projeto:

Como a empatia e a atitude implícita em cuidadores de idosos e profissionais de saúde se relaciona com a sobrecarga? A hipótese a ser investigada diz respeito a relação entre empatia e atitude implícita de cuidadores formais e informais tem relação com a sobrecarga. O objetivo desta pesquisa é analisar a relação entre empatia, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores formais e informais que atuam dentro e fora das instituições de longa permanência. Trata-se de um estudo transversal, não probabilístico intencional. Serão utilizados como método de pesquisa um questionário estruturado para caracterização do perfil sociodemográfico dos cuidadores. Escala de sobrecarga de Zarit, Questionário de Saúde do Paciente – (PHQ-2), Questionário de auto-relato – (SRQ-20), Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal – (EMRI) e Teste de Associação Implícita – (TAI). Estima-se para esse estudo 150 cuidadores formais e informais inseridos em residência familiar e Instituição de Longa Permanência (ILP).

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Analisar a relação entre empatia, atitude implícita e sobrecarga em cuidadores formais e informais que atuam dentro e fora das instituições de longa permanência.

Objetivo Secundário:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

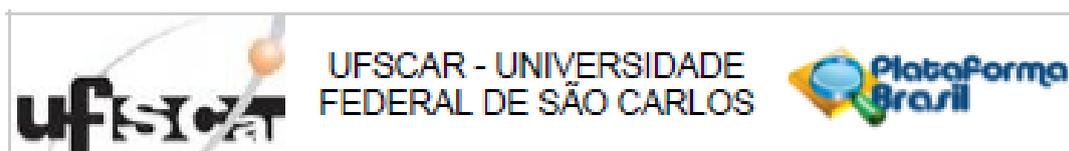
CEP: 13.585-005

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: cep@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.490.512

- Identificar o nível de sobrecarga entre os cuidadores formais e informais;
- Correlacionar a sobrecarga entre cuidadores que atuam nas ILPI e os que atuam em residências familiares;
- Identificar o nível de atitude implícita entre os cuidadores "formais ou informais" e profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São apresentados e os benefícios suplantam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisadores sanaram pendências emitidas anteriormente. Em relação a carta de autorização do campo de coleta de dados, os pesquisadores se comprometem a fazê-lo após autorização da Instituição, alegando que ainda não estão definidos os locais de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados adequadamente: folha de rosto, projeto de pesquisa e TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Pesquisadores sanaram pendências emitidas anteriormente. Em relação a carta de autorização do campo de coleta de dados, os pesquisadores se comprometem a fazê-lo após autorização da Instituição, alegando que ainda não estão definidos os locais de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1022307.pdf	11/01/2018 15:02:18		Aceito
Outros	TCLE_Institulcao.pdf	11/01/2018 15:01:38	Madson Alan Maximiliano Barreto	Aceito
Outros	Parecer_CEP.pdf	11/01/2018 15:01:12	Madson Alan Maximiliano Barreto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cuidador.pdf	11/01/2018 14:59:46	Madson Alan Maximiliano Barreto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_UFSCar.pdf	11/01/2018 13:03:50	Madson Alan Maximiliano Barreto	Aceito
Outros	ZARIT.pdf	23/11/2017	Madson Alan	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO 5 – Inventário de Sobrecarga de Zarit – (ISZ)

ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

Essa avaliação serve para avaliar se os cuidadores de idosos estão sobrecarregados. Deve ser aplicada para o cuidador principal - pessoa que mais ajuda a pessoa idosa. A entrevista deverá ser realizada sem a presença da pessoa idosa

(Nunca – 0; Raramente – 1; Algumas vezes – 2; Frequentemente – 3; Sempre – 4)

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES.	0	1	2	3	4
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
8. O(a) Sr(a) sente que de NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					
11. O(a) Sr(a) sente que Não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
14. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de NOME DO IDOSO(A)?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DO IDOSO(A)?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO IDOSO(A)?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					

ANEXO 6 – Questionário de Saúde do Paciente – (PHQ-9)

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE - 9 72883 (Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)				
THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.				
Were data collected? No <input type="checkbox"/> (provide reason in comments)				
If Yes, data collected on visit date <input type="checkbox"/> or specify date: _____ <small>DD-Mo-YYYY</small>				
Comments:				
Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY				
$\underline{\quad 0 \quad} + \underline{\quad \quad} + \underline{\quad \quad} + \underline{\quad \quad}$ =Total Score: _____				
Se você assinalou <u>qualquer</u> um dos problemas, indique o grau de <u>dificuldade</u> que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?				
Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/>	Alguma dificuldade <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade <input type="checkbox"/>	Extrema dificuldade <input type="checkbox"/>	
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. <small>EPHQ9B.PHQ9P</small>				

ANEXO 7 – Questionário de autorrelato – (SRQ-20)

Questionário de auto-relato – SRQ-20

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo.

Instruções:

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda **NÃO**.

PERGUNTAS		SIM	NAO
1	Você tem dores de cabeça frequente?		
2	Tem falta de apetite?		
3	Dorme mal?		
4	Assusta-se com facilidade?		
5	Tem tremores nas mãos?		
6	Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?		
7	Tem má digestão?		
8	Tem dificuldades de pensar com clareza?		
9	Tem se sentido triste ultimamente?		
10	Tem chorado mais do que costume?		
11	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12	Tem dificuldades para tomar decisões?		
13	Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)		
14	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15	Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17	Tem tido idéia de acabar com a vida?		
18	Sente-se cansado (a) o tempo todo?		
19	Você se cansa com facilidade?		
20	Têm sensações desagradáveis no estomago?		
Se o resultado for > 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental			

Total: _____

ANEXO 8 – Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal – (EMRI)

Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis – EMRI

Para cada item, indique quanto o seu pensamento ou sentimento é descrito pela afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo:

Não me descreve muito bem		Descreve-me muito bem		
1	2	3	4	5

1	Eu frequentemente tenho sentimento de ternura e preocupação por pessoas menos afortunadas do que eu	
2	As vezes, eu tenho dificuldade de ver as coisas do ponto de vista dos outros	
3	As vezes, eu lamento muito por outras pessoas que estão tendo problemas	
4	Em situações de emergência, eu me sinto ansioso e desconfortável	
5	Eu tento considerar os argumentos de todas as pessoas em uma discussão antes de tomar uma decisão	
6	Quando eu vejo alguém sendo logrado eu sinto vontade de protegê-lo	
7	As vezes, eu me sinto desconfortável quando estou no meio de uma situação muito emotiva	
8	As vezes, eu tento entender melhor meus amigos, imaginando como as coisas são vistas da perspectiva deles	
9	Quando eu vejo alguém se ferir, eu tento permanecer calmo	
10	As desgraças e os problemas dos outros em geral não me perturbam muito	
11	Se eu tenho certeza de que eu estou correto sobre alguma coisa, eu não desperdico muito tempo ouvindo os argumentos das outras pessoas	
12	Estar em uma situação emocional tensa assusta-me	
13	Quando eu vejo alguém sendo injustiçado, às vezes eu não sinto muita pena dele	
14	Geralmente eu sou muito afetivo para lidar com emergências	
15	Frequentemente eu fico emocionado com coisas que eu vejo acontecer	
16	Eu acredito que existem dois lados para uma mesma questão e tento olhar para ambos	
17	Eu descreveria a mim mesmo como uma pessoa de coração mole	
18	Eu tenho a perder o controle durante emergências	
19	Quando estou incomodado com alguém, geralmente eu tento me colocar em seu lugar por um momento	
20	Quando eu vejo alguém que tem grande necessidade de ajuda em uma emergência, eu fico desesperado	
21	Antes de criticar alguém, eu tento imaginar como eu me sentiria, se estivesse em seu lugar	

Total: _____

ANEXO 9 – Questionário de Avaliação Funcional – (QAF)

Questionário de Avaliação Funcional – PFEFFER

É uma escala de 11 questões aplicada ao acompanhante ou cuidador da pessoa idosa discorrendo sobre a capacidade desse em desempenhar determinadas funções. As respostas seguem um padrão: **sim é capaz (0); nunca o fez, mas poderia fazer agora (0); com alguma dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3)**. A pontuação de seis ou mais sugere maior dependência. A pontuação máxima é igual a 33 pontos.

1. É capaz de cuidar do seu próprio dinheiro? _____
2. É capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)? _____
3. É capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo? _____
4. É capaz de preparar comida? _____
5. É capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança? _____
6. É capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal? _____
7. É capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares? _____
8. É capaz de cuidar de seus próprios medicamentos? _____
9. É capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa? _____
10. É capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente? _____
11. É capaz de ficar sozinho (a) em casa sem problemas? _____

Pontuação total: _____

ANEXO 10 – Artigo aceito: Implicit attitudes toward the elderly among health professionals and undergraduate students in the health field: a systematic review

Trends
in Psychiatry and Psychotherapy

Review Article

Implicit attitudes toward the elderly among health professionals and undergraduate students in the health field: a systematic review

Atitude implícita em relação ao idoso em profissionais de saúde e estudantes de cursos de graduação da área da saúde: uma revisão sistemática

Madson Alan Maximiano-Barreto,¹ Bruna Moretti Luchesi,² Marcos Hortes Nisihara Chagas¹

Abstract

Objective: To perform a systematic review of articles evaluating implicit attitudes of health professionals and undergraduate students in the health field toward the elderly.

Methods: The PsycINFO, PubMed, Web of Science, Scopus and LILACS databases were searched for relevant articles published in English, Portuguese and Spanish using the following search terms: implicit attitude AND (elderly OR aged OR older people). Seven articles were selected.

Results: The majority of studies were conducted in developed countries and found negative attitudes toward the elderly, with males exhibiting more negative attitudes than females.

Conclusion: The articles analyzed in this review demonstrate an implicitly negative attitude among professionals and students in the field of health toward the elderly.

Keyword: Implicit attitude; health professional; health student; elderly.

Resumo

Objetivo: Realizar uma revisão sistemática de artigos publicados que avaliam atitudes implícitas em relação ao idoso de profissionais de saúde e estudantes de cursos de graduação da área da saúde.

Método: A pesquisa foi realizada nos bancos de dados PsycINFO, PubMed, Web of Science, Scopus e LILACS, buscando artigos relevantes publicados em inglês, português e espanhol. Foram utilizados os seguintes operadores booleanos: implicit attitude AND (elderly OR aged OR older people). Foram selecionados 7 artigos.

Resultado: A maioria dos estudos selecionados foi realizada em países desenvolvidos e relatou uma atitude negativa em relação aos idosos. Indivíduos do sexo masculino apresentaram mais atitude negativa que os do sexo feminino.

Conclusão: Os artigos analisados nesta revisão mostram que a atitude negativa em relação ao público idoso está implicitamente presente entre os profissionais e estudantes da área da saúde.

Descritores: Atitude implícita; profissional da saúde; estudante da saúde; idoso.

ANEXO 11 – Carta de decisão do artigo intitulado: Factors associated with levels of empathy among students and professionals in the health field: a systematic review

Trends in Psychiatry and Psychotherapy

Decision Letter (TRENDS-2019-0035.R3)

From: taianeacardoso@hotmail.com

To: mmaximianopsi@gmail.com

CC:

Subject: Trends in Psychiatry and Psychotherapy - Decision on Manuscript ID TRENDS-2019-0035.R3

Body: 22-Nov-2019

Dear Dr. Maximiano-Barreto:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Factors associated with levels of empathy among students and professionals in the health field: a systematic review" in its current form for publication in the Trends in Psychiatry and Psychotherapy. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Trends in Psychiatry and Psychotherapy, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Taiane de Azevedo Cardoso
Associate Editor, Trends in Psychiatry and Psychotherapy
taianeacardoso@hotmail.com

Entire Scoresheet:

