

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS – CECH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPsi**

MADSON ALAN MAXIMIANO-BARRETO

**Empatia e preocupações psicológicas em cuidadores de pessoas idosas: revisão
sistemática e efeitos do treinamento de empatia**

São Carlos – SP

Junho/2023

MADSON ALAN MAXIMIANO-BARRETO

Empatia e preocupações psicológicas em cuidadores de pessoas idosas: revisão sistemática e efeitos do treinamento de empatia

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Linha de pesquisa: Neurociência Comportamental e Cognitiva.

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

Orientador: Prof. Dr. Marcos Hortes Nisihara Chagas.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (processo n^o: 2020/04936-4)

São Carlos – SP

Junho/2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado do candidato Madson Alan Maximiano Barreto, realizada em 30/06/2023.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Marcos Hortes Nisihara Chagas (UFSCar)

Profa. Dra. Marisa Matias Carvalho Silva (U.Porto)

Profa. Dra. Tábatta Renata Pereira de Brito (UNIFAL)

Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini (UFSCar)

Profa. Dra. Keika Inouye (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

AGRADECIMENTO

À *Deus*, pelo seu amor, misericórdia e infinita graça!! Por me proporcionar saúde, sabedoria para que pudesse enfrentar essa jornada e me permitir alçar vôos altos e sonhado em seu e meu coração e por ter me concedido 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 prima *Profa. Dra. Késia Maximiano*, incentivadora desde o início da minha trajetória acadêmica, 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. Dr. Marcos Hortes N. Chagas*, por mais uma vez ter aceitado me orientar, me possibilitando novas oportunidades de crescimento profissional e pessoal desde o mestrado e até o presente momento (i.e., doutorado). A *Profa. Dra. Bruna Moretti Luchesi* que mais uma vez aceitou continuar me coorientando e sempre foi presente nessa minha trajetória, me ajudando a fazer escolhas assertivas e tomar decisões sábias. Além disso, acreditou no meu potencial dando oportunidade de juntos trabalharmos para além da tese de doutorado, me permitindo assim, novos aprendizados. Gratidão aos dois por todo o aprendizado me proporcionado até aqui. Vocês estarão sempre em minha memória!

Aos meus amigos de *Maceió – AL*, em especial *Silvia Moraes, Paulo Victor Sena, Luis Paulo Cardoso, Adriana Marinho, Yara Costa* e *Janiel Souza*. Aos meus amigos de *Catu – BA* em especial a *Tiana Ribeiro, Anne Pinto, Maria Lucia Ribeiro* e *Eronildes*

Ribeiro. Aos meus amigos da *República Alambique* e agregados que de uma forma louca e carinhosa me acolheram e hoje tenho carinho enorme.

Aos meus professores e amigos do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL em especial ao *Prof. Dr. André Fermoseli* que foi meu orientador e desde o início da graduação acreditou no meu potencial e sempre me incentivou no mundo acadêmico. As *Profas. MSc. Theresa Siqueira, Mônica Melo e Profa. Dra. Daniela do Carmo* por serem incentivadoras e sempre contribuírem de forma direta e indireta para que eu chegasse até aqui. Aos amigos *Andryelle Paulino, Carolyn Morgana, Ellen Falcão e Allysson Lessa* por estarem juntos desde a graduação e compartilhamos mesmo distantes momentos importantes (e.g., conquistas pessoais e profissionais).

Aos meus companheiros de apartamento *Otávio Augusto e Moisés Vital* por me aturar durante meus momentos de surto e descontração.

Aos amigos que fiz durante o doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, em especial *Isabella Miotto, Lilian Pinheiro e Denise Passarelli*.

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 *Daiene Fabrício*, pois foi com ela que compartilhei e dividi angústias, conquistas e risadas e por nunca ter permitido que esse ambiente chamado pós-graduação nos afastasse pelas ambições e rivalidades. Obrigado por me acolher e ser presente na minha vida pessoal e profissional!!

A *Prof.a. Dra. Marisa Matias* da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto por contribuir no desenvolvimento deste trabalho colaborando com as análises estatísticas, para além disso, sendo muito solícita disponibilizando um pouco do seu tempo para atender às nossas solicitações e sempre sendo prestativa a todas as trocas de mensagens/e-mail.

A *Prof.a. Dra. Keika Inouye* por confiar em meu trabalho e aceitar coordenar o projeto de extensão “Treinamento de Empatia para cuidadores de pessoas idosas on-line” que nos permitiu alcançar o objetivo da minha tese, assim certificar os cuidadores por sua participação possibilitando esse reconhecimento.

A pós-doutoranda *Ana Ottaviani* que colaborou no estudo dois, me ajudou na execução do desenho da minha pesquisa e me instruir no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos, para que eu pudesse registrar o estudo três e assim ter êxito na sua publicação, uma vez que é uma recomendação para esse tipo de estudo (i.e., ensaio clínico). Além disso, por auxiliar na minha pesquisa de doutorado junto com as pesquisadoras *Diana Monteiro, Luana Rocha, Larissa Corrêa, Ana Julia Bomfim e Daiene Fabrício*.

Aos membros da banca tanto de qualificação como defesa, *Prof.a. Dra. Sofia Pavarini* (UFSCar), *Prof.a. Dra. Flávia Osório* (FMRP-USP), *Prof.a. Dra. Keika Inouye*, *Prof.a. Dra. Tábatta Brito* (UNIFAL), *Prof.a. Dra. Marisa Matias* (U.Porto) por aceitarem participar desse momento com contribuições relevantes, possibilitando um enriquecimento ao trabalho.

Aos *Cuidadores de pessoas idosas* por aceitarem participar desta pesquisa. Sem eles jamais teria alcançado resultados tão bonitos e importantes para comunidade pesquisada e científica.

Por fim, à *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (CAPES) e *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo* (FAPESP) pelo apoio financeiro para que esse trabalho pudesse ser realizado.

A todos, minha eterna gratidão!!

“A Natureza nos dar tantos exemplos de humildade, e nos proporciona tantas coisas maravilhosas: alimentos, água, sombras, sol, chuvas, lagos, oceanos, matas, florestas, vales campos, animas, pássaros e rios. O Rio São Francisco já traz no seu nome o exemplo do servir e ser humilde, nasce na região Leste, e sobe para a Região Norte, onde mais precisa dos seus serviços e benfeitorias. O Rio não nasce grande, é um pequeno nascedouro, recebe os riachos, afluentes, torna-se gigante como o São Francisco, Nilo, Amazonas, Mississipi e outros, só a nos servir. O rio antes de chegar ao seu descanso no oceano, ele enfrenta vários obstáculos: Montanhas, pacientemente o rio faz a volta ao sopé da montanha e segue sua trajetória. Encontra abismos e não recua, com coragem joga-se, formando belas cascatas e cachoeiras, batendo contra pedras, acalma-se e vai dançando gingando no seu rumo. Atravessa pântanos fedorentos com águas fétidas, e sai lá na frente limpo e com suas águas imaculadas. O poeta já dizia: “Não viste a flor se curvar, teu leito beijar e voltar para traz. tens a mania doente de olhar só para frente e voltar jamais”. Meu caro poeta, quando o rio segue seu destino, não precisa olhar para traz, pois já fez o seu trabalho, molhando a terra fertilizando o solo, saciou sede. E finalmente o rio chega ao seu descanso, recolhendo-se e dormindo para sempre nas águas acolhedoras dos oceanos. Façamos da nossa caminhada de vida, o exemplo do rio, passa por todas as provas, mas não muda o seu comportamento de fazer o bem e ser bom. Os oceanos que recebem toda água doce do universo, nas suas grandezas e humildades, não mudas sua personalidade, a sua individualidade e características, continuam salgados.”

(Eronildes Chaves Ribeiro – Eron)

Resumo

Maximiano-Barreto, M. A. (2023). *Empatia e preocupações psicológicas em cuidadores de pessoas idosas: revisão sistemática e efeitos do treinamento de empatia*. [Tese de Doutorado] – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP, Brasil. 163 p.

Introdução: A empatia é uma habilidade importante na interação social. Esta pode ser preditora ou protetora de impactos negativos do cuidado, como as preocupações psicológicas (e.g., sobrecarga, depressão, ansiedade e estresse). Assim, o treinamento de empatia vem sendo desenvolvido com cuidadores de pessoas idosas visando minimizar os impactos negativos do cuidado. A presente tese está dividida em três estudos. Os dois primeiros são revisões sistemáticas de literatura; e o último é uma pesquisa original. **Objetivos:** O principal objetivo foi analisar os efeitos de um treinamento de empatia nos níveis de preocupações psicológicas em cuidadores de pessoas idosas. Os objetivos específicos foram: i) identificar a relação entre prejuízos psicológicos, empatia e seus domínios (afetiva e cognitiva); ii) identificar os modelos de treinamentos de empatia e os efeitos nas preocupações psicológicas; e iii) avaliar os efeitos e eficácia de um treinamento de empatia nas preocupações psicológicas e empatia de cuidadores de pessoas idosas. **Métodos:** As duas revisões sistemáticas foram realizadas nas bases de dados Embase, LILACS, PsycInfo, Pubmed, Scopus e Web of Science. A estratégia de busca para a primeira revisão foi “*Empathy AND Caregiver AND (Depression OR Burnout OR Anxiety OR Caregiver Burden OR Psychological Stresses)*”, e para segunda revisão “*Empathy AND (Education OR Training OR Intervention) AND Caregiver*”. Artigos publicados em qualquer idioma e ano foram selecionados. O terceiro estudo foi um ensaio clínico cruzado, randomizado e duplo-cego com follow-up realizado com 30 cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas, que participaram de cinco encontros on-line. Os cuidadores foram avaliados quanto a empatia e domínios, sobrecarga, impacto do cuidado, sintomas depressivos e psiquiátricos antes, imediatamente após e após a intervenção). A empatia também foi avaliada após a intervenção ao longo de 15, 30 e 60 dias. **Resultados:** Nas revisões, identificamos que níveis mais altos de empatia afetiva foram associados a maiores preocupações psicológicas. Com relação à empatia afetiva, foram encontradas associações diretas com sintomas depressivos, ansiedade e estresse. Em contraste, altos níveis de empatia cognitiva foram associados a menos sintomas depressivos, estresse e síndrome de burnout. Além disso, na segunda revisão, os treinamentos de empatia foram capazes de aumentar significativamente os níveis de empatia e conseqüente reduzir as preocupações psicológicas. No ensaio clínico, os resultados evidenciaram que o treinamento de empatia realizado on-line foi capaz de diminuir as preocupações psicológicas (i.e., sobrecarga, impacto do cuidado, sintomas depressivos) dos cuidadores de pessoas idosas. Além disso, os níveis da empatia cognitiva aumentaram ao longo de 15, 30 e 60 dias após a intervenção. **Conclusões:** Na literatura, foi encontrada associação direta entre empatia afetiva e preocupações psicológicas. Níveis mais altos de empatia cognitiva podem minimizar as preocupações psicológicas. A literatura evidenciou que o treinamento em empatia para cuidadores de pessoas idosas pode aumentar os níveis dessa habilidade, principalmente no domínio cognitivo, bem como diminuir as preocupações psicológicas. Esses resultados foram confirmados pelo treinamento de empatia realizado on-line.

Palavras-chave: cuidador, empatia, habilidades sociais, fardo do cuidador.

Abstract

Maximiano-Barreto, M. A. (2023). *Empathy and psychological concerns in caregivers of older people: systematic review and effects of empathy training*. [Tese de Doutorado] – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP, Brasil. 163 p.

Introduction: Empathy is an important ability in social interactions and can be a predictor of or protector from the negative impacts of care, such as psychological concerns (e.g., burden, depression, anxiety and stress). Thus, empathy training has been developed with caregivers of older people to minimize the negative impacts of care. The present thesis is divided into three studies. The first two are systematic literature reviews and the third is an original study. **Objectives:** The main objective was to analyze the effects of empathy training on burden levels in caregivers of older people. The following were the specific objectives: i) identify the relationship between psychological harm, empathy and its domains (affective and cognitive); ii) identify empathy training models and the effects on psychological concerns; and iii) evaluate the effects and efficacy of empathy training on psychological concerns and empathy in caregivers of older people. **Methods:** Two systematic reviews were performed of articles retrieved from the Embase, LILACS, PsycInfo, Pubmed, Scopus and Web of Science databases. The search strategy for the first review was “*Empathy AND Caregiver AND (Depression OR Burnout OR Anxiety OR Caregiver Burden OR Psychological Stresses)*” and the strategy for the second review was “*Empathy AND (Education OR Training OR Intervention) AND Caregiver*”. No restrictions were imposed regarding language or year of publication. The third study was a randomized, double-blind, crossover, clinical trial with follow-up involving 30 paid and unpaid caregivers of older people who participated in five online encounters. Data were collected on empathy and domains, burden, the impact of providing care, depressive symptoms and psychiatric symptoms before, immediately after and after the intervention). Empathy was also investigated 15, 30 and 60 days after the intervention. **Results:** In the reviews, we found that higher levels of empathy affective were associated with more psychological concerns. Direct associations were found between affective empathy and depressive symptoms, anxiety and stress. In contrast, high levels of cognitive empathy were associated with fewer depressive symptoms as well as less stress and burnout syndrome. In the second review, empathy training methods were able to significantly increase levels of empathy and consequently reduce psychological concerns. In the clinical trial, the results revealed that online training was capable of diminishing psychological concerns (i.e., burden, impact of providing care and depressive symptoms) in caregivers of older people. Moreover, levels of cognitive empathy increased along the course of 15, 30 and 60 days after the intervention. **Conclusions:** The literature reports a direct association between affective empathy and psychological concerns. Higher levels of cognitive empathy can minimize psychological concerns. The literature revealed that empathy training for caregivers of older people can increase the levels of this ability, especially in the cognitive domain, as well as diminish psychological concerns. These results were confirmed by the empathy training conducted online.

Keywords: caregiver, empathy, social ability, caregiver burdens.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------------------|---|
| ACS | Escala de Avaliação de Cuidados |
| AVD | Atividades de Vida Diária |
| APA | American Psychological Association |
| BAI | Inventário de Ansiedade de Beck |
| BLES | Escala de Empatia de Barrett-Lennard |
| CarerQol-7D | Instrumento de Qualidade de Vida Relacionada ao Cuidado |
| CBI | Caregiver Burden Inventory |
| CES-D | Centro de Estudos Epidemiológicos Índice de Depressão |
| CONSORT | Consolidated Standards of Reporting Trials |
| CRA | Avaliadores de Reação do Cuidador |
| CRA-D | Avaliação de Reação do Cuidador-Holandês |
| DP | Desvio padrão |
| DRS | Escala de Relacionamento Diádico |
| EC | Tarefa de reconhecimento de emoções |
| EE | Tarefa: filme que retrata o sofrimento |
| EMRI | Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal |
| EQ | Quociente de Empatia |
| EQ-Short | Quociente de Empatia-curto |
| F | Feminino |
| GC | Grupo controle |
| GI | Grupo intervenção |
| HADS | Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão |
| HARS | Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton |
| ILPI | Instituição de Longa Permanência |
| IQR | Intervalo interquartil |

| | |
|------------------|--|
| IRI | Índice de Reatividade Interpessoal |
| ISZ | Inventário de Sobrecarga de Zarit |
| JSE-HP | Escala Jefferson de Empatia Profissional de Saúde |
| JSPE | Escala Jefferson de Empatia Médica |
| M | Média |
| MBI | Inventário de Burnout Maslach |
| MES | Escala de Empatia Emocional Mehrabian |
| ND | não detectado/ não demonstra |
| PHQ-9 | Questionário de Saúde do Paciente |
| PRISMA | Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses |
| PROSPERO | International Prospective Register of Systematic Reviews |
| ProQoL5 | Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 |
| PSS | Escala de Estresse Percebido |
| PT | Escala Tomada de Perspectiva |
| PWI-Short | Índice de Bem-Estar Psicossocial-curto |
| RFCS | Escala de Coping Focada no Relacionamento |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SRQ-20 | Questionário de autorrelato |
| TECA | Teste de Empatia Cognitiva e Afetiva |
| TEQ | Questionário de Empatia de Toronto |
| WHO | World Health Organization |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 - Seleção de artigos elegíveis usando diagrama de fluxo PRISMA..... | 34 |
| Figura 2 - Seleção dos artigos elegíveis | 58 |
| Figura 3 - Diagrama CONSORT | 88 |
| Figura 4 - Fluxograma do estudo..... | 95 |
| Figura 5 - Avaliação do ao longo do tempo da empatia e seus domínios (afetivo e cognitivo) entre os cuidadores que completaram a intervenção | 100 |
| Figura 6 - Avaliação do ao longo do tempo da empatia e seus domínios (afetivo e cognitivo) entre os cuidadores que iniciaram no grupo Treinamento Empatia (Fig. a) e Educação em Saúde (Fig. b) | 101 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Características dos estudos selecionados realizados com cuidadores remunerados e/ou não remunerados de pessoas idosas. | 38 |
| Tabela 2 – Associação da empatia e seus domínios afetivos e cognitivos com comprometimentos psicológicos em estudos selecionados. | 39 |
| Tabela 3 – Risco de viés dos estudos incluídos | 61 |
| Tabela 4 – Características dos estudos incluídos..... | 65 |
| Tabela 5 – Estrutura do treinamento em empatia realizado com cuidadores de pessoas idosas | 66 |
| Tabela 6 – Conteúdo de treinamento em empatia para cuidadores de pessoas idosas | 69 |
| Tabela 7 – Efeitos do treinamento em empatia em preocupações psicológicas | 71 |
| Tabela 8 – Característica sociodemográfica dos cuidadores e receptores do cuidado que completaram e não completaram o treinamento | 86 |
| Tabela 9 – Atividades do treinamento de empatia..... | 93 |
| Tabela 10 – Questionário de avaliação do Treinamento de Empatia | 95 |
| Tabela 11 – Características sociodemográficas e clínicas dos receptores de cuidado e cuidadores que completaram a intervenção | 97 |
| Tabela 12 – Comparação e efeito da intervenção nas variáveis empatia total e seus domínios e preocupações psicológicas nos grupos 1 e 2 nos tempos T0, T1 e T2..... | 99 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1. Introdução | 17 |
| 2. Objetivos | 24 |
| 3. Estudo 1 | 26 |
| Preocupações psicológicas associadas à empatia em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas: Uma revisão sistemática | 27 |
| Introdução | 28 |
| Método | 31 |
| Resultados | 35 |
| Discussão | 42 |
| Conclusão | 49 |
| 4. Estudo 2 | 52 |
| Treinamento de empatia para cuidadores de pessoas idosas: Uma revisão sistemática | 53 |
| Introdução | 54 |
| Método | 56 |
| Resultados | 63 |
| Discussão | 72 |
| Conclusão | 78 |
| 5. Estudo 3 | 80 |
| Efeitos de um treinamento de empatia nas preocupações psicológicas e empatia de cuidadores de pessoas idosas: Um estudo clínico cruzado, randomizado e duplo-cego com follow-up | 81 |
| Introdução | 82 |
| Método | 85 |
| Resultados | 96 |
| Discussão | 102 |
| Conclusão | 107 |
| Considerações finais | 109 |
| Referências | 112 |
| Apêndice | 140 |
| Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 140 |
| Apêndice 2 – Questionário sociodemográfico | 144 |
| Apêndice 3 – Questionário de apoio social e características do receptor de cuidado | 145 |

| | |
|--|------------|
| Apêndice 4 – Questionário de avaliação do treinamento de empatia | 146 |
| Anexo | 149 |
| Anexo 1 – Artigo 1 publicado na revista Clinical Gerontologist | 150 |
| Anexo 2 – Artigo 2 publicado na revista Clinical Gerontologist | 151 |
| Anexo 3 – Artigo 3 submetido na revista Clinical Gerontologist | 152 |
| Anexo 4 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos | 153 |
| Anexo 5 – Aprovação do Registo Brasileiro de Ensaios Clínicos – ReBEC..... | 156 |
| Anexo 6 – Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal – (EMRI)..... | 157 |
| Anexo 7 – Inventário de Sobrecarga de Zarit – (ISZ)..... | 158 |
| Anexo 8 – Inventário de Sobrecarga do Cuidador (ISC) | 159 |
| Anexo 9 – Questionário de Saúde do Paciente – (PHQ-9) | 161 |
| Anexo 10 – Questionário de autorrelato – (SRQ-20)..... | 162 |

1. Introdução

O envelhecimento é um fenômeno mundial (Chen, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2019, o número de pessoas com idade igual ou maior que 60 anos era de 1 bilhão e estima-se que esse número aumente para 2,1 bilhões em 2050 (WHO, 2020a) e só no Brasil o número de pessoas idosas representa mais de 14% (Brasil, 2022). Além disso, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, estima-se que até 2050 o Brasil será composto por mais de 20% de pessoas idosas. Esse acontecimento se dá diante de alguns fatores, como: a diminuição da taxa de fecundidade, o avanço da tecnologia que tem descoberto novos tratamentos, como o desenvolvimento de medicamentos e vacinas (e.g., vacina para COVID-19), possibilitando a essa população a redução da mortalidade e o aumento na expectativa de vida (Crimmins, 2015; Dong et al., 2016; Maggi et al., 2016; Mathers et al., 2015; Shapiro & Losick, 2021; Wamble et al., 2019).

Dado o aumento do número de pessoas idosas, identifica-se também o aumento da prevalência de condições crônicas não transmissíveis, como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, osteoartrose, doença de Alzheimer e entre outras (United Nations, 2020; WHO, 2022). A doença de Alzheimer, assim como outras doenças neurodegenerativas (e.g., Doença de Parkinson), são condições crônicas debilitantes que podem levar a pessoa idosa a necessidade de um cuidador para auxiliar nas atividades de vida diária (AVD) (Chiao et al., 2015). Além das condições crônicas, a dependência funcional também é uma questão que faz com que a pessoa idosa necessite de um cuidador (Ringer et al., 2017).

Os cuidadores são denominados de formal e informal (Globerman, 1994; Jacob et al., 2016; Neri, 2006) e essa distinção passou a existir para diferenciar os cuidadores que eram ou não remunerados. Além disso, os cuidadores informais, normalmente, são um familiar, amigo ou até mesmo um vizinho, enquanto que os cuidadores formais são

profissionais da saúde (e.g., enfermeiro, técnico de enfermagem) e/ou pessoas que realizaram curso de cuidador (Jacob et al., 2016). No entanto, esses termos não são capazes de atender todas as características de cuidadores que existem, por exemplo, há cuidadores que têm formação (e.g., enfermagem), mas que são familiares da pessoa idosa e que passam a exercer essa função, recebendo uma remuneração por outros membros da família. Pensando nisso, internacionalmente novas nomenclaturas passam a ser utilizadas (e.g., cuidador remunerado e cuidador não remunerado) (Stall et al., 2019).

Cuidar de uma pessoa idosa, seja de forma remunerada ou não, pode resultar em consequências positivas e negativas (Gray et al., 2016; Pallant, & Reid, 2014). As consequências positivas estão relacionadas a melhor relação entre o cuidador e o receptor de cuidado, maior atenção e compreensão das necessidades do receptor do cuidado (Cohen et al., 2002; Gray et al., 2016; Lloyd et al., 2016) e podem contribuir na qualidade da assistência prestada e melhor qualidade de vida (i.e., cuidador e receptor de cuidado). Já as consequências negativas são tanto físicas como psicológicas (Gray et al., 2016; Sörensen et al., 2006). As consequências físicas estão relacionadas às dores no corpo, insônia, fadiga e entre outras, enquanto que as psicológicas envolvem, por exemplo, o isolamento social e a sobrecarga (Pinquart & Sörensen, 2007; Sörensen et al., 2006).

A sobrecarga é uma das principais consequências identificadas entre os cuidadores de pessoas idosas (Adelman et al., 2020). Segundo a literatura, três principais fatores estão associados a essa consequência, são eles: 1) dependência da pessoa idosa na realização de atividades básicas, como tomar banho, trocar de roupa, comer sozinho (Ringer et al., 2017); 2) gravidade da patologia, como demência em estágio avançado que pode implicar na comunicação e no desenvolvimento de atividades no dia-a-dia (Chiao et al., 2015); e 3) a falta de apoio social ao prestador de cuidado afetiva, emocional, financeira e entre outros (Maximiano-Barreto, Alves et al., 2022). Estudos têm

demonstrado que os cuidadores não remunerados quando comparados aos remunerados são mais sobrecarregados (Martins et al., 2019; Maximiano-Barreto, Fabrício et al., 2022), no entanto, ambos os cuidadores apresentam essa consequência (Ko et al., 2023; Kalanlar et al., 2020; Maximiano-Barreto, Fabrício et al., 2022). Além da sobrecarga, outros prejuízos psicológicos também são identificados entre os cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas, como sintomas depressivos, ansiedade, burnout e estresse (Borges et al., 2021; Alves et al., 2019; Fernández-Carrasco et al., 2022; Mehta, 2005; Narme, 2018). Nesse estudo, denominamos esses prejuízos de “preocupações psicológicas”, como também é denominado em outros estudos (Boufkhed et al., 2023; Kawamoto et al., 2018; Maximiano-Barreto, Ottaviani et al., 2022, Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022).

Os cuidadores de pessoas idosas têm ganhado destaque no campo das pesquisas, principalmente nas áreas da psicologia (e.g., Maximiano-Barreto, Ottaviani et al., 2022, Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022; Queluz et al., 2017; Queluz et al., 2018) e gerontologia (e.g., Borges et al., 2021; Pavarini et al., 2017; Pavarini et al., 2021), uma vez que esses indivíduos apresentam um papel fundamental na manutenção da saúde das pessoas idosas e na qualidade de vida (Hazzan et al., 2022). Dessa forma, diferentes estratégias vêm sendo desenvolvidas com o intuito de minimizar essas preocupações psicológicas e algumas dessas estratégias são intervenções com foco em diferentes aspectos (e.g. ativação comportamental, psicoeducação, mindfulness) (Cheng et al., 2021; Liu et al., 2017; et al., 2020). Uma nova intervenção que vem sendo realizada com os cuidadores de pessoas idosas é com foco na empatia (Maximiano-Barreto, Ottaviani et al., 2022).

A empatia tem ganhado destaque no campo da saúde, principalmente em estudos desenvolvidos com prestadores de assistência à saúde (e.g., médicos, enfermeiros

(Maximiano-Barreto et al., 2020) e cuidadores de pessoas idosas (Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022), uma vez que essa habilidade é importante na interação profissional da saúde-paciente e cuidador-receptor do cuidado. Essa habilidade (i.e., empatia) é caracterizada como multidimensional, uma vez que diferentes teóricos a compreendem como relacionada com aspectos comportamentais e cognitivos do indivíduo (Davis, 1980, 1983, Döpfner, 1989; Eisenberg & Strayer, 1990; Mercer & Reynolds, 2002). No entanto, Davis (1980, 1983) descreve que a empatia é um constructo composto por dois principais domínios, o afetivo e o cognitivo. O domínio afetivo refere-se à capacidade que o sujeito tem de compreender os sentimentos e emoções (i.e., positivo e negativo) do outro, enquanto que o cognitivo permite que o indivíduo empaticamente possa compreender esses sentimentos e emoções, no entanto, consiga discernir e separar o seu estado emocional do estado emocional do indivíduo alvo (Davis, 1980, 1983).

A empatia, além de possibilitar mudanças comportamentais, também está relacionada a mudanças fisiológicas e estudos têm identificado que diferentes regiões do cérebro são ativadas (e.g., amígdala, hipotálamo, hipocampo e ínsula anterior, córtex pré-frontal dorsolateral) quando o indivíduo apresenta comportamento empático (Derntl et al., 2010; Shamay-Tsoory et al., 2013). No entanto, quando se trata dos domínios que compõem essa habilidade, regiões distintas são ativadas quando o sujeito apresenta empatia afetiva (i.e., amígdala, hipotálamo, hipocampo e ínsula anterior) (Decety et al., 2004) e empatia cognitiva (i.e., córtex pré-frontal dorsolateral) (Shamay-Tsoory, 2011). Essas mesmas regiões também são ativadas em indivíduos que apresentam prejuízos psicológicos (e.g., depressão, ansiedade, burnout) (Shin, & Liberzon, 2010; Sliz, & Hayley, 2012). No sentido contrário, estudos têm identificado que a ativação de regiões cerebrais relacionadas ao domínio cognitivo da empatia tem diminuído as preocupações psicológicas (e.g., depressão, ansiedade) (Balderston et al., 2020; Ironside et al., 2019).

Diante das distinções que existem entre esses dois subconstructos (i.e., domínio afetivo e cognitivo) da empatia e suas relações com as preocupações psicológicas, a empatia afetiva pode ser considerada mais um fator associado às consequências negativas dos cuidadores de pessoas idosas, enquanto que a empatia cognitiva um fator protetor (Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022). No entanto, é importante destacar que empatia afetiva é importante na díade, uma vez que pode possibilitar ao cuidador compreender os sentimentos e emoções do receptor do cuidado. Dessa forma, as intervenções realizadas não têm como foco a diminuição da empatia afetiva, mas o aumento da empatia cognitiva (Maximiano-Barreto, Ottaviani et al., 2022).

Os primeiros estudos que descreveram um treinamento de empatia com cuidadores de pessoas idosas foram publicados no ano de 2018 (Jütten et al., 2018; Narme, 2018) e as últimas intervenções até o momento identificadas foram em 2021 e 2022 (Han et al., 2021; Han & Kim, 2022). Outras duas intervenções identificadas na literatura foram publicadas no ano de 2020 (Au et al., 2020; Han & Kim, 2020). Jütten et al. (2018) realizaram uma intervenção presencial e on-line. Na presencial, os cuidadores participaram de um simulador de demência de realidade virtual. Nesse simulador, os cuidadores tiveram a oportunidade de vivenciar e experienciar como é ter demência. Um outro treinamento de empatia (e.g., Han & Kim, 2021) também utilizou um simulador, no entanto, diferente do estudo de Jütten et al. (2018), os cuidadores, em vez de experienciar e vivenciar a realidade de pessoas idosas com demência, experienciavam situações relacionadas ao envelhecimento, além disso, os cuidadores participaram de meditação. Jütten et al. (2018) e Han e Kim (2021) utilizaram diferentes programas, como o “Dementia Live™” e Into D'mentia. O Into D'mentia foi utilizado apenas no estudo de Jütten et al. (2018), os demais estudos que realizaram simulador utilizaram o Dementia Live™ (Han & Kim, 2020, 2021; Han et al., 2021).

Esses simuladores (i.e., Into D'mentia e Dementia Live™) foram desenvolvidos para cuidadores de pessoas idosas, com intuito de possibilitá-los compreender melhor as pessoas idosas com demência (Hattink et al., 2015), além disso, poder ter mais empatia com os receptores do cuidado (Jütten et al., 2017; Han et al., 2020). Além do simulador, outras atividades foram realizadas, como palestras nas quais eram abordados temas relacionados aos aspectos da empatia e do cuidado (Han & Kim, 2020, 2021; Han et al., 2021). treinamento de empatia realizado por meio de ligação telefônica (Au et al., 2020).

Assim, podemos compreender que há vários modelos/formatos para aprimorar e aumentar os níveis de empatia dos cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas. Uma revisão sistemática identificou que o treinamento de empatia seja ele on-line ou presencial é capaz de aumentar os níveis de empatia e consequentemente diminuir as preocupações psicológicas (Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022).

Diante do que foi apresentado acima, percebemos que o treinamento de empatia é uma intervenção recente, que pode aumentar o nível dessa importante habilidade social para esse contexto de cuidador-receptor do cuidado, além disso, implica positivamente nas preocupações psicológicas dos cuidadores. As intervenções identificadas em uma revisão (Maximiano-Barreto, Ottaviani et al., 2022) sistemática não encontraram estudos realizados no Brasil. Dessa forma, esse estudo tem como principal objetivo é analisar os feitos de um treinamento de empatia nos níveis de preocupações psicológicas em cuidadores de pessoas idosas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

- Analisar os efeitos de um treinamento de empatia nos níveis de preocupações psicológicas em cuidadores de pessoas idosas.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar a relação entre prejuízos psicológicos, empatia e seus domínios (afetiva e cognitiva) em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas;
- Identificar os modelos de treinamentos de empatia e os efeitos nas preocupações psicológicas em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas;
- Avaliar os efeitos e eficácia de um treinamento de empatia nas preocupações psicológicas e empatia de cuidadores de pessoas idosas.

3. Estudio 1

Preocupações psicológicas associadas à empatia em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas: Uma revisão sistemática*

Madson Alan Maximiano-Barreto; Daiene de Moraes Fabrício; Ana Julia de Lima

Bomfim; Bruna Moretti Luchesi; Marcos Hortes Nisihara Chagas

Resumo

Objetivo: Identificar a relação entre prejuízos psicológicos, empatia e seus domínios (afetiva e cognitiva) em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas.

Método: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases dados Pubmed, Web of Science, PsycInfo, Scopus e Embase utilizando os descritores “*Empathy*”, “*Caregiver*”, “*Depression*”, “*Burnout*”, “*Anxiety*”, “*Caregiver Burden*” e “*Psychological Stresses*”, com os operadores booleanos “AND” e “OR”. Foram selecionados artigos publicados em qualquer idioma e sem limite de tempo. Essa revisão foi registrada no

PROSPERO - CRD: 42021267276. **Resultado:** Doze artigos foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade. A maioria dos estudos teve a participação de cuidadores não remunerados. Maiores níveis de empatia foram associados a maiores prejuízos psicológicos. Com relação ao domínio afetivo, identificou-se associação direta com mais sintomas ansiosos, depressivos e estresse. Em contrapartida, altos níveis de empatia cognitiva associaram com menos sintomas depressivos, estresse e síndrome de *Burnout*. **Conclusão:** Existe relação entre maior empatia afetiva e presença de prejuízos psicológicos em cuidadores de pessoas idosas. Maiores níveis de empatia cognitiva

*Esse artigo foi publicado na *Clinical Gerontologist* em inglês com direitos autorais de Taylor e Francis. O artigo foi traduzido do inglês para o português a partir da versão aceita pelo autor para fins exclusivos da tese de doutorado. Para citação use Maximiano-Barreto, M. A., Moraes Fabrício, D., Bomfim, A. J. L., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. N. (2022). Psychological Concerns Associated with Empathy in Paid and Unpaid Caregivers of Older People: A Systematic Review. *Clinical Gerontologist*, 1-14. Doi: <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2090879> (Anexo 1).

podem ajudar a minimizar os prejuízos psicológicos. **Implicações clínicas:** Trabalhar a habilidade empática entre cuidadores de pessoas idosas inseridos em diferentes ambientes pode contribuir positivamente no impacto emocional do cuidado. Além disso, treinamento de empatia cognitiva entre cuidadores pode ser uma estratégia para minimizar as consequências negativas do impacto do cuidado.

Palavras-chave: ansiedade, sobrecarga do cuidador, depressão, empatia, stresse psicológico, síndrome de burnout.

Introdução

A empatia é uma habilidade multidimensional importante para a interação social entre indivíduos. O indivíduo que experiencia essa habilidade pode apresentar diferentes composições comportamentais e cognitivas (Davis, 1980, 1983, 2015; Döpfner, 1989; Eisenberg & Strayer, 1990; Mercer & Reynolds, 2002). De acordo com Davis (1980, 1983), além de multidimensional, a empatia é composta por dois principais domínios, o afetivo e o cognitivo. A empatia afetiva está relacionada à capacidade do sujeito em se colocar no lugar do outro, além de sentir as mesmas emoções e sentimentos (Davis, 1980, 1983, 2006), enquanto a empatia cognitiva refere-se à capacidade do indivíduo de compreender a emoção do outro (Davis, 1980, 1983, 2006; 2015). Estudos da neurociência mostram que há diversas mudanças fisiológicas durante a resposta empática (Derntl et al., 2010; Shamay-Tsoory et al., 2013). Regiões cerebrais como amígdala, hipotálamo, hipocampo e insula anterior são ativadas quando o indivíduo experiencia a empatia (Decety et al., 2004; Shamay-Tsoory, 2011). Dessa forma, compreendemos que a empatia é resultante não apenas das modificações comportamentais, mas também fisiológicas.

Essa habilidade tem sido estudada em diversos contextos, principalmente relacionados a indivíduos que exercem assistência à saúde, sejam profissionais da área (Maximiano-Barreto et al., 2020), bem como cuidadores de pessoas idosas (Navarro-Abal et al., 2019; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021).

Exercer o papel de cuidador é uma realidade vivenciada por indivíduos mundialmente, uma vez que há um aumento da população de pessoas idosas (United Nations, 2019) e, conseqüentemente, o aumento da ocorrência de doenças de diferentes ordens, principalmente doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2018). Esses fatores podem resultar na necessidade de um cuidador remunerado ou não remunerado para auxiliar as pessoas idosas na realização das atividades de vida diária (AVD). A diferença entre cuidador remunerado e cuidador não remunerado está relacionada a presença ou não da remuneração pelo cuidado (Li & Song, 2019; Stall et al., 2019). Além disso, outros fatores também podem ser considerados para caracterizar o cuidador como não remunerado, como apresentar algum grau de parentesco, ser amigo e/ou vizinho (Li & Song, 2019; Stall et al., 2019). Já os cuidadores remunerados são profissionais de saúde como enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou indivíduos que possuem curso de cuidador de pessoas idosas (Stall et al., 2019).

O processo de cuidado pode resultar em diversas conseqüências de natureza psicológica para o cuidador (Maximiano-Barreto, Fabrício et al., 2021; Terassi et al., 2020), devido a dois principais fatores: a dependência da pessoa idosa na realização das AVD, como se alimentar sozinho, tomar banho, trocar de roupa, entre outras (Ringer et al., 2017); e a gravidade da doença (Chiao et al., 2015).

Estudos demonstram que ser do sexo feminino, casado, ter idade avançada e ser cuidador não remunerado são características associadas a um maior nível de empatia.

Essas características também são comuns em cuidadores de pessoas idosas (Maximiano-Barreto et al., 2020; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021). Nesse sentido, a empatia é uma variável importante no processo de cuidado, podendo contribuir de forma positiva ou negativa na díade cuidador-receptor do cuidado. Pesquisas realizadas com cuidadores de pessoas idosas têm identificado que quanto maior o nível de empatia, maiores as preocupações psicológicas no cuidador (Navarro-Abal et al., 2019; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021). Com relação aos domínios dessa habilidade, foi identificado que o domínio afetivo da empatia está associado a síndrome de burnout, sobrecarga e ansiedade (Lee et al., 2001; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Pomponi et al., 2016), enquanto a empatia cognitiva associa-se inversamente, ou seja, é uma variável protetora para as preocupações psicológicas (Lee et al., 2001; Jütten et al., 2019).

Exercer o papel de cuidador requer diversas características, e uma delas é a empatia. Essa habilidade, como já apresentado acima, pode possibilitar ao cuidador se colocar no lugar da pessoa idosa, podendo então, prestar melhor assistência. No entanto, o maior nível de empatia pode gerar possíveis consequências negativas de ordem psicológica. Dessa forma, avaliar a relação da empatia e das preocupações psicológicas em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas pode contribuir para o subsídio de intervenções focadas em determinado domínio da empatia (afetivo e cognitivo) com intuito de minimizar as consequências negativas associadas ao processo de cuidado.

Diante do que foi descrito acima, esta revisão sistemática tem como objetivo revisar estudos que avaliaram a relação entre empatia e seus domínios (afetivo e cognitivo) e os preocupações psicológicas em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas. Identificar a associação entre essas variáveis em

cuidadores de pessoas idosas pode possibilitar a compreensão de novos fatores que podem corroborar negativamente no impacto do cuidado, assim como justificar o desenvolvimento de estratégias para minimizar as preocupações psicológicas. Hipotetizamos que os maiores níveis de empatia, principalmente do domínio afetivo em cuidadores remunerados e não remunerados, estejam diretamente associados a preocupações psicológicas e, inversamente, com o domínio cognitivo.

Método

Fontes de dados

Uma revisão sistemática foi realizada utilizando as bases de dados Pubmed, Web of Science, PsycInfo, Scopus e Embase seguindo as diretrizes para revisões sistemáticas e meta-análises apresentadas no *Prisma Statement* (Page et al., 2021). Essa revisão sistemática foi registrada no *International Prospective Register of Systematic Reviews* em 06 de setembro de 2021 (CRD42021267276). Para o levantamento dos dados nas bases descritas acima, utilizou-se os seguintes descritores “*Empathy*”, “*Caregiver*”, “*Depression*”, “*Burnout*”, “*Anxiety*”, “*Caregiver Burden*” e “*Psychological Stresses*” selecionados a partir do *Medical Subject Headings Section* (MeSH) e operadores booleanos “AND” e “OR”. A busca nas bases dados foi realizada utilizando a seguinte combinação “*Empathy AND Caregiver AND (Depression OR Burnout OR Anxiety OR Caregiver Burden OR Psychological Stresses)*”. Os artigos foram selecionados nas bases de dados entre os dias 5 de agosto e 17 de setembro de 2021.

CrITÉRIOS de elegibilidade

CrITÉRIOS de incluso e excluso foram estabelecidos para a seleo dos artigos. Os crITÉRIOS de incluso foram: (i) artigos nos quais os participantes fossem cuidadores remunerados e/ou no remunerados de pessoas idosas, (ii) artigos que avaliassem a relao entre empatia e seus domÍnios (afetivo e cognitivo) com preocupaes psicolgicas (i.e. ansiedade, depresso, sobrecarga do cuidador, burnout e estresse psicolgico) nos cuidadores, (iii) estudos quantitativos, (iv) publicados em qualquer idioma, e (v) sem limite de data de publicao. Foram excluÍdos: (i) livros e capÍtulos de livros, (ii) resenhas, (iii) comentÁrios, (iv) notas, (iv) erratas, (vi) teses e dissertaes, (vii) revises da literatura, (viii) cartas ao editor, e (ix) coleo de resumos.

Extrao de dados

O levantamento dos artigos foi realizado de forma independente por trÊs autores (Maximiano-Barreto, MA, FabrÍcio, DM, Bomfim, AJL) nas bases de dados descritas acima. O gerenciador de referÊncias eletrnicas Mendeley® foi utilizado para auxiliar no processo de leitura, armazenamento e na identificao de artigos duplicados. Aps a remoo dos artigos duplicados, iniciou-se a avaliao de forma independente por meio do tÍtulo e resumo de acordo com os crITÉRIOS de elegibilidade estabelecidos. Os artigos que preencheram os crITÉRIOS de incluso foram submetidos a uma leitura na íntegra pelos mesmos autores. Artigos que geraram dÍvidas durante a seleo na íntegra foram levados a uma reunio realizada com todos os autores para discutir a insero ou excluso desses. Por fim, uma busca foi realizada nas referÊncias dos artigos selecionados. A Figura 1 que apresenta de forma detalhada o processo de busca.

Avaliao crÍtica

Para avaliar o risco de viés dos artigos incluídos na revisão, a qualidade metodológica dos estudos foi avaliada. Utilizou-se o Bias Tool para estudos transversais, que é composto por nove itens (amostragem próxima da população nacional; amostra verdadeira ou próxima da população-alvo; seleção da amostra da amostra próxima; taxa de resposta; representação de risco da amostra diretamente dos sujeitos; definição de caso aceitável para o estudo; com confiabilidade e confiabilidade dos instrumentos utilizados e os dados da mesma forma para todos os sujeitos). Uma pontuação de 0-3 indica baixo risco, 4-6 indica risco moderado e 7-9 indica alto risco de viés (Hoy et al., 2012).

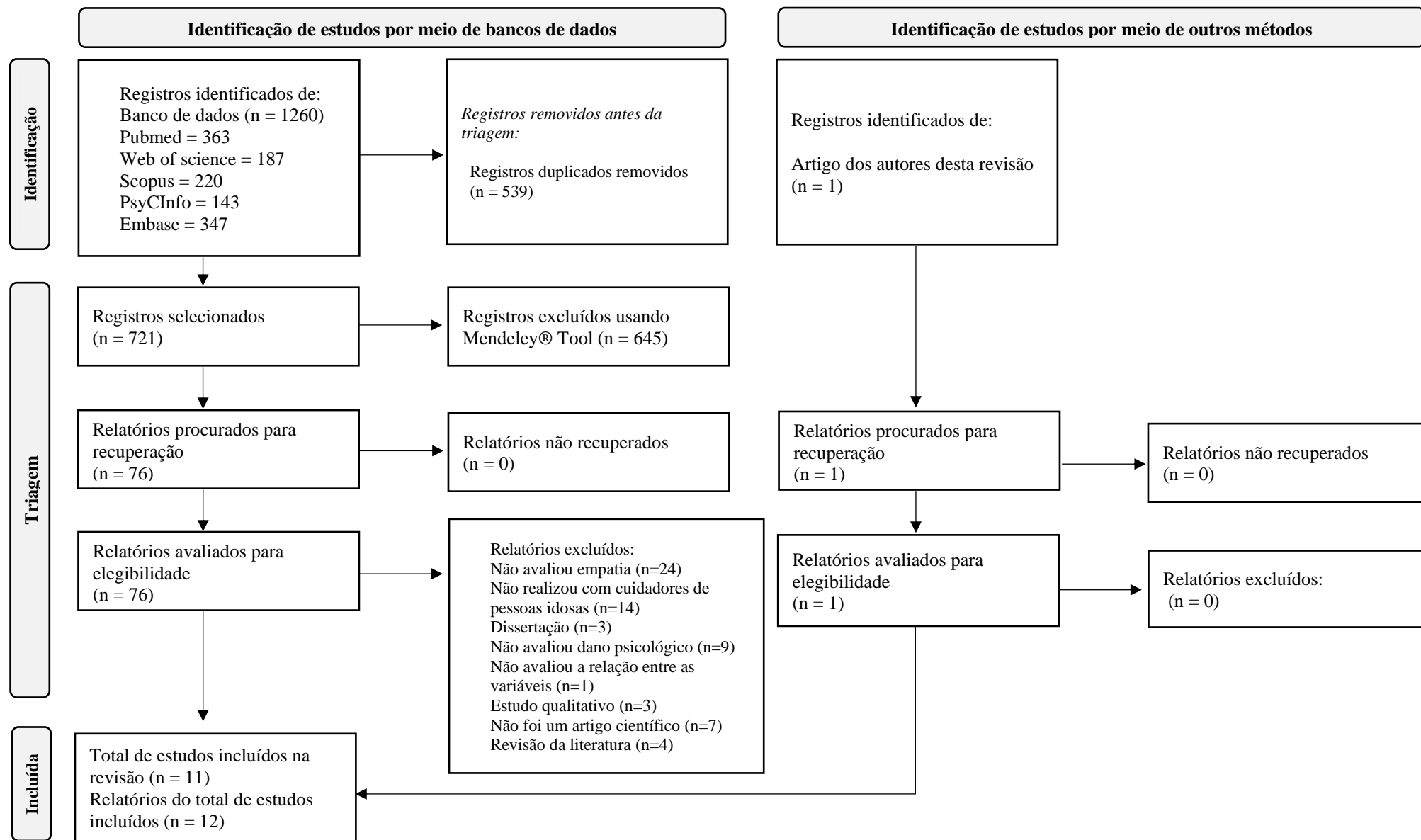


Figura 1. Seleção de artigos elegíveis usando diagrama de fluxo PRISMA (Page et al., 2021).

Resultados

Seleção e apresentação dos estudos

Essa revisão identificou 1261 artigos, dos quais 12 foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos. As características dos estudos estão apresentadas na Tabela 1 e a associação da empatia e seus domínios afetivo e cognitivo com preocupações psicológicas na Tabela 2.

Qualidade dos estudos

Dos 12 estudos selecionados, 9 apresentaram baixo risco de viés (Borges et al., 2021; Hua et al., 2021; Jütten et al. 2019; Lee et al., 2001; Liang et al., 2016; Martínez et al., 2015; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Narme, 2018; Pomponi et al., 2016). Ressalta-se que Pomponi et al. (2016) realizaram um estudo de intervenção e o risco de viés foi avaliado na linha de base. Três estudos apresentaram risco moderado de viés (Martínez et al., 2015; Sutter et al., 2014; Pomponi et al., 2016), por pontuar negativamente em relação ao tamanho da amostra, uma vez que não é capaz de representar a população nacional, por se tratar de um estudo por conveniência e com taxa de resposta abaixo do esperado (<75%). No entanto, optamos por manter este estudo na presente revisão a fim de discutir seus resultados.

Características dos estudos

Com relação a data de publicação, os estudos que avaliaram a relação entre empatia e prejuízos psicólogos em cuidadores de pessoas idosas foram publicados a partir de 2001 (Borges et al., 2021; Hua et al., 2021; Jütten et al., 2019; Lee et al., 2001; Liang et al., 2016; Martínez et al., 2015; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Narme, 2018; Navarro-Abal et al., 2017; Pomponi et al.,

2016; Sutter et al., 2014). O primeiro estudo foi publicado em 2001 (Lee et al., 2001) e os estudos mais atuais foram publicados em 2021 (Borges et al., 2021; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Hua et al., 2021).

Cuidadores remunerado e/ou não remunerado de pessoas idosas participaram dos estudos incluídos nessa revisão. A amostra variou entre 20 (Martínez et al., 2015) e 343 (Liang et al., 2016) participantes. A prevalência de cuidadores do sexo feminino foi maior que a do sexo masculino em todos os estudos incluídos. Desses, o estudo de Borges et al. (2021) teve a maior prevalência de cuidadoras (93,1%), enquanto o estudo de Pomponi et al. (2016) apresentou a menor (53,6%). Com relação à média (desvio padrão) de idade dos cuidadores, foi possível identificar uma variação entre 36,72 (10,21) (Borges et al., 2021) e 68,6 (6,7) anos (Pomponi et al., 2016). Um estudo não apresentou a média de idade da amostra (Martínez et al., 2015).

Dos estudos selecionados, a maioria teve a participação de cuidadores não remunerados de pessoas idosas (Hua et al., 2021; Jütten et al., 2019; Lee et al., 2001; Navarro-Abal et al., 2017; Pomponi et al., 2016; Sutter et al., 2014), seguidos de estudos com cuidadores remunerados e não remunerados (Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Liang et al. 2016) e apenas cuidadores remunerados (Borges et al., 2021; Martínez et al., 2015, Narme, 2018). Os cuidadores foram recrutados em diferentes locais como Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (Borges et al., 2021; Martínez et al., 2015, Name, 2018), hospital (Liang et al., 2016), centro de saúde (Sutter et al., 2014) e três estudos recrutaram cuidadores em outros locais como: centro de saúde, ILPI, hospitais, curso de cuidador e na comunidade (Lee et al., 2001; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021).

Com relação às regiões onde foram desenvolvidas as pesquisas, foi possível identificar a participação de cuidadores que moravam em países desenvolvidos (Hua et al., 2021; Jütten et al., 2019; Lee et al., 2001; Liang et al., 2016; Martínez et al., 2015; Name, 2018; Navarro-Abal et al., 2017; Pomponi et al., 2016) e em desenvolvimento (Borges et al., 2021; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Sutter et al., 2014). Dos estudos que foram realizados em países desenvolvidos, dois foram realizados nos Estados Unidos da América (Lee et al., 2001; Hua et al., 2021) dois na Espanha (Martínez et al., 2015; Navarro-Abal et al., 2017) e um na França (Name, 2018). Já nos países em desenvolvimento, três foram realizados no Brasil (Borges et al., 2021; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021) e um na Colômbia (Sutter et al., 2014).

Tabela 1. *Características dos estudos selecionados realizados com cuidadores remunerados e/ou não remunerados de pessoas idosas.*

| Referências | Ano | n | Sexo (%) | Idade (M; \pm SD) | Cuidador | Local | País | Método |
|-----------------------------------|------|-----|----------|----------------------|-----------------------------|--|----------------|-------------|
| Borges et al. | 2021 | 101 | F (93,1) | 36,72 (\pm 10,21) | Remunerado | ILPI | Brasil | Transversal |
| Hua et al. | 2021 | 78 | F (60,3) | 64,52 (\pm 9,26) | Não remunerado | Centro de saúde | Estados Unidos | Transversal |
| Jütten et al. | 2019 | 201 | F (79,0) | 60,8 (\pm 12,03) | Não remunerado | Comunidade | Holanda | Transversal |
| Lee et al, | 2001 | 140 | F (84,0) | 65,0 (\pm 11,60) | Não remunerado | Comunidade, ILPI, Centros de saúde | Estados Unidos | Transversal |
| Liang et al. | 2016 | 343 | F (56,3) | 55,0 (\pm 16,40) | Não remunerado e remunerado | Hospital | China | Transversal |
| Martínez et al. | 2015 | 20 | F (77,8) | ND | Remunerado | ILPI | Espanha | Transversal |
| Maximiano-Barreto, Bomfim et al. | 2021 | 158 | F (92,4) | 43,32 (\pm 13,73) | Não remunerado e remunerado | Comunidade, Hospital, Curso de cuidador e ILPI | Brasil | Transversal |
| Maximiano-Barreto, Luchesi et al. | 2021 | 111 | F (91,0) | 46,0 (33-57)* | Não remunerado e remunerado | Comunidade, Hospital e Curso de cuidador | Brasil | Transversal |
| Navarro-Abal et al. | 2017 | 155 | F (82,0) | 51,90 (\pm 11,80) | Remunerado | Comunidade | Espanha | Transversal |
| Narme | 2018 | 124 | F (92,7) | 38,4 (\pm 11,30) | remunerado | ILPI | França | Transversal |
| Pomponi et al. | 2016 | 28 | F (53,6) | 68,6 (\pm 6,70) | Não remunerado | Comunidade | Itália | Transversal |
| Sutter et al. | 2014 | 90 | F (64,4) | 54,12 (\pm 11,50) | Não remunerado | Centro de saúde | Colômbia | Transversal |

F: Feminino. M: Média. DP: Desvio padrão. *Mediana (IQR: Intervalo interquartil). ILPI: Instituição de Longa Permanência. ND: não detectado.

Tabela 2. Associação da empatia e seus domínios afetivos e cognitivos com comprometimentos psicológicos em estudos selecionados.

| Referências | Instrumento Empatia | Instrumento Preocupações psicológicas | Efeitos da Empatia (Afetiva e Cognitiva) |
|--|---------------------|---|---|
| Borges et al. (2021) | IRI | Depressão: PHQ-9 | ↑ Empatia vs. ↑ Depressão ↑ Empatia afetiva vs. ↑ Depressão |
| Hua et al. (2021) | CE EE | Ansiedade: BAI Depressão: CES-D | ↑ Empatia afetiva vs. ↑ Ansiedade ↑ Empatia afetiva vs. ↑ Depressão |
| Jütten et al. (2019) | IRI | Ansiedade e Depressão: HADS Sobrecarga: CRA-D | ↑ Empatia cognitiva vs. ↓ Depressão ↑ Empatia afetiva vs. ↑ Ansiedade |
| Lee et al. (2001) | MES BLES | Estresse: ACS Depressão: CES-D | ↑ Empatia afetiva vs. ↑ Estresse ↑ Empatia cognitiva vs. ↓ Estresse ↑ Empatia cognitiva vs. ↓ Depressão |
| Liang et al. (2016) | TEQ | Ansiedade e Depressão: HADS | ↓ Empatia vs. ↑ Depressão |
| Martínez et al. (2015) | TECA | Burnout: MBI | ↑ Empatia vs. ↑ Burnout |
| Maximiano-Barreto, Bomfim et al. (2021) | IRI | Depressão: PHQ-9 | ↑ Empatia vs. ↑ Depressão |
| Maximiano-Barreto, Luchesi et al. (2021) | IRI | Sobrecarga: IZB Depressão: PHQ-9 | ↑ Empatia vs. ↑ Depressão ↑ Empatia afetiva vs. ↑ Depressão |
| Narme (2018) | IRI JSPE | Burnout: MBI | ↑ Empatia vs. ↑ Burnout ↑ Empatia cognitiva vs. ↓ Burnout |
| Navarro-Abal et al. (2017) | IRI | Sobrecarga: ZBI | ↑ Empatia vs. ↑ Sobrecarga |
| Pomponi et al. (2016) | QE | Sobrecarga: CBI Depressão: HDRS Ansiedade: HARS | ↑ Empatia vs. ↑ Sobrecarga ↑ Empatia vs. ↑ Ansiedade |
| Sutter et al. (2014) | RFCS | Sobrecarga: ZBI Depressão: PHQ-9 Estresse: PSS | ↑ Empatia vs. ↑ Estresse ↑ Empatia vs. ↓ Depressão |

↑: Níveis mais altos. ↓: Níveis mais baixos. ACS: Escala de Avaliação de Cuidados. BLES: Escala de Empatia de Barrett-Lennard. BAI: Inventário de Ansiedade de Beck. CBI: Caregiver Burden Inventory. CES-D: Centro de Estudos Epidemiológicos Índice de Depressão. EQ: Quociente de Empatia. IRI: Índice de Reatividade Interpessoal. MES: Escala de Empatia Emocional Mehrabian. ZBI: Zarit Burden Interview. PHQ-9: Questionário de Saúde do Paciente-9. PSS: Escala de Estresse Percebido. CRA-D: Avaliação de Reação do Cuidador-Holandês. RFCS: Escala de Coping Focada no Relacionamento. EC: tarefa de reconhecimento de emoções. EE: tarefa: filme que retrata o sofrimento. TEQ: Questionário de Empatia de Toronto. TECA: Teste de Empatia Cognitiva e Afetiva. HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. HDRS: Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton. MBI: Inventário de Burnout Maslach. HDRS: Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton. HARS: Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton. JSPE: Escala Jefferson de Empatia Médica.

Instrumentos para avaliar empatia

Os estudos utilizaram diferentes instrumentos para avaliar os níveis de empatia e seus domínios (afetivo e cognitivo). A maioria utilizou papel e lápis para aplicação (Borges et al., 2021; Jütten et al., 2019; Lee et al., 2001; Liang et al., 2016; Martínez et al., 2015; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Navarro-Abal et al., 2017; Pomponi et al., 2016; Sutter et al., 2014). Apenas um estudo avaliou a habilidade empática do teste por meio de vídeo com o task: film depicting suffering – EE para avaliar o domínio afetivo e o emotion-recognition task – CE para o domínio cognitivo (Hua et al., 2021). Seis estudos utilizaram a Interpersonal Reactivity Index – IRI (Borges et al., 2021; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Jütten et al., 2019; Narme, 2018; Navarro-Abal et al., 2017) e os demais, utilizaram diferentes escalas como Quociente de Empatia – EQ (Pomponi et al., 2016), Toronto Empathy Questionnaire – TEQ (Liang et al., 2016), Test de Empatía Cognitiva y Afectiva – TECA (Martínez et al., 2015), Relationship-Focused Coping Scale – RFCS (Sutter et al., 2014). O estudo de Narme (2018), utilizou, além da IRI, a Escala de Empatia de Jefferson – JSPE.

Instrumentos para avaliar as preocupações psicológicas

Foram avaliadas diferentes preocupações psicológicas nos cuidadores remunerados e/ou não remunerados de pessoas idosas. O prejuízo mais rastreado foi sintoma depressivo (Borges et al., 2021; Hua et al., 2021; Jütten et al., 2019; Liang et al., 2016; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Pomponi et al., 2016; Sutter et al., 2014), seguido do rastreamento de sobrecarga (Jütten et al., 2019; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Navarro-Abal et al., 2017; Pomponi et al., 2016; Sutter et al., 2014), sintomas ansiosos (Hua et al., 2021; Jütten et

al., 2019; Liang et al., 2016; Pomponi et al., 2016), estresse psicológico (Lee et al., 2001; Sutter et al., 2014) e síndrome de burnout (Martínez et al., 2015; Narme, 2018).

Assim como nos instrumentos para avaliar os níveis de empatia, também foi identificada uma variedade para avaliação das preocupações psicológicas nos cuidadores. Dos instrumentos que buscaram rastrear os sintomas depressivos, quatro utilizaram o Patient Health Questionnaire-9 – PHQ-9 (Borges et al., 2021; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Sutter et al., 2014) e dois utilizaram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (Jütten et al., 2019; Liang et al., 2016). A Hamilton Depression Rating Scale – HDRS (Pomponi et al., 2016) e o Epidemiologic Studies Depression Index – CRA-D (Jütten et al., 2019) foram utilizados em um único estudo cada.

Dentre os estudos que avaliaram a sobrecarga, apenas um não utilizou a Zarit Burden Interview – ZBI, e aplicou o Caregiver Burden Inventory – CBI (Pomponi et al., 2016). Os sintomas ansiosos foram avaliados utilizando a HADS (Jütten et al., 2019; Liang et al., 2016), a Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS (Pomponi et al., 2016) e o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Hua et al., 2021). Para avaliação do estresse, utilizou-se a Appraisal of Caregiving Scale – ACS (Lee et al., 2001) e a Perceived Stress Scale – PSS (Sutter et al., 2014). A síndrome de burnout foi mensurada com a Escala de Burnout de Maslach – MBI (Martínez et al., 2015; Narme, 2018).

Associação entre empatia e preocupações psicológicas

Quanto as preocupações psicológicas que estiveram associadas à empatia geral, os estudos apresentaram como principal resultado que um aumento dessa habilidade foi associado à maior sobrecarga (Pomponi et al., 2016), presença de sintomas depressivos (Borges et al., 2021; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021), presença de sintomas ansiosos (Pomponi et al., 2016), ocorrência

de síndrome de burnout (Martínez et al., 2015; Narme, 2018) e maior estresse (Sutter et al., 2014). Dois artigos apresentaram resultados divergentes (Liang et al., 2016; Sutter et al., 2014). Um estudo identificou que menores níveis de empatia apresentam associação direta com maiores sintomas depressivos (Liang et al., 2016) e outro estudo mostrou uma relação negativa entre empatia e sintomas depressivos (Sutter et al., 2014).

Com relação aos domínios afetivo e cognitivo da empatia, a maioria dos estudos identificou uma relação positiva entre preocupações psicológicas e empatia afetiva, ou seja, quanto maior a empatia afetiva, mais prejuízos. As relações foram com sintomas ansiosos (Hua et al., 2021; Jütten et al., 2019), depressivos (Borges et al., 2021; Hua et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021), estresse (Lee et al., 2001) e síndrome de burnout (Narme, 2018).

Com relação ao domínio cognitivo, os estudos mostraram uma associação inversa (Jütten et al., 2019; Lee et al., 2001; Narme, 2018). Jütten et al. (2019) e Lee et al. (2001) entre empatia cognitiva e sintomas depressivos, ou seja, quanto maior a empatia cognitiva, menos sintomas depressivos. Lee et al. (2001) também identificaram essa relação com o estresse e Narme (2018) com a síndrome de burnout. É importante salientar que tanto nos cuidadores remunerados como nos não remunerados foram identificadas associações entre as variáveis na mesma direção.

Discussão

Os resultados dessa revisão sistemática demonstram que tanto a empatia como seus domínios apresentam associação com as preocupações psicológicas nos cuidadores remunerados e/ou não remunerados de pessoas idosas. A empatia associou-se diretamente com a sobrecarga, sintomas ansiosos e depressivos, síndrome de burnout e estresse. Com relação ao domínio empatia afetiva, houve associação direta com sintomas depressivos,

ansiosos e estresse. Por outro lado, o domínio empatia cognitiva associou-se inversamente com sintomas depressivos, estresse e síndrome de burnout.

Associação entre empatia e preocupações psicológicas

A associação da empatia com preocupações psicológicas foi identificada tanto em cuidadores remunerados, como em não remunerados. Resultados semelhantes aos incluídos na presente revisão foram identificados em estudos com indivíduos que não são cuidadores de pessoas idosas, mas que exercem o cuidado, como médicos e enfermeiros (Yuguero et al., 2017; Wahjudi et al., 2019). Sampaio e Oliveira (2020) realizaram um estudo com diferentes profissionais da saúde no Brasil e avaliaram a relação da empatia com ansiedade, depressão e estresse. Os autores identificaram que a empatia apresenta associação com as preocupações psicológicas nos profissionais de saúde. A explicação para esse resultado pode ser devido à maior presença de indivíduos do sexo feminino nas amostras, que também apresentam prevalência maior de transtornos depressivos, de ansiedade e estresse (Hou et al., 2020; Riecher-Rössler, 2017). Além disso, as mulheres apresentam maior ativação em regiões neurais relacionadas com as emoções, como a amígdala (Derntl et al., 2010). No entanto, Jütten et al. (2019), Liang et al. (2016) e Sutter et al. (2014) realizaram suas análises ajustadas para sexo e constaram que, independentemente dessa variável, há relação entre empatia e preocupações psicológicas.

Ademais, uma possível hipótese explicativa para relação dos maiores níveis de empatia e preocupações psicológicas é a relação familiar e o comportamento pró-social. Estudos têm demonstrado que indivíduos que exibem boa relação familiar apresentam maiores níveis de empatia (Van Lissa et al. 2016) e de comportamento pró-social (Decety et al., 2016; Miklikowska et al. 2011), podendo possibilitar o bem-estar do outro (Batson et al., 2015). Uma pesquisa realizada por Beadle et al. (2018) constatou que cuidadores apresentam maiores níveis de empatia e comportamento pró-social em relação aos não

cuidadores. Achados semelhantes foram identificados em um estudo realizado com enfermeiros, ou seja, quanto maior empatia, maior o comportamento pró-social (Wahyuni, & Dimiyati 2019). Contudo, o excesso diário de comportamento pró-social pode levar às preocupações psicológicas (O'Connor et al., 2011; Raposa et al., 2016), o que é uma realidade entre os cuidadores de pessoas idosas. Essa relação entre maior comportamento pró-social e preocupações psicológicas pode ser explicada pelas estruturas cerebrais que são ativadas em indivíduos que experienciam essas variáveis. Estudos identificaram que a amígdala e a ínsula são as áreas cerebrais mais ativadas no comportamento pró-social (Chen et al., 2019; Luo, 2018), bem como em indivíduos com preocupações psicológicas como ansiedade, depressão, estresse (Aupperle et al., 2012; Ironside et al., 2019).

Nessa revisão, dois estudos apresentaram resultados divergentes dos demais. Os estudos identificaram uma relação negativa em que maiores níveis de empatia associaram-se com menos sintomas de depressão e/ou menores níveis de empatia se associaram com maiores níveis de depressão (Sutter et al., 2014; Liang et al., 2016). No sentido contrário, estudos realizados com a participação de indivíduos com depressão e/ou sintomas depressivos identificaram uma relação positiva entre as variáveis (Bennik et al., 2019; Cusi et al., 2011; Schreiter et al., 2013). Ressalta-se que dos estudos com resultado divergente, um é composto por cuidadores que participaram de workshops de psicoeducação no momento da seleção (Sutter et al., 2014), e o outro com cuidadores com baixa e/ou sem familiaridade com os receptores do cuidado (Liang et al., 2016). Esses fatores podem possivelmente justificar tal divergência, uma que vez que, atividades psicoeducacionais para cuidadores de pessoas idosas podem minimizar os impactos do cuidado (Piersol et al., 2017), enquanto a falta de familiaridade com a pessoa idosa pode impactar nos níveis da empatia (Bouchard et al., 2013).

Associação entre empatia afetiva e cognitiva e preocupações psicológicas

Estudos têm demonstrado que a empatia afetiva e a cognitiva ativam diferentes estruturas cerebrais (Decety et al., 2004; Shamay-Tsoory, 2011). Indivíduos que experienciam a empatia afetiva tem ativação de estruturas como amígdala, hipotálamo, hipocampo e ínsula anterior (Decety et al., 2004), enquanto na empatia cognitiva há uma ativação do córtex pré-frontal dorsolateral (Shamay-Tsoory, 2011). Investigações evidenciaram que indivíduos com preocupações psicológicas (i.e. ansiedade, depressão, sobrecarga, síndrome do burnout e estresse) apresentam ativação das regiões que também são ativadas quando um indivíduo experiencia a empatia afetiva (Shin, & Liberzon, 2010; Sliz, & Hayley, 2012). No entanto, indivíduos que têm ativação no córtex pré-frontal dorsolateral apresentam uma diminuição da atividade de regiões como a amígdala (Aupperle et al., 2012; Balderston et al., 2020; Ironside et al., 2019). Ironside et al. (2019) realizaram um estudo cujo objetivo foi identificar se a estimulação do córtex pré-frontal dorsolateral reduz a reatividade à ameaça da amígdala em indivíduos com traços de ansiedade e constataram que há redução da reatividade da amígdala. Blix et al. (2013) constataram em sua pesquisa que o estresse ocupacional a longo prazo pode causar uma diminuição do volume de regiões específicas do cérebro, entre elas o córtex pré-frontal dorsolateral. Essa região pode estar relacionada a regulação emocional e cognitiva das preocupações psicológicas. Dessa forma, identificar e diferenciar as relações fisiológicas evidencia a importância de avaliar os domínios afetivo e cognitivo da empatia separadamente.

Dos artigos que compõem essa revisão, apenas seis avaliaram a relação entre os domínios afetivo e cognitivo da empatia com as preocupações psicológicas (Borges et al., 2021; Hua et al., 2021; Jütten et al., 2019; Lee et al., 2001; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Narme, 2018). O domínio afetivo foi associado diretamente com ansiedade, depressão, estresse e síndrome de burnout (Borges et al., 2021; Hua et al., 2021; Jütten et

al., 2019; Hua et al., 2021; Lee et al., 2001; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Narme, 2018). A maioria dos estudos que identificou essa associação entre as variáveis foi realizada com cuidadores não remunerados (Hua et al., 2021; Jütten et al., 2019; Lee et al., 2001), o que possivelmente pode justificar essa associação entre as variáveis é a amostra, visto que a maioria dos estudos tem amostras com média alta de idade (Hua et al., 2021; Jütten et al., 2019; Lee et al., 2001).

Uma pesquisa realizada com indivíduos jovens, jovens adultos e pessoas idosas identificou que os mais velhos apresentam maiores níveis de empatia afetiva (Sze et al., 2012). Maximiano-Barreto, Luchesi et al. (2021) constaram em seu estudo que à medida que a idade dos cuidadores aumenta, os níveis de empatia afetiva aumentam. No entanto, a relação entre idade e empatia afetiva e/ou cognitiva ainda não está bem estabelecida na literatura, uma vez que estudos apontaram diferentes direções (Beadle et al., 2012; 2015). Além disso, estudos mostram que adultos mais jovens apresentam menos prejuízos psicológico (Gambin et al., 2021; Varma et al., 2021). Jütten et al. (2019), Lee et al. (2001) e Maximiano-Barreto, Luchesi et al. (2021) ao analisarem a relação entre empatia e preocupações psicológicas ajustando para idade, constataram que há uma relação entre maior empatia afetiva e preocupações psicológicas, independentemente da idade.

A própria característica da empatia afetiva, a qual possibilita uma ressonância subjetiva das emoções e sentimentos positivos e negativos entre indivíduos que a experienciam, é uma possível explicação para relação do domínio afetivo e preocupações psicológicas (Hatfield et al., 2009; Singer & Klimecki, 2014). O cuidador, por exemplo, apresenta, além de emoções/sentimentos positivos, também negativos (i.e. ansiedade, depressão, sentimento de obrigação por ter que cuidar, falta de dinheiro e de ajuda para cuidar); o que possivelmente pode justificar a relação entre as variáveis. Além disso, a empatia afetiva também possibilita o comportamento pró-social (Stel et al., 2008;

Lockwood et al., 2014), corroborando com o que discutimos anteriormente. É importante destacar que a empatia cognitiva também está associada ao comportamento pró-social (Lockwood et al., 2014). Porém, como a empatia afetiva e cognitiva apresentam interações distintas para quem as experienciam, a cognitiva, além de permitir compreender a emoção do outro como já apresentado anteriormente, possibilita o distanciamento emocional (Davis, 1980, 1983; 2006), podendo então, contribuir positivamente para ausência das preocupações psicológicas.

A angústia empática, subdomínio da empatia afetiva também pode explicar esse desfecho. Esse comportamento característico da empatia afetiva, proporciona ao indivíduo aliviar sua própria dor, mas antes, é necessário ajudar e aliviar a dor do outro (Davis, 1980; 1983). Pacientes com dependência funcional e/ou comprometimento psicológico necessita de ajuda constante, o que implica na capacidade que os cuidadores terão de aliviar sua própria dor. O cuidador normalmente presta ajuda diária a uma pessoa idosa, podendo levá-lo ao prejuízo da angústia empática e conseqüentemente a presença de preocupações psicológicas (Abramowitz et al., 2014; Borges et al., 2021; Sampaio & Oliveira, 2020). Além disso, indivíduos deprimidos ao observar a dor do outro apresenta prejuízo na angústia empática (O'Connor et al., 2007).

A empatia cognitiva, diferentemente da afetiva, associou-se inversamente com as preocupações psicológicas, em especial em relação aos sintomas depressivos, estresse e burnout (Jütten et al., 2019; Lee et al., 2001; Narme, 2018). Estudo realizado com 844 estudantes de medicina identificou uma associação negativa da empatia cognitiva em relação à ansiedade, depressão e estresse (Powell, 2018). A tomada de perspectiva é o principal subdomínio da empatia cognitiva, e essa, por sua vez, pode explicar a associação inversa entre as variáveis. Segundo Davis (1983), a tomada de perspectiva é a capacidade que o indivíduo tem de adotar ponto de vista do outro de forma espontânea. Pensando na

dáde cuidador-receptor do cuidado, o cuidador que é capaz de compreender a perspectiva da pessoa idosa, por exemplo, pode apresentar uma boa interação e relação emocional capaz de diminuir o impacto negativo do cuidado. Um estudo realizado com profissionais de saúde identificou que a capacidade de tomada de perspectiva está associada inversamente com os sintomas depressivos (Tully et al., 2016).

Uma revisão da literatura realizada com profissionais de saúde identificou que a maioria dos estudos selecionados apresentou uma relação inversa entre empatia cognitiva e síndrome de burnout (Wilkinson et al., 2017). Esse resultado também é identificado em outros estudos (Cusi et al., 2011; Schreiter et al., 2013). Ou seja, esse domínio pode ajudar a minimizar as preocupações psicológicas entre os cuidadores. Considerando que maiores níveis de empatia cognitiva podem ser benéficos em relação às preocupações psicológicas, pesquisas vêm sendo desenvolvidas com o intuito de treinar cuidadores de pessoas idosas no desenvolvimento e/ou aprimoramento da empatia cognitiva, a fim de diminuir as preocupações psicológicas (Han & Kim, 2020; Hua et al., 2021; Lee et al., 2021; Narme, 2018).

Sugestões para pesquisas futuras

Dos artigos incluídos nesta revisão sistemática, apenas cinco estudos realizaram suas análises ajustando para variáveis sociodemográficas (i.e. sexo, escolaridade e idade) (Jütten et al., 2019; Lee et al., 2001; Liang et al., 2016; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Sutter et al., 2014). Como apresentado durante a discussão desta revisão, esses autores encontraram uma associação entre empatia e seus domínios afetivo e cognitivo independente dessas variáveis. Estudos têm demonstrado que esses fatores podem aumentar ou diminuir os níveis de empatia, assim como implicar na ausência ou presença das preocupações psicológicas (Bjelland et al., 2008; Hou et al., 2020; Riecher-Rössler, 2017; Gambin et al., 2021; Varma et al., 2021). No entanto, essas variáveis são

consideradas como variáveis de confusão e estudos futuros ao investigar a relação da empatia e preocupações psicológicas devem realizar ajustes de suas análises para esses fatores.

Limitações

Os resultados encontrados nesta revisão permitem levantar algumas hipóteses sobre a empatia e as preocupações psicológicas em cuidadores. No entanto, algumas lacunas devem ser destacadas com relação aos estudos incluídos, como, por exemplo, o pequeno número de investigações sobre o tema, a não realização de análises para avaliar a relação entre os domínios afetivo e cognitivo e as preocupações psicológicas em alguns estudos (Liang et al., 2016; Martínez et al., 2015; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Sutter et al., 2014; Pomponi et al., 2016), a diversidade de instrumentos utilizada tanto para a avaliação das preocupações psicológicas, quanto da empatia. Essa revisão não avaliou cuidadores de grupos específicos (e.g., pessoas idosas com demência, diabetes, depressão, prejuízo funcional e entre outros), mas de pessoas que são cuidadoras de pessoas idosas de forma geral para ampliar a aplicabilidade dos resultados. Porém, essa é uma limitação da revisão que deve ser considerada em estudos futuros.

Conclusão

Essa é a primeira revisão sistemática que avalia a relação de preocupações psicológicas, empatia e seus domínios afetivo e cognitivo em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas. Identificamos que há uma associação entre preocupações psicológicas e empatia em cuidadores. Maiores níveis de empatia afetiva se associam com preocupações psicológicas, em especial estresse, ansiedade e depressão.

Já a empatia cognitiva se associa inversamente com esses prejuízos, e pode ajudar a minimizar as consequências negativas na saúde mental dos cuidadores.

Ainda que o número de estudos que avaliem a relação entre essas variáveis em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas seja pequeno, essa revisão sistemática dá subsídio para a possibilidade de desenvolvimento de treinamento focado na empatia cognitiva com objetivo de minimizar as consequências psicológicas decorrentes do cuidado de pessoas idosas. Contudo, é importante o desenvolvimento de mais pesquisas, principalmente de cunho longitudinal para avaliar a causalidade da empatia e seus domínios afetivo e cognitivo e as preocupações psicológicas.

Implicações clínicas

- Avaliar os níveis de empatia, no ambiente clínico, principalmente do domínio afetivo dos cuidadores de pessoas idosas é importante para prever possíveis preocupações psicológicas.
- Inserir esse constructo na avaliação clínica dos cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas é importante para compreender como encontram-se seus níveis de empatia, uma vez que maiores níveis podem colaborar negativamente na saúde mental desses cuidadores e refletir negativamente na assistência prestada a pessoa idosa cuidada.
- Realizar treinamento de empatia cognitiva entre cuidadores remunerados e não remunerados pode ser uma estratégia para minimizar as consequências negativas do impacto do cuidado.
- Trabalhar a habilidade empática entre cuidadores de pessoas idosas inseridos em diferentes ambientes (i.e., Instituição de Longa Permanência, residência familiar, serviços

de saúde, cursos de cuidador) pode contribuir positivamente no impacto emocional do cuidado.

Treinamento de empatia para cuidadores de pessoas idosas: Uma revisão sistemática†

Madson Alan Maximiano-Barreto; Ana Carolina Ottaviani; Bruna Moretti Luchesi;
Marcos Hortes Nisihara Chagas

Resumo

Objetivo: Identificar os modelos de treinamentos de empatia e os efeitos nas preocupações psicológicas em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas. **Método:** Uma revisão sistemática foi realizada através das bases dados Embase, LILACS, PsycInfo, Pubmed, Scopus e Web of Science utilizando a seguinte estratégia de busca: “*Empathy AND (Education OR Training OR Intervention) AND Caregiver*”. Artigos publicados em qualquer idioma e ano foram selecionados. **Resultado:** Seis estudos realizaram o treinamento de empatia com cuidadores de pessoas idosas. Desses, apenas três identificaram aumento significativo nos níveis de empatia e, conseqüentemente, diminuição das preocupações psicológicas. Treinamentos de empatia com foco nos aspectos da empatia e/ou do cuidador tiveram efeitos significativos nas variáveis de desfecho. Além disso, o treinamento realizado on-line, por ligação de celular e/ou presencial pode gerar resultados satisfatórios. **Conclusão:** O treinamento de empatia para cuidadores de pessoas idosas pode aumentar os níveis dessa habilidade, em especial os níveis do domínio cognitivo. Além disso, diminuir as preocupações psicológicas ocasionado pelo impacto negativo do cuidado. **Implicações clínicas:**

†Esse artigo foi publicado na *Clinical Gerontologist* em inglês com direitos autorais de Taylor e Francis. O artigo foi traduzido do inglês para o português a partir da versão aceita pelo autor para fins exclusivos da tese de doutorado. Para citação use Maximiano-Barreto, M. A., Ottaviani, A. C., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. N. (2022): Empathy Training for Caregivers of Older People: A Systematic Review, *Clinical Gerontologist*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2127390> (Anexo 2).

Treinamento de empatia cujas propostas sejam as habilidades empáticas e/ou aspectos do cuidado podem ser eficazes para aumentar os níveis dessa habilidade. Além disso, esse treinamento em diferentes contextos do cuidado pode minimizar os impactos negativos do cuidado.

Palavras-chave: envelhecimento, sobrecarga, cuidador, educação, empatia, pessoas idosas, habilidade social, revisão sistemática, programa de treinamento.

Introdução

A empatia é uma habilidade que possui diferentes definições relacionadas aos aspectos do estado mental que podem ser manifestados de diversas formas e, assim, caracteriza-se como constructo multidimensional (Davis, 1980, 1983; Eisenberg & Strayer, 1990; Mercer & Reynolds, 2002). Dois principais domínios compõem a empatia, são eles: o cognitivo e o afetivo (Davis, 1980, 1983). O domínio afetivo caracteriza-se como a capacidade que o sujeito tem de sentir as mesmas emoções e se colocar no lugar do outro. O domínio cognitivo permite ao indivíduo compreender a emoção e o sentimento do outro, diferenciando estes de seus próprios sentimentos e emoções (Davis, 1980, 1983).

No campo da gerontologia, a empatia tem ganhado destaque, uma vez que esse constructo vem sendo considerado um fator tanto protetor como preditor de preocupações psicológicas (i.e., ansiedade, depressão, sobrecarga, burnout e estresse) em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas (Lee et al., 2001; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Narme 2018). Cuidadores remunerados são indivíduos que recebem pela prestação do cuidado, normalmente profissionais da saúde com curso de formação de cuidadores. Já os cuidadores não remunerados são familiares, amigos e/ou vizinhos

que exercem o cuidado de forma voluntária (Stall et al., 2019). A sobrecarga dos cuidadores pode estar associada a vários fatores, sendo que a dependência funcional da pessoa idosa (e.g., dificuldade para realizar atividade da vida diária como tomar banho e alimentar-se) (Ringer et al., 2017; Maximiano-Barreto, Fabrício, Moura et al., 2021) e a gravidade da doença da pessoa idosa (e.g., demência em estágio avançado) (Chiao et al., 2015) são fatores consolidados na literatura.

A empatia dos cuidadores de pessoas idosas (i.e., com 60 anos ou mais) tem sido estudada mais recentemente (Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022). A literatura tem constatado que pacientes atendidos por profissionais de saúde com alto nível de empatia relataram melhor qualidade no atendimento e maior satisfação com a assistência recebida (Derksen et al., 2013; Panyavin et al., 2015). Esse mesmo resultado também foi identificado em estudo realizado com cuidadores de pessoas idosas (Shim et al., 2012). No entanto, estudos realizados com cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas constataram que maiores níveis de empatia estão associados a maiores preocupações psicológicas (Borges et al., 2021; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2021; Pomponi et al., 2016). No entanto, ao avaliar separadamente os domínios afetivo e cognitivo, estudos demonstraram que maiores níveis de empatia afetiva estão associados a maiores preocupações psicológicas (Hua et al., 2021; Lee et al., 2001; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021); e que maiores níveis de empatia cognitiva se relacionam com menores níveis das preocupações psicológicas (Jütten et al., 2019; Narme, 2018). Uma recente revisão sistemática confirmou a direção dos altos níveis de empatia e dos domínios afetivo e cognitivo com as preocupações psicológicas (Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022).

Treinamentos de empatia com diferentes métodos realizados com cuidadores de pessoas idosas têm sido desenvolvidos. Esses treinamentos apresentam diferentes

estratégias para aumentar o nível dessa habilidade como, por exemplo, treinamento com foco nos aspectos da demência, com foco específico na empatia, entre outros. Além disso, o método das intervenções é diversificado (e.g., online, presencial, com palestras, com simulações) (Brown et al., 2020; Han & Kim, 2020, 2021; Jütten et al., 2018). Os estudos têm demonstrado que o treinamento dessa habilidade pode minimizar os impactos psicológicos relacionados ao cuidar (Han & Kim, 2020, 2021). Além disso, melhorar a relação com a pessoa idosa e melhorar o comportamento verbal e não verbal (Brown et al., 2020).

Propomos a presente revisão sistemática considerando diferentes métodos de treinamento em empatia, os diferentes efeitos psicológicos relacionados à empatia afetiva e cognitiva e o fato de que o treinamento pode ter diferentes efeitos na relação cuidador-receptor do cuidado. O objetivo dessa revisão é identificar modelos de treinamento em empatia (i.e., simulação, palestras, etc.) e os efeitos sobre as preocupações psicológicas em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas. O treinamento para enfrentamento dos impactos negativos relacionados ao cuidado a pessoa idosa é identificado na literatura (Kazemi et al., 2021; Monteiro et al., 2018), no entanto, essa é a primeira revisão que avalia o efeito do treinamento da empatia na díade cuidador-receptor do cuidado. Compreender como o treinamento pode auxiliar no aumento da empatia e na redução dos impactos negativos do cuidado pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções, focadas na habilidade empática em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas inseridos em diferentes contextos.

Método

Uma revisão sistemática foi conduzida seguindo as diretrizes para revisões sistemáticas e meta-análises apresentadas no *Prisma Statement* (Page et al., 2021). Além

disso, foi realizado o registro no *International Prospective Register of Systematic Reviews* (CRD42022329266) em 12 de maio de 2022. A revisão sistemática da literatura foi escolhida porque visa reunir todas as evidências disponíveis para responder a uma pergunta de pesquisa, fornecendo achados confiáveis para auxiliar na tomada de decisão.

Extração de dados

A revisão ocorreu nas bases de dados Embase, LILACS, PsycInfo, Pubmed, Scopus e Web of Science. As palavras-chave “*Empathy*”, “*Education*”, “*Training*”, “*Intervention*” e “*Caregiver*” foram selecionadas e os operadores booleanos “AND” e “OR” foram utilizados para o levantamento dos dados nas bases descritas acima, de acordo com a seguinte combinação: “*Empathy AND (Education OR Training OR Intervention) AND Caregiver*”. As buscas ocorreram no dia 20 de abril de 2022.

Crítérios de elegibilidade

Crítérios de elegibilidade foram estabelecidos pelos autores para seleção dos artigos identificados nas bases de dados e são apresentados abaixo:

Crítérios de inclusão:

- | | |
|---|---|
| <p>(i) artigos nos quais os participantes fossem cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas (60 anos ou mais);</p> | <p>psicológicas (i.e., ansiedade, depressão, sobrecarga do cuidador, burnout e estresse psicológico);</p> |
| <p>(ii) artigos que tenham realizado treinamento de empatia e/ou domínios (afetivo ou cognitivo) e identificado seu efeito nas preocupações</p> | <p>(iii) estudos quantitativos quase-experimentais ou experimentais.</p> |
| | <p>(iv) publicados em qualquer idioma; e</p> |

- (v) sem limite de ano de publicação.

Critérios de exclusão:

- (i) livros e capítulos de livros;
- (ii) resenhas;
- (iii) comentários;
- (iv) notas;
- (v) erratas;
- (vi) teses e dissertações;
- (vii) revisões da literatura;
- (viii) cartas ao editor; e
- (ix) coleção de resumos.

Extração de dados

Os autores Maximiano-Barreto MA e Ottaviani AC realizaram o levantamento dos artigos de forma independente nas bases de dados. O Rayyan® (<https://rayyan.ai/>), gerenciador de referências *on-line*, foi utilizado para armazenamento e identificação dos artigos duplicados, assim como, para auxiliar na leitura dos artigos. Cinco etapas foram seguidas para extração dos artigos que compõem esta revisão: 1) remoção dos artigos duplicados; 2) avaliação de forma independente por meio do título e resumo de acordo com os critérios; 3) leitura na íntegra dos artigos que preencheram os critérios de inclusão, realizada pelos mesmos autores (i.e., Maximiano-Barreto MA e Ottaviani AC) e foram extraídas as seguintes informações apresentadas na seção resultados (i.e., autor, ano de publicação, desenho do estudo, número de participantes, idade, sexo, instrumentos para medir a empatia e seus domínios - afetiva e cognitiva e as preocupações psicológicas, tipo de treinamento, duração, aspectos do treinamento e outros); 4) reunião com todos os autores para discutir a inserção ou exclusão dos artigos que geraram dúvidas durante a seleção na íntegra; 5) busca manual nas referências dos estudos selecionados. O processo de busca e seleção dos artigos é apresentado de forma detalhada na Figura 2.

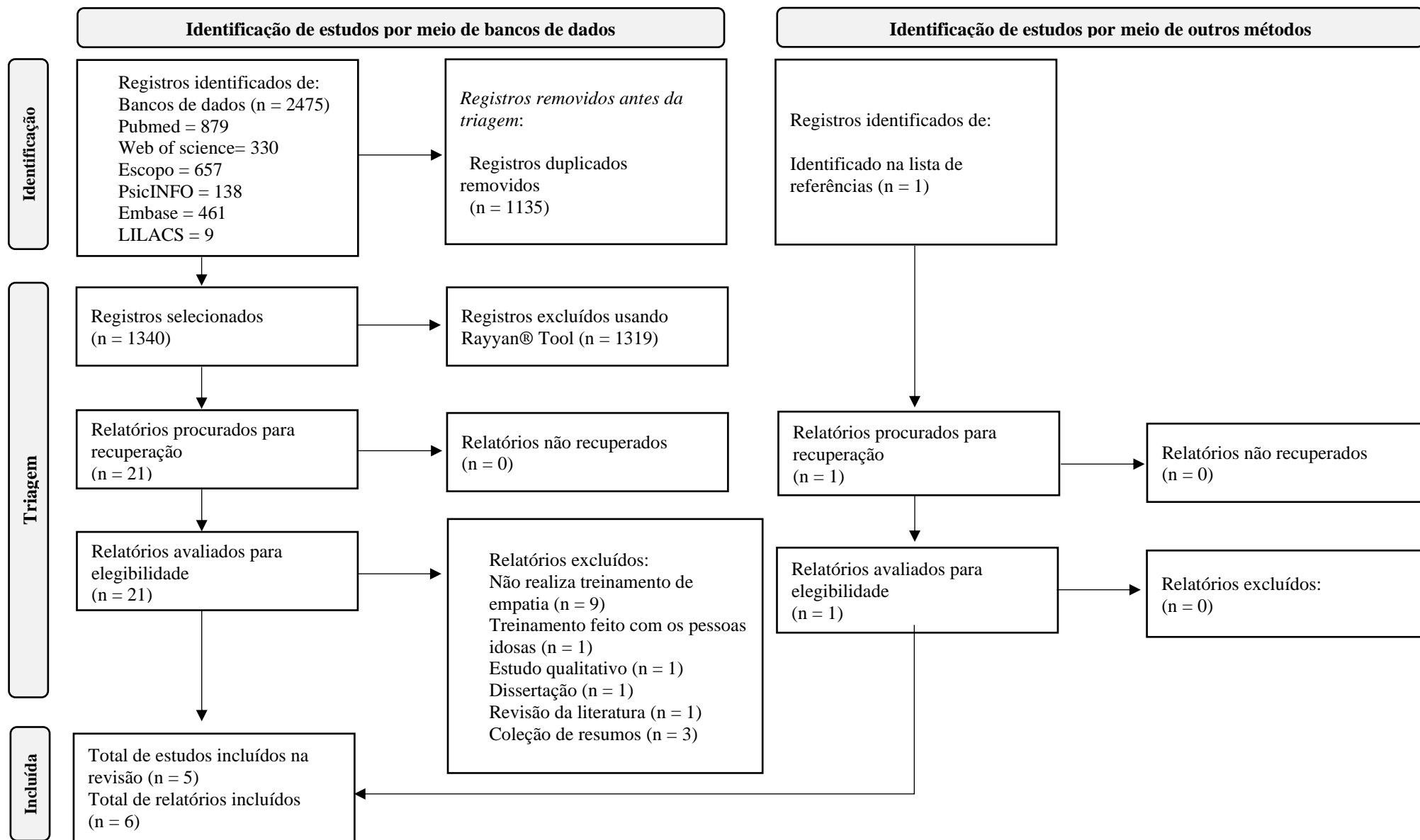


Figura 2. Seleção dos artigos elegíveis.

Avaliação crítica

Para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos, os checklists para *Quasi-Experimental Studies* e *Randomized Controlled Trials* do Joanna Briggs Institute foram empregados. Em relação ao risco de viés, foi adotada a classificação proposta no estudo de Polmman et al. (2019), ou seja, baixo, moderado e alto risco de viés. Baixo risco de viés foi atribuído aos estudos que alcançaram 'sim' em mais de 70% das respostas; risco moderado de viés quando apontado 'sim' entre 50 e 69% das respostas; e alto risco de viés quando respostas 'sim' foram inferiores a 49%. A avaliação do estudo, assim como os itens que compõem o instrumento de qualidade de viés são apresentados na Tabela 7.

Tabela 3. *Risco de viés dos estudos incluídos.*

| Itens* | Referências | Han & Kim, 2020 | Han & Kim, 2021 | Jütten et al. 2018 | Narme, 2018 | Au et al. 2020 | Han et al. 2021 |
|--|-------------|-----------------|-----------------|--------------------|-------------|----------------|-----------------|
| Estudos Quase Experimentais | | | | | | | |
| 1- Está claro no estudo qual é a 'causa' e qual é o 'efeito' (ou seja, não há confusão sobre qual variável vem primeiro)? | | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 2- Os participantes foram incluídos em comparações semelhantes? | | 1 | 1 | 1 | n/a | | |
| 3- Os participantes foram incluídos em quaisquer comparações que receberam tratamento/cuidado semelhante, além da exposição ou intervenção de interesse? | | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 4- Havia um grupo de controle? | | 1 | 2 | 1 | 2 | | |
| 5- Houve múltiplas medições do resultado antes e pós a intervenção/exposição? | | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 6- O seguimento foi completo e, se não, foram as diferenças entre os grupos em termos de seu acompanhamento adequadamente descritos e analisados? | | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 7- Os resultados dos participantes foram incluídos em quaisquer comparações medidas da mesma forma? | | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 8- Os resultados foram medidos de forma confiável? | | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 9- Utilizou-se análise estatística adequada? | | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| Ensaio controlado randomizado | | | | | | | |
| 1 - A verdadeira randomização foi utilizada para atribuição dos participantes a grupos de tratamento? | | | | | | 1 | 1 |
| 2- A alocação para grupos de tratamento foi ocultada? | | | | | | 1 | 1 |
| 3- Os grupos de tratamento eram semelhantes na linha de base? | | | | | | 1 | 1 |
| 4- Os participantes foram cegos para a tarefa de tratamento? | | | | | | 1 | 2 |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|-------------|------------|--------------|------------|-------------|
| 5- Aqueles que estavam fazendo tratamento cego para a tarefa de tratamento? | | | | | 1 | 2 | | |
| 6- Os resultados eram cegos para a tarefa de tratamento? | | | | | 1 | 1 | | |
| 7- Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica que não a intervenção de interesse? | | | | | 1 | 1 | | |
| 8- O seguimento foi completo e, se não, foram as diferenças entre os grupos em termos de seu acompanhamento adequadamente descritos e analisados? | | | | | 1 | 1 | | |
| 9- Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados? | | | | | 1 | 1 | | |
| 10- Os desfechos foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento? | | | | | 1 | 1 | | |
| 11- Os resultados foram medidos de forma confiável? | | | | | 1 | 1 | | |
| 12- Utilizou-se análise estatística adequada? | | | | | 1 | 1 | | |
| 13- O projeto de ensaio foi apropriado, e quaisquer desvios do projeto RCT padrão (randomização individual, grupos paralelos) foram contabilizados na condução e análise do ensaio? | | | | | 1 | 1 | | |
| Total (%) | | | 100 | 88,8 | 100 | 88,88 | 100 | 84,6 |

*: Estudos quase experimentais e Ensaio Controlado Randomizado. 1: Sim. 2: Não. u: nuclear. n/a: Não

Resultados

Seleção e apresentação de estudos

Um total de 2475 artigos foram identificados nas bases de dados. Desses, apenas cinco artigos preencheram os critérios de inclusão para compor essa revisão sistemática. Um único artigo foi identificado em uma das bases de dados utilizadas, porém não recuperado com a estratégia de busca utilizada. Por atender aos requisitos dessa revisão, ele foi inserido, totalizando seis artigos.

Qualidade dos estudos

Dos estudos quase-experimentais, dois apresentaram uma qualidade de 100% (Han & Kim, 2020; Jütten et al., 2018), enquanto os estudos de Han e Kim, (2021) e Narme (2018) apresentaram uma qualidade de 88,88%. Dos dois estudos experimentais, um apresentou qualidade de 100% (Au et al., 2020) e o outro de 84,6% (Han et al., 2021). De forma geral, todos os estudos apresentaram escore geral de qualidade maior que 80%, sendo um indicativo de boa validade interna e baixo risco de viés.

Características dos estudos

As características dos estudos são apresentadas na Tabela 4. Os primeiros treinamentos realizados com cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas foram desenvolvidos em 2018 por Jütten et al. (2018) e Narme (2018). Os demais treinamentos foram realizados por Au et al. (2020) e Han e Kim (2020) e o mais recente em 2021 (Han & Kim, 2021; Han et al., 2021). Quatro estudos foram desenvolvidos no continente Asiático, sendo três realizados na Coreia do Sul (Han et al., 2021; Han & Kim, 2020, 2021) e um em Hong Kong, na China (Au et al., 2020). Os outros foram realizados na Europa, sendo um na Holanda (Jütten et al., 2018) e outro na França (Narme, 2018).

O desenho adotado na maioria dos artigos é quasi-experimental (Han & Kim, 2020, 2021; Jütten et al., 2018; Narme, 2018). Os outros apresentam um desenho experimental (Au et al., 2020; Han et al., 2021).

Dos seis artigos que compõem essa revisão, três foram realizados com cuidadores não remunerados (Au et al., 2020; Han et al., 2021; Jütten et al., 2018), um com cuidadores remunerados (Narme, 2018) e Han & Kim (2020, 2021) realizaram o treinamento com cuidadores remunerados e não remunerados. Um total de 619 cuidadores realizaram o treinamento de empatia. No estudo de Narme (2018), 41 cuidadores participaram do treinamento, enquanto no estudo de Jütten et al. (2018) a amostra foi composta por 201 cuidadores de pessoas idosas. A maioria dos cuidadores são do sexo feminino com variação entre 78,6% (Jütten et al., 2018) e 98,1% (Han & Kim, 2020). Com relação a idade dos cuidadores, a média foi entre 39,2 (\pm 9,9) (Narme, 2018) e 63,80 (\pm 11,8) anos (Jütten et al., 2018).

Tabela 4. *Características dos estudos incluídos.*

| Referência | Ano | N | Sexo (%) | Idade (M ± DP) | Cuidador | Local | País | Método |
|-------------------|------------|----------|-----------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------|--------------------|
| Au et al. | 2020 | 72 | F (80.6) | GI: 51.30 ± 5.86 GC: 52.49 ± 6.02 | Não remunerado | Comunidade | Hong Kong | Experimental |
| Han & Kim | 2020 | 104 | F (98.1) | 51.48 ± 6.43 | Remunerado e Não remunerado | Centro de saúde e comunidade | Coreia do Sul | Quasi-experimental |
| Han & Kim | 2021 | 104 | F (82.7) | 45.86 ± 10.78 | Remunerado e Não remunerado | Centro de saúde e comunidade | Coreia do Sul | Quasi-experimental |
| Han et al. | 2021 | 101 | F (82.2) | 59.31 ± 12.14 | Não remunerado | Comunidade | Coreia do Sul | Experimental |
| Jütten et al. | 2018 | 201 | F (78.6) | GI: 59,60 ± 11,9 GC: 63,80 ± 11,8 | Não remunerado | Comunidade | Holanda | Quasi-experimental |
| Narme | 2018 | 41 | F (95.0) | 39.2 ± 9.9 | Remunerado | Assisted-living facility | França | Quasi-experimental |

M: média. DP: desvio padrão. IG: Grupo intervenção. GC: Grupo controle.

Treinamento de empatia

A Tabela 5 apresenta informações sobre o treinamento de empatia. Dos seis artigos apenas dois não possuíam grupo controle – GC (Narme, 2018; Han & Kim, 2021). O tempo em dias do treinamento de empatia variou entre um encontro (Han & Kim, 2020; Han et al., 2021) e oito encontros (Au et al., 2020). Jütten et al. (2018) não demonstram a quantidade de encontros em que foi realizado o treinamento. Importante destacar que Han et al. (2021) realizaram três tipos de treinamento, sendo dois deles de um único encontro e Han e Kim (2020) de dois treinamentos de empatia, sendo um, de encontro único. Com relação à duração (minutos) do treinamento, houve uma variação entre 30 minutos (Han & Kim, 2020) e 280 minutos (Au et al., 2020). Dois estudos não descrevem a duração (Jütten et al., 2018; Narme, 2018). Diferentes modelos de intervenção para treinar empatia foram desenvolvidos, como apenas simulação (Narme, 2018; Han & Kim, 2021), apenas palestra (Jütten et al., 2018), palestra e simulação (Han & Kim, 2020); apenas palestra, apenas simulação e palestra mais simulação (Han et al., 2021) e um único estudo realizou treinamento por meio de conversas direcionadas por celular (Au et al., 2020).

Tabela 5. *Estrutura do treinamento em empatia realizado com cuidadores de pessoas idosas.*

| Referências | Grupos (N) | Encontros | Duração dos encontros (hora/minuto) | Tipo de intervenção | Formato |
|----------------------|------------------|-----------|-------------------------------------|------------------------|------------------------------|
| Au et al. (2020) | GI: 37 GC: 35 | (8) | 280 minutos | Conversas direcionadas | Presencial e ligação celular |
| Han & Kim (2020) | GC: 52 | (1) | 30 minutos | Palestra | On-line |
| | GI: 52 | (4) | 50 minutos | Simulação | Presencial |
| Han & Kim (2021) | GI: 104 | (5) | 50 minutos | Simulação | Presencial |
| Han et al. (2021) | GI: 27 | (1) | 60 minutos | Palestra | Presencial |
| | GI: 27 | (1) | 60 minutos | Simulação | Presencial |
| | GI: 24 | (2) | 120 minutos | Simulação + Palestra | Presencial |
| | GC: 23 | - | - | - | - |
| Jütten et al. (2018) | GI: 145 | ND | ND | Simulação | On-line e presencial |
| | GC: 56 | | | | |
| Narme (2018) | GI: 41 | (3) | ND | Palestras | Presencial |

ND: não demonstra. GI: Grupo intervenção. GC: Grupo controle.

Proposta do treinamento de empatia

Os treinamentos de empatia para cuidadores de pessoas idosas foram desenvolvidos apresentando diferentes propostas, porém, a maioria utilizou simuladores como Dementia Live™ (Han & Kim, 2020, 2021; Han et al., 2021), Into D'mentia (Jütten et al., 2018) e Validation® (Narme, 2018). Esses simuladores possibilitam aos seus usuários vivenciar situações físicas, emocionais e cognitivas de pessoas idosas com demência. Nesse caso, os cuidadores tinham que experienciar situações e sentimentos vivenciados por pessoas com esse diagnóstico (Han & Kim, 2020, 2021; Han et al., 2021; Jütten et al., 2018; Narme, 2018). Dos estudos que utilizaram simulador, um realizou uma adaptação onde o foco eram os aspectos do envelhecimento e, nessa simulação, os cuidadores experienciavam situações relacionadas ao envelhecimento (i.e., mudanças sensoriais, perceptivas ou cognitivas utilizando, por exemplo, óculos e luvas) (Han & Kim, 2021).

Além da simulação como proposta de treinamento de empatia, outras propostas também foram inseridas como modelo de treinamento (i.e., aspectos da empatia e/ou do cuidado) (Han & Kim, 2020, 2021; Au et al., 2020). O estudo de Han e Kim (2020) em um dos seus grupos tiveram treinamento direcionado para os aspectos da empatia. Nesse treinamento foram abordados temas como: definição da empatia, a importância dessa habilidade na relação e na prestação de cuidado e apresentado situações reais da vida em telejornais. Au et al. (2020) utilizaram um treinamento com foco no cuidador e na habilidade empática, em especial ao subdomínio da empatia cognitiva, ou seja, tomada de perspectiva (i.e., comportamentos em diferentes questões relacionadas ao cuidado da pessoa idosa) e esse estudo foi o único que não usou simulador. As propostas dos treinamentos são apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6. *Conteúdo de treinamento em empatia para cuidadores de pessoas idosas.*

| Referências | Treinamento de empatia | | | |
|----------------------|------------------------|----------------------------|---------------------|---------------------|
| | Aspectos da Demência | Aspectos do envelhecimento | Aspectos do Cuidado | Aspectos da Empatia |
| Au et al. (2020) | | | √ | √ |
| Han & Kim (2020) | √ | | | √ |
| Han & Kim (2021) | | √ | √ | |
| Han et al. (2021) | √ | | | |
| Jütten et al. (2018) | √ | | | |
| Narme (2018) | √ | | | |

Instrumentos usados para avaliar a empatia

Para avaliar os níveis de empatia entre os cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas, a maioria dos estudos utilizou a Interpersonal Reactivity Index – IRI (Han et al., 2021; Jütten et al., 2018; Narme, 2018). Han & Kim (2020, 2021) utilizaram dois instrumentos para medir esse constructo, a Jefferson Scale of Empathy Health Professional – JSE-HP e a Empathy Quotient-Short - EQ-Short. Au et al. (2020) desenvolveram uma escala de tomada de perspectiva – PT com três itens. É importante destacar que a tomada de perspectiva é o único subdomínio da empatia cognitiva (David, 1980; 1983).

Instrumentos usados para avaliar as preocupações psicológicas

As preocupações psicológicas foram avaliadas por diferentes instrumentos. A sobrecarga foi a preocupação psicológica mais investigada, e os instrumentos utilizados para medir esse impacto foram a Zarit Burden Interview – ZBI (Au et al., 2020), Care-

related Quality of Life instrument - CarerQol-7D (Han et al., 2021) e Caregiver Reaction Assessment – CRA (Jütten et al., 2018). A depressão foi avaliada em dois estudos com a utilização da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-D (Au et al., 2020) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (Jütten et al., 2018). A HADS foi utilizada para avaliar ansiedade nesse mesmo estudo (Jütten et al., 2018). Outras preocupações psicológicas avaliadas entre os cuidadores foram a síndrome de burnout em dois estudos utilizando o Maslach Burnout Inventory – MBI (Narme, 2018) e o Professional Quality of Life Scale 5 - ProQoL5 (Han & Kim, 2020, 2021); e o estresse, avaliado em dois estudos, utilizando o Psychosocial Well-being Index-short - PWI-Short (Han & Kim, 2020, 2021). Esses dados são apresentados de forma detalhada na Tabela 7.

Efeitos do treinamento em empatia nas preocupações psicológicas

Os treinamentos de empatia apresentaram efeitos significativos nas preocupações psicológicas dos cuidadores em três estudos (Au et al., 2020; Han & Kim, 2020, 2021). Au et al. (2020) identificaram que o treinamento de empatia aumentou os níveis dessa habilidade nos cuidadores e diminuiu tanto os níveis de sobrecarga, como de depressão. Esse mesmo resultado foi identificado nos dois estudos de Han e Kim (2020, 2021) para síndrome de burnout e estresse. Em um estudo, não houve mudanças nos níveis de empatia, no entanto o treinamento diminuiu os níveis da síndrome de burnout (Narme, 2018). Nos demais estudos, o treinamento não apresentou diferença significativa em nenhuma das variáveis, ou seja, nem na empatia, nem nas preocupações psicológicas (i.e., Ansiedade, Burnout, Depressão, Estresse e Sobrecarga) (Han et al., 2021; Jütten et al., 2018).

Tabela 7. *Efeitos do treinamento em empatia em preocupações psicológicas.*

| Referências | Instrumentos de empatia | Instrumentos de preocupações psicológicas | Efeito do treinamento nas preocupações psicológicas |
|----------------------|-------------------------|--|--|
| Au et al. (2020) | PT | Depressão: CES-D Sobrecarga: ZBI | ↑ Empatia vs. ↓ Depressão ↑ Empatia vs. ↓ Sobrecarga |
| Han & Kim (2020) | EQ-Short JSE-HP | Estresse: PWI-Short Burnout: ProQoL5 | ↑ Empatia vs. ↓ Burnout ↑ Empatia vs. ↓ Estresse ≠ Empatia vs. ≠ Burnout ≠ Empatia vs. ≠ Estresse |
| Han & Kim (2021) | EQ-Short JSE-HP | Estresse: PWI-Short Burnout: ProQoL5 | ↑ Empatia vs. ↓ Burnout ↑ Empatia vs. ↓ Estresse ≠ Empatia vs. ≠ Burnout ≠ Empatia vs. ≠ Estresse |
| Han et al. (2021) | IRI | Sobrecarga: CarerQol-7D | ≠ Empatia vs. ≠ Burnout ≠ Empatia vs. ≠ Estresse |
| Jütten et al. (2018) | IRI | Ansiedade e Depressão: HADS Sobrecarga: CRA | ≠ Empatia vs. ≠ Depressão ≠ Empatia vs. ≠ Ansiedade ≠ Empatia vs. ≠ Sobrecarga |
| Narme (2018) | IRI | Burnout: MBI | ≠ Empatia vs. ↓ Burnout |

↑: Níveis mais altos. ↓: Níveis mais baixos. contra: contra. ≠: Não houve diferença. ND: não detectado. EQ-Short: Quociente de Empatia-curto. JSE-HP: Escala Jefferson de Empatia Profissional de Saúde. CarerQol-7D: Instrumento de Qualidade de Vida Relacionada ao Cuidado. DRS: Escala de Relacionamento Diádico. HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. CRA: Avaliadores de Reação do Cuidador. MBI: Inventário de Burnout Maslach. CES-D: Centro de Estudos Epidemiológicos Escala Depressiva. ZBI: Entrevista Sobrecarga de Zarit. PT: Escala Tomada de Perspectiva. IRI: Índice de Reatividade Interpessoal. PWI-Short: Índice de Bem-Estar Psicossocial-curto. ProQoL5: Escala de Qualidade de Vida Profissional 5.

Discussão

Diante dos objetivos propostos pelos autores desta revisão, identificamos que os cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas que participaram de treinamento de empatia tiveram um aumento nos níveis dessa habilidade em três dos seis estudos (Au et al., 2020; Han & Kim, 2020, 2021). Além disso, o treinamento de empatia nesse público diminuiu os níveis das preocupações psicológicas (i.e., burnout, estresse, depressão e sobrecarga) nos treinamentos com foco nos aspectos tanto da empatia como do cuidado. O treinamento através de simulação e/ou palestras no formato on-line, presencial ou através de ligação celular tem efeito significativo na empatia.

Efeito do treinamento da empatia

Os treinamentos com foco específico na empatia aumentaram os níveis de empatia dos cuidadores. Resultado semelhante foi identificado em treinamento realizado com estudantes da saúde em que o foco do conteúdo foram os aspectos da empatia (Maghsud et al., 2020). A empatia é uma habilidade que pode ser aprendida e/ou aperfeiçoada (Georgi et al., 2014). Ensinar aos cuidadores sobre a importância dessa habilidade na interação entre cuidador e receptor do cuidado pode justificar o aumento dessa habilidade nesses treinamentos, além disso pode melhorar a comunicação entre os pares (Brown et al., 2020).

Três estudos inseridos nesta revisão não identificaram mudanças nos níveis de empatia (Han et al., 2021; Jütten et al., 2018; Narme, 2018). Em contrapartida, um treinamento de empatia realizado com 142 cuidadores de pessoas idosas verificou aumento nos níveis de empatia (Wijma et al., 2018). Vale destacar que o treinamento desse estudo foi semelhante aos realizados por Han et al. (2021) e Jütten et al. (2018), ou seja, com foco na simulação de vivenciar uma pessoa com demência. No entanto, esse

estudo realizou reuniões para discutir a experiência dos cuidadores com o simulador e para compartilhar experiências entre os cuidadores. Uma revisão sistemática constatou que a simulação é um método capaz de aumentar o nível de empatia, no entanto, os maiores efeitos foram em estudos que tiveram outras atividades para além da simulação (e.g., recursos educacionais, feedback e outros) (Bearman et al., 2015).

Os treinamentos realizados tanto no formato on-line como no presencial apresentaram resultados satisfatórios constatados nesta revisão sistemática (Au et al., 2020; Han & Kim, 2020, 2021). Uma revisão sistemática avaliando a aprendizagem presencial e on-line observou que ambos os formatos são eficazes (McCutcheon et al., 2015). Tratando-se de cuidadores de pessoas idosas, outra revisão cujo principal objetivo foi avaliar o formato de intervenções realizada on-line para cuidadores de pessoas idosas, demonstrou melhora na compreensão e preparação dos cuidadores, além disso, são capazes de minimizar as preocupações psicológicas (Pleasant et al., 2020). Pensar nesse modelo de treinamento para além do mais habitual, ou seja, o presencial, é importante, principalmente pensando nas implicações que podem ocorrer durante o tempo como, por exemplo, a pandemia por Covid-19 que culminou no distanciamento da população (Melo et al., 2021). Vale destacar que o treinamento online quando comparado ao presencial apresenta um bom custo-benefício, além disso, é capaz de apresentar uma flexibilidade (Sinclair et al., 2015).

Ierardi et al. (2022), em seu estudo, constataram que tanto intervenção on-line quanto presencial são capazes de diminuir as preocupações psicológicas. A diminuição das preocupações psicológicas, também foi identificada na única intervenção realizada on-line (Han & Kim, 2020). Esses autores realizaram treinamento de empatia em modalidades diferentes (i.e., on-line e presencial) para cada grupo de cuidadores, e os que participaram da intervenção remota apresentaram um efeito significativo nos níveis de

empatia enquanto os cuidadores que participaram do presencial não demonstraram nenhuma mudança nos níveis desse constructo.

Um estudo realizou treinamento de empatia através de chamada utilizando smartphone (Au et al., 2020). As tecnologias vêm sendo utilizadas em intervenções para cuidadores de pessoas idosas, principalmente com uso de smartphone (Gallagher-Thompson et al., 2012; Pinquart & Sörensen, 2006). Au (2015) realizou uma intervenção com 93 cuidadores de pessoas idosas com demência por meio de ligações telefônicas e identificou redução dos níveis de sintomas depressivos. Esse mesmo resultado foi identificado em outra intervenção através de telefonemas (Au et al., 2015). O uso do smartphone, assim como de atividades realizadas on-line, possibilita maior flexibilidade para seus participantes e apresenta menor custo, principalmente por ser uma tecnologia básica, podendo garantir acesso à informação e o suporte para os cuidadores (Whitlatch & Orsulic-Jeras, 2018).

Dos estudos inseridos nesta revisão, apenas um realizou acompanhamento pós-intervenção (i.e., follow-up) (Han et al., 2021), no entanto, esse estudo não apresentou efeito nos níveis de empatia nem antes, nem após a intervenção. Contudo, seria interessante que os estudos que demonstraram alterações nos níveis de empatia (Au et al., 2020; Han & Kim, 2020, 2021) realizassem esse acompanhamento pós-intervenção, para identificar a permanência ao longo do tempo. Uma revisão sistemática concluiu que o acompanhamento pós-intervenção pode fornecer resultados importantes sobre a intervenção (Llewellyn-Bennett et al., 2016).

O tempo de intervenção pode contribuir na aprendizagem da habilidade empática, no entanto, estudos têm demonstrado resultados divergentes (Özcan et al., 2011; Kazanowski & Bennett, 2013). Intervenção com tempo mais longo pode trazer diversas consequências, entre elas, a influência externa do ambiente em que os participantes se

encontram inseridos, que por sua vez, torna difícil de ser controlada pelos pesquisadores (Cunico et al., 2012). A maioria dos treinamentos que compõe essa revisão sistemática foi realizada em um tempo relativamente curto. Contudo, não se sabe quanto tempo é necessário para treinar um indivíduo em relação a essa habilidade (Brunero et al., 2010). Mas vale ressaltar que as características dos participantes dos treinamentos de empatia devem ser levadas em consideração, uma vez que indivíduos mais jovens, do sexo feminino, com alta escolaridade e casados, por exemplo, apresentam maiores níveis de empatia (Maximiano-Barreto et al., 2020). Além disso, tratando-se de cuidadores de pessoas idosas, um estudo demonstrou que ser cuidador não remunerado está associado a maiores níveis de empatia (Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021).

Efeito do treinamento de empatia nas preocupações psicológicas

O treinamento de empatia teve como principal efeito a diminuição nos níveis de preocupações psicológicas (i.e., Depressão, Sobrecarga, Síndrome de Burnout e Estresse) (Au et al., 2020; Han & Kim, 2020, 2021). Como já apresentado anteriormente, o domínio cognitivo da empatia é considerado um fator capaz de minimizar as consequências psicológicas (Jütten et al., 2019; Lee et al., 2001; Narme, 2018) quando comparado ao domínio afetivo (Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022). Os estudos cujo treinamento de empatia focaram no domínio cognitivo encontraram o efeito dessa habilidade empática nas preocupações psicológicas (Han & Kim, 2020, 2021). Além disso, vale destacar que Han & Kim (2020, 2021) utilizaram dois instrumentos, sendo um deles a JSE-HP, capaz de medir os dois domínios da empatia, enquanto o EQ-Short, por exemplo, é um instrumento que não distingue esses domínios, apenas o JSE-HP conseguiu identificar aumento do domínio cognitivo e consequentemente a diminuição das preocupações psicológicas em ambos os estudos. Dessa forma, é importante ressaltar

a importância de utilizar instrumentos capazes de diferenciar esses dois componentes da empatia.

Um estudo focou seu treinamento no único subcomponente da empatia cognitiva, ou seja, tomada de perspectiva e encontrou efeito no treinamento desse domínio da empatia nas preocupações psicológicas (Au et al., 2020). A tomada de perspectiva possibilita ao empático compreender o ponto de vista do outro de forma espontânea permitindo anteceder seu comportamento e ação. Além disso, permite ao sujeito que experiencia a empatia, compreender e diferenciar as suas demandas da demanda do outro (Davis, 1980, 1983). Na função cuidador-receptor do cuidado, compreender e diferenciar os sentimentos e emoções implica em não absorver as questões negativas que podem causar os prejuízos psicológicos, o que possivelmente, proporcionou o treinamento de Au et al. (2020). A tomada de perspectiva e os sintomas depressivos são inversamente correlacionados (Tully et al., 2016). Ou seja, o treinamento com foco na empatia cognitiva como no seu único subdomínio é capaz de minimizar o impacto negativo do cuidado.

Os estudos de Han et al. (2021) e Jütten et al. (2018) não identificaram efeito do treinamento de empatia nas preocupações psicológicas dos cuidadores remunerados e não remunerados. A empatia cognitiva está associada inversamente as preocupações psicológicas (Jütten et al., 2019; Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022; Narme, 2018) como já mencionado anteriormente. O não efeito do treino da empatia nas preocupações psicológicas pode ser justificado pelo próprio modelo de treinamento adotado. Do ponto de vista da empatia, vivenciar e experienciar está no lugar do outro é uma capacidade inferida pelo domínio afetivo dessa habilidade (Davis, 1980, 1983) o que pode implicar negativamente no aumento do domínio cognitivo, sendo assim, não apresentando efeito nas preocupações psicológicas.

A empatia está relacionada a mudanças comportamentais e fisiológicas (Stellar et al., 2020). Tratando-se dos seus domínios (i.e, afetiva e cognitiva), diferentes regiões cerebrais são ativadas. Amígdala, hipotálamo, hipocampo e ínsula anterior são ativadas na empatia afetiva (Decety et al., 2004). Essas mesmas estruturas são ativadas em indivíduos que apresentam prejuízos psicológicos (e.g., depressão, ansiedade) (Balderston et al., 2020). O córtex pré-frontal dorsolateral é ativado na empatia cognitiva (Shamay-Tsoory, 2011). Um estudo demonstrou que indivíduos ansiosos que tiveram ativação do córtex pré-frontal dorsolateral, apresentaram uma diminuição da região da amígdala (Ironsides et al., 2019). O que, possivelmente, pode explicar a relação entre empatia e preocupações psicológicas. Como já mencionado anteriormente nessa revisão, a empatia em cuidadores de pessoas idosas pode melhorar a assistência prestada a pessoa idosa (ver, e.g., Shim et al., 2012). No sentido contrário, pode gerar consequências ao cuidador (Borges et al., 2021; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2021; Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022), podendo refletir na prestação do cuidado. Dessa forma, é possível pensar no treinamento de empatia com foco no domínio cognitivo com intuito de manter a qualidade da assistência, assim como, da saúde mental dos cuidadores.

Limitações

A limitação dessa revisão sistemática refere-se ao pequeno número de artigos que realizaram treinamento de empatia para cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas identificados nas bases de dados, a falta de cuidadores de diversas origens e a seleção de três estudos que foram realizados pelos mesmos autores. Além disso, os estudos divergem bastante quanto ao tipo de intervenção utilizada e as formas de avaliar a empatia, o que dificultou uma ampla compreensão do melhor tipo de treinamento.

Contudo, os resultados demonstram a importância da realização do treinamento de empatia para cuidadores de pessoas idosas.

Conclusão

Essa revisão constatou que o treinamento de empatia seja ele presencial, on-line ou por ligação pode aumentar os níveis dessa habilidade tanto nos cuidadores de pessoas idosas remunerados como não remunerados de pessoas idosas. Além disso, as intervenções cujas propostas eram os aspectos da empatia e/ou cuidado foram mais eficazes. Não foi possível definir uma duração de treinamento (dias e minutos) que seja mais eficaz, nem um instrumento de escolha para avaliar a empatia antes e após o treinamento, mas ressalta a importância da utilização de instrumentos que avaliem o domínio afetivo e cognitivo. As intervenções, além de aumentar os níveis de empatia, foram capazes de diminuir os níveis de preocupações psicológicas dos cuidadores.

Essa evidência é baseada principalmente em estudos quase-experimentais, dois não incluíram uma condição de controle e apenas um teve acompanhamento pós-intervenção. Não há evidências suficientes para alegar causalidade. Dessa forma, há necessidade de mais estudos, bem como acompanhamento de longo prazo das intervenções para identificar se os efeitos são mantidos ao longo do tempo. Por fim, o treinamento de empatia deve ser considerado como estratégia para minimizar os impactos negativos (e.g., preocupações psicológicas) nos cuidadores de pessoas idosas. O foco não deve ser a diminuição dos níveis de empatia afetiva, mas o aumento da empatia cognitiva. O domínio afetivo é importante para assistência prestada ao cuidador, por outro lado, o domínio cognitivo é necessário para diminuir os impactos na saúde mental dos cuidadores.

Implicações clínicas

- Treinamentos de empatia cujas propostas sejam as habilidades empáticas e/ou aspectos do cuidado podem ser eficazes para aumentar os níveis dessa habilidade.
- O foco do treinamento no domínio cognitivo da empatia e/ou seu subdomínio (i.e., tomada de perspectiva) pode minimizar as preocupações psicológicas dos cuidadores.
- Realizar treinamento on-line e/ou presencial de empatia é capaz de alcançar os objetivos pretendidos em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas.
- Realizar o treinamento de empatia para cuidadores de pessoas idosas inseridos em diferentes contextos do cuidado pode minimizar os impactos negativos do cuidado (e.g., preocupações psicológicas).

5. Estudo 3

Efeitos de um treinamento de empatia nas preocupações psicológicas e empatia de cuidadores de pessoas idosas: Um estudo clínico cruzado, randomizado e duplo-cego com follow-up^{§§}

Madson Alan Maximiano-Barreto; Bruna Moretti Luchesi; Marisa Matias;

Marcos Hortes Nisihara Chagas

Resumo

Objetivos: Avaliar os efeitos e a eficácia de um treinamento de empatia nas preocupações psicológicas e empatia de cuidadores de pessoas idosas. **Métodos:** Estudo clínico cruzado, randomizado e duplo-cego com follow-up realizado on-line. Um total de 30 cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas de diferentes regiões do Brasil. Os cuidadores preencheram um questionário sociodemográfico e medidas para avaliar empatia e seus domínios afetivo e cognitivo, sobrecarga, impacto do cuidado, sintomas depressivos e psiquiátricos antes, imediatamente após e em três momentos após a intervenção. No follow-up de 15, 30 e 60 dias foi avaliada a empatia e os seus domínios. **Resultados:** O treinamento de empatia diminuiu os níveis das preocupações psicológicas: impacto do cuidado, sobrecarga e sintomas depressivos. Além disso, identificamos um efeito do fator tempo nos grupos 1 e 2 indicando um aumento nos níveis da empatia cognitiva ao longo de 15, 30 e 60 dias após a intervenção. **Conclusões:** O treinamento de empatia, com foco na empatia cognitiva, diminuiu as preocupações psicológicas dos cuidadores de pessoas idosas e aumentou os níveis dessa habilidade ao longo do tempo. Essa intervenção pode ser considerada mais uma estratégia de

^{§§} Esse artigo foi submetido a revista *Clinical Gerontologist* em 12 de maio de 2023 e aguarda avaliação dos pareceristas (Anexo 3).

enfrentamento dos impactos negativos relacionados ao cuidado. **Implicações clínicas:** O treinamento remoto de empatia e com foco na empatia cognitiva pode ser uma estratégia eficaz para minimizar os impactos negativos do cuidado e para aumentar os níveis de empatia dos cuidadores.

Número de Registro Clínico

RBR-8kjtfx3

Palavras-chave: educação, empatia, ensaios clínicos randomizados, gerontologia, habilidades sociais, on-line, pessoa idosa, sobrecarga.

Introdução

O aumento da população de pessoas idosas e da prevalência de condições crônicas não transmissíveis mundialmente (United Nations, 2020; WHO, 2022), podem levar a pessoa idosa à necessidade de um cuidador (Schulz et al., 2016a) remunerado e/ou não remunerado (Stall et al., 2019). O cuidado prestado a uma pessoa idosa, concomitante a outras atividades (e.g., cuidar da casa e filhos), pode levar o cuidador a prejuízos psicológicos (e.g., sobrecarga, depressão, burnout e estresse) e físicos (e.g., dificuldades para dormir, dores no corpo) (Schulz et al., 2016b). Três principais fatores estão associados aos impactos negativos do cuidado, a dependência funcional (Chiao et al., 2015), a gravidade da patologia da pessoa idosa (Ringer et al., 2017) e a falta de apoio social ao cuidador (Maximiano-Barreto, Alves et al., 2022). Os cuidadores remunerados e não remunerados podem apresentar impactos negativos oriundo da prestação de cuidado a pessoa idosa (Krutter et al., 2020; Maximiano-Barreto, Fabrício et al., 2022). Devido ao acometimento desses problemas nessa população, intervenções não farmacológicas

(Cheng et al., 2020) vêm sendo realizadas com intuito de minimizar os prejuízos ocasionados ao cuidador no processo de cuidado à pessoa idosa (ver: Liu et al., 2017; Xu et al., 2020; Cheng et al., 2021; Teahan et al., 2020). Outro tipo de intervenção que vem sendo realizada mais recentemente com cuidadores de pessoas idosas é a com foco na habilidade empática (Maximiano-Barreto, Ottaviani et al., 2022).

A empatia é um constructo multidimensional por compreender diferentes aspectos do estado emocional, comportamental e cognitivo do indivíduo (Davis, 1980, 1983; Döpfner, 1989; Mercer & Reynolds, 2002). Os dois principais domínios dessa habilidade são a empatia afetiva e a cognitiva (Davis, 1980, 1983). A empatia afetiva refere-se à capacidade que o indivíduo alvo (e.g., cuidador de pessoa idosa) tem de se colocar no lugar do outro (e.g., pessoa idosa) e sentir os mesmos sentimentos e emoções, enquanto que a empatia cognitiva possibilita compreender as emoções e sentimentos, no entanto, permite que o indivíduo (e.g., cuidador de pessoa idosa) não se envolva com os sentimentos do sujeito alvo (e.g., pessoa idosa) (Davis, 1980, 1983). Características sociodemográficas de indivíduos que prestam cuidado (e.g., pessoa idosa) podem corroborar para maiores níveis de empatia (e.g., ser do sexo feminino, casado, maior idade e outras) (Maximiano-Barreto et al., 2020; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2022).

Uma recente revisão sistemática demonstrou que a empatia afetiva de cuidadores de pessoas idosas se associa às preocupações psicológicas (e.g., sobrecarga, depressão, ansiedade, estresse e síndrome de burnout), enquanto que a empatia cognitiva tem se associado inversamente com essas preocupações (Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022). Além disso, o domínio cognitivo da empatia está diretamente associado à regulação emocional, enquanto o domínio afetivo se associa inversamente (Thompson et al., 2022). O treinamento de empatia cognitiva vem sendo considerado, uma vez que esse domínio envolve processos que podem ser adquiridos conscientemente, enquanto o

domínio afetivo é considerado mais autônomo (Batt-Rawden et al., 2013). O intuito do treinamento dessa habilidade é melhorar o equilíbrio entre os domínios afetivo e cognitivo (Jütten et al., 2019), devido ao que foi apresentado anteriormente (ver: Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022). Sabe-se que a empatia afetiva prediz uma boa relação na díade e oferece suporte emocional positivo para o receptor de cuidado e comportamento pró-social (Shim et al., 2012; Lockwood et al., 2014). Dessa forma, o treinamento de empatia cognitiva não deve desconsiderar a importância da empatia afetiva, e sim buscar a melhor relação entre os dois domínios.

Treinamentos de empatia realizados com cuidadores de pessoas idosas vêm sendo desenvolvidos com intuito de minimizar os impactos negativos do cuidado (Au et al., 2020; Han & Kim, 2021; Han et al., 2021). Os treinamentos de empatia com cuidadores de pessoas idosas identificados na literatura apresentam diferentes estruturas na forma de apresentação de seu conteúdo, por exemplo, simulação, palestras, apresentação de vídeos, e são realizados tanto de forma presencial, como por meio de ligação (i.e., smartphone) ou on-line (Han & Kim, 2021; Jütten et al., 2018; Narme, 2018; Wijma et al., 2018). Contudo, o treinamento de empatia com foco no domínio cognitivo realizado on-line, por meio de atividades como palestras e simulação combinados, têm apresentado resultados satisfatórios, como o aumento da pontuação na avaliação desse subdomínio da empatia (i.e., empatia cognitiva) e conseqüentemente, a diminuição das preocupações psicológicas dos indivíduos que prestam o cuidado (Maximiano-Barreto et al., 2022f).

Embora já existam algumas evidências do treinamento de empatia para cuidadores, esta intervenção ainda carece de mais evidência. Dessa forma, o presente estudo tem como principal objetivo compreender os efeitos e eficácia do treinamento de empatia na empatia e nas preocupações psicológicas de cuidadores de pessoas idosas. Para alcançar esse objetivo, conduzimos um ensaio clínico randomizado e cruzado e

avaliamos as mudanças pré e pós-treinamento nos níveis de preocupações psicológicas e empatia cognitiva. De acordo com o objetivo, levantamos duas principais hipóteses:

- i) O treinamento de empatia com foco na empatia cognitiva é capaz de diminuir os níveis das preocupações psicológicas comparado ao grupo controle (i.e., Educação em Saúde);
- ii) O treinamento de empatia é capaz de manter ou aumentar os níveis de empatia em particular no domínio da empatia cognitiva ao longo do tempo (i.e., follow-up: 15, 30 e 60 dias).

Método

Desenho do estudo e ética

Trata-se de um estudo clínico cruzado, randomizado e duplo-cego com follow-up realizado on-line. Esse estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de São Carlos (número do parecer: 5.332.367). Todos os cuidadores consentiram sua participação por meio do termo de consentimento livre e esclarecido antes de preencher os questionários e instrumentos e da realização da intervenção. Também foi realizado o registro no Brazilian Registry of Clinical Trials (RBR-8kjtfx3: <https://ensaiosclinicos.gov.br/>).

Participantes

Os cuidadores foram recrutados por meio de chamadas públicas em site de notícias e redes sociais, assim como nas redes sociais da Instituição de Ensino Superior do primeiro autor. Um total de 135 cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas de diferentes regiões do Brasil demonstraram interesse em participar do estudo randomizado. No entanto, somente 79 preencheram os critérios de inclusão (detalhados

mais à frente) e após 23 desistências, 56 foram alocados para a intervenção (i.e., Treinamento Empatia e Educação em Saúde), sendo que 30 completaram todas as etapas da mesma, conforme apresentado na Figura 3. As características dos cuidadores que completaram e não completaram a intervenção estão apresentadas na Tabela 8. Não identificamos diferença estatisticamente significativa entre os cuidadores que completaram e não completaram o treinamento.

Tabela 8. *Características sociodemográficas dos cuidadores que completaram e não completaram o treinamento.*

| Variáveis | Não completaram o treinamento (n=26) | Completaram o treinamento (n=30) | t/ χ^2 | p |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|-------------|-----|
| % (n) ou $\bar{X} \pm \sigma$ | | | | |
| Idade | 42,46 \pm 12,60 | 48,00 \pm 12,79 | 1.63 | .11 |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 3,8 (1) | 10,0 (3) | - | - |
| Feminino | 96,2 (25) | 90,0 (27) | - | - |
| Cuidador | | | | |
| Remunerado | 38,5 (10) | 43,3 (13) | 0.14 | .71 |
| Não remunerado | 61,5 (16) | 56,7 (17) | | |
| Estado civil | | | | |
| Solteiro | 53,8 (14) | 36,7 (11) | | |
| Casado | 30,8 (8) | 43,3 (13) | - | - |
| Divorciado | 15,4 (4) | 20,0 (6) | | |
| Etnia | | | | |
| Branco | 34,6 (9) | 46,7 (14) | | |
| Preto | 11,5 (3) | 20,0 (6) | - | - |
| Pardo | 50,0 (13) | 26,7 (8) | | |
| Amarelo | 3,8 (1) | 6,7 (2) | | |
| Parentesco | | | | |
| Filho (a) | 11,5 (3) | 36,7 (11) | | |
| Nenhum | 34,6 (9) | 43,3 (13) | - | - |
| Outro | 53,8 (14) | 20,0 (6) | | |
| Tempo de Cuidado (mês) | 37,35 \pm 38,07 | 44,33 \pm 40,82 | 0.66 | .51 |
| Dias de cuidado (semana) | 4,88 \pm 1,98 | 5,67 \pm 1,51 | 1.67 | .10 |
| Horas de cuidado (dia) | 12,96 \pm 7,65 | 14,23 \pm 12,46 | 0.45 | .65 |

\bar{X} : média. σ : desvio padrão. t: teste t de Studente. χ^2 : Chi-square test. teste não realizado – mais de 20% das células com n<5.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos de acordo com estudos anteriores realizados com cuidadores de pessoas idosas no Brasil (Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2022; Maximiano-Barreto, Fabrício et al., 2022), assim como a média de pontuação

na escala de sobrecarga que se caracteriza como “sobrecarga moderada” (e.g., Bianchi et al., 2016). Dessa forma, os cuidadores eram elegíveis quando:

- i) apresentassem uma pontuação ≥ 23 na Escala de Sobrecarga de Zarit;
- ii) fossem cuidadores (i.e., remunerado ou não remunerado);
- iii) exercessem a função de cuidador de uma pessoa idosa (≥ 60 anos de idade) há, no mínimo, três meses;
- iv) desenvolvessem suas atividades por no mínimo quatro horas diárias;
- v) tivessem 18 anos ou mais de idade.

Os cuidadores de pessoas idosas que não tinham disponibilidade para participar de todas as etapas da pesquisa foram excluídos.

Cálculo amostral

Para o cálculo do tamanho da amostra, foram utilizados os seguintes parâmetros: poder do teste de 80%, nível de significância de .05 e diferença clinicamente significativa de, no mínimo, um desvio padrão após o treinamento de acordo com a média e desvio padrão de empatia identificados em um estudo anterior realizado com cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas no Brasil (Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2022). A amostra necessária foi de 14 sujeitos por grupo, admitindo-se uma perda amostral de 20%, os grupos deveriam ser compostos por, no mínimo, 18 indivíduos cada.

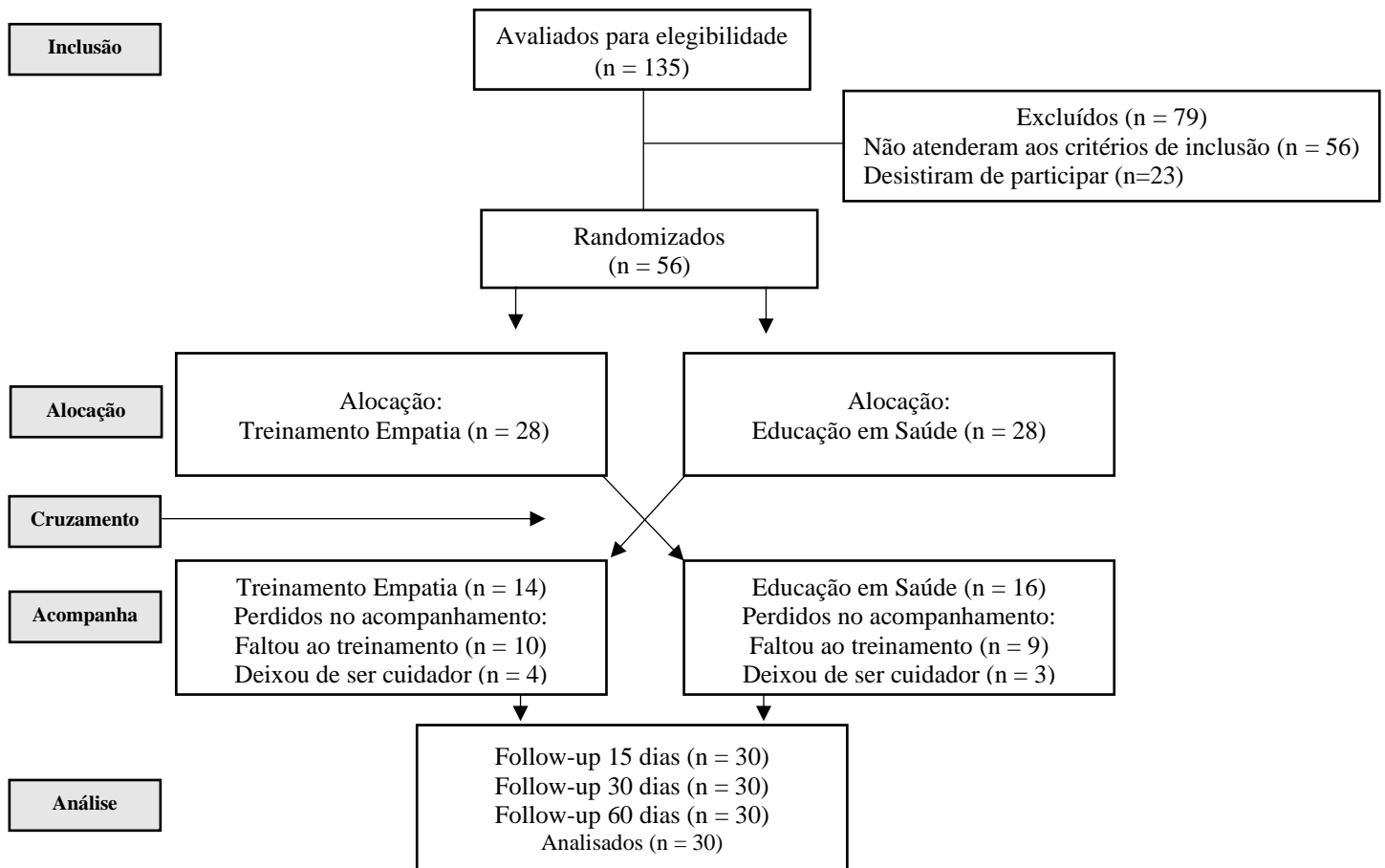


Figura 3. Diagrama CONSORT.

Randomização e cegamento

Os cuidadores foram distribuídos de forma aleatória por um procedimento de randomização simples em uma proporção de alocação 1:1 realizado no Microsoft Excel (i.e., cuidadores sorteados com numeração 1 foram alocados no grupo Treinamento de Empatia e com numeração 2 no grupo Educação em Saúde). O sorteio para alocação dos cuidadores foi realizado por um segundo pesquisador.

O cegamento deu-se na randomização dos cuidadores na alocação para os grupos, no pesquisador que realizou as análises estatísticas, assim como os participantes eram cegos com relação a estarem inseridos no grupo 1 ou 2. Com intuito de evitar o viés de informação entre os cuidadores, solicitamos que não fosse compartilhado e/ou discutido

entre os cuidadores do grupo oposto os conteúdos e atividades desenvolvidas durante o treinamento. Os pesquisadores que realizaram o treinamento de empatia e educação em saúde não foram cegados.

Medidas

Empatia

Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI): foi desenvolvida para avaliação multidimensional da empatia, assim como, avaliação dos dois principais domínios (i.e., empatia cognitiva e afetiva). A EMRI foi traduzido e adaptado para a cultura brasileira e sua versão brasileira avalia três dimensões (i.e., tomada de perspectiva, consideração empática e angústia pessoal) e é composta por 21 itens, sendo 6 avaliados inversamente (itens: 2, 3, 9, 10, 11 e 13). Dos itens que compõem a EMRI, 7 avaliam o domínio cognitivo e 14 o domínio afetivo, todos com respostas do tipo *likert* de 1 (não me descreve muito bem) a 5 (descreve-me muito bem). A pontuação total varia de 21 a 105 (domínio afetivo: 14 a 70; domínio cognitivo: 7 a 35), e quanto maior a pontuação, maior empatia, tanto global quanto dos domínios (Cronbach's $\alpha = .75$) (Koller et al., 2001).

Sobrecarga

Inventário de Sobrecarga de Zarit (ISZ): escala composta por 22 itens que avaliam saúde física, vida pessoal, social, econômica, situação emocional e relacionamentos. Essa escala possibilita uma avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva dos cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas. O inventário é do tipo *likert* (0 = nunca a 4 = sempre) e com pontuação mínima de 0 e máxima de 88 e, quanto maior a pontuação, maior a ocorrência de sobrecarga (Cronbach's $\alpha = .87$) (Scazufca, 2002).

Impacto do cuidado

Inventário de Sobrecarga do Cuidado (ISC): instrumento multidimensional composto por 24 itens que avaliam cinco principais domínios relacionados à sobrecarga do cuidador da pessoa idosa (i.e., tempo dependente, vida pessoal, física, social e emocional). Os itens são pontuados em uma escala *likert* (0 = discordo totalmente e 4 = concordo totalmente) com pontuação entre 0 e 96 e maior pontuação indica maior impacto do cuidado (Cronbach's $\alpha = .83$) (Valer et al., 2015).

Sintomas depressivos

Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9): questionário para avaliar sintomas depressivos de acordo com os critérios para rastrear episódios de depressão segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM. Trata-se de um instrumento composto por 9 itens com respostas pontuadas numa escala *likert* de 0 a 3. A pontuação total vai de 0 a 27 e quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas depressivos (Cronbach's $\alpha = .89$) (Osório et al., 2009).

Sintomas psiquiátricos

Questionário de autorrelato (SRQ-20): instrumento composto por 20 itens com resposta dicotômica (sim/ não) desenvolvido para rastreamento de sintomas psiquiátricos. Esse instrumento possibilita identificar a presença de sintomas psiquiátricos, como por exemplo, depressão e ansiedade. A pontuação varia entre 0 e 20, e quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas psiquiátricos (Cronbach's $\alpha = 0,86$) (Mari & Williams, 1986).

Intervenção

Treinamento de empatia

Os cuidadores de pessoas idosas participaram de um treinamento de empatia adaptado de dois estudos (Gholamzadeh et al., 2018; Wünderlich al., 2017) que apresentaram resultados satisfatórios. As atividades foram adaptadas para atender a díade cuidador-receptor do cuidado. O treinamento consistiu em cinco encontros realizados durante duas horas cada, com um total de 10 horas. O treinamento abordou diferentes tópicos relacionados a empatia como: i) Barreiras comuns à comunicação; ii) Comportamento empático; iii) Empatia e não empatia; iv) Habilidades de empatia: compreensão, escuta, aceitação de outras pessoas; v) Interações entre cuidador e receptor do cuidado; e vi) Exercício de habilidade empática. Diferentes atividades foram realizadas utilizando diversos recursos como vídeos (e.g., trechos de filmes e séries que refletiam e/ou demonstravam comportamento empático), discussão de casos (i.e., casos fictícios abordando o comportamento empático na díade), discussão em grupo, compartilhamento de experiência e simulação. Na simulação os cuidadores tiveram a oportunidade de observar uma simulação entre dois atores (i.e., cuidador e pessoa idosa) em uma interação que não demonstrava nenhuma relação empática e, em seguida, os cuidadores participaram da simulação de forma individual e *on-line* buscando demonstrar comportamento empático no lugar do ator cuidador. O treinamento de empatia foi conduzido por um psicólogo com experiência em habilidade empática de cuidadores de pessoas idosas. Todas as atividades desenvolvidas estão apresentadas na Tabela 9.

Educação em saúde

Na Educação em Saúde os cuidadores participaram de cinco palestras com temas relacionados ao processo de envelhecimento (i.e., Hipertensão arterial, Osteoporose,

Diabetes *mellitus*, Pneumonia e Infecção urinária). Os encontros tiveram duração média de 40 minutos e foram ministrados por profissionais de saúde. Após a conclusão dos encontros, todo o material foi disponibilizado aos cuidadores.

Tabela 9. Atividades do treinamento de empatia.

| Sessão/duração | Tópicos | Objetivos | Atividades |
|----------------|---|--|---|
| 1 (2 horas) | Introdução | Descrever a importância e os objetivos do treinamento de empatia | Palestra, perguntas e respostas e discussão em grupo. |
| | Epidemiologia do envelhecimento Alterações fisiológicas e psicológicas do envelhecimento Barreiras comuns à comunicação | Descrever epidemiologia do envelhecimento Explicar mudanças fisiológicas e psicológicas do envelhecimento Explicar barreiras à comunicação com pessoas idosas | |
| 2 (2 horas) | Exercício de comunicação | Analisar desafios e suas próprias experiências em comunicação com pessoas idosas | Apresentação de casos (interação cuidador- receptor do cuidado). Os cuidadores foram solicitados a identificar e discutir os desafios nos cenários. Incentivo para os cuidadores discutirem suas experiências de situações com pessoas idosas. Dar feedback e resumir. |
| | Exercício sobre comportamento empático | Identificar suas próprias atitudes em relação ao envelhecimento e seu impacto na comunicação com pessoas idosas | Solicitar aos cuidadores que identifiquem seus sentimentos e atitudes em relação ao envelhecimento e seu impacto na comunicação com pessoas idosas. Dar feedback e resumir. |
| 3 (2 horas) | Empatia e não empatia | Discutir e diferenciar comportamento empático e pró-empático | Palestra, apresentação de vídeo, reconstrução da empatia e discussão em grupo. Apresentação de vídeo, palestra e discussão em grupo. |
| | Habilidades de empatia, compreensão, escuta, aceitação de outras pessoas | Explicar habilidades de empatia e sua importância | |
| 4 (2 horas) | Interações entre cuidador e receptor do cuidado | Interação cuidador- receptor do cuidado em uma situação simulada | Dramatização de habilidades empática, discussão em grupo. Dar feedback e resumir. |
| 5 (2 horas) | Exercício sobre habilidades de empatia | Discutir comportamentos empáticos e falta de empatia na relação cuidador-receptor do cuidado. Identificar suas próprias barreiras e habilidades para mostrar empatia em relação as pessoas idosas. | Apresentar um cenário e dois casos sobre empatia com cuidador de pessoas idosas. Solicitar aos cuidadores que discutam o cenário em seus grupos e identifiquem comportamentos empáticos ou inexistentes. Dar feedback e resumir. Fechamento do treinamento de empatia. |
| | Encerramento | Finalização do treinamento | |

Procedimento

Na avaliação basal os cuidadores preencheram um questionário sociodemográfico para identificação de idade, sexo, estado civil, características do cuidado (i.e., remunerado/ não remunerado), entre outras variáveis relacionadas ao próprio e ao receptor de cuidados e os instrumentos descritos acima. Após esta avaliação, os cuidadores foram randomizados. Os cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas preencheram os questionários e instrumentos em três momentos diferentes: antes da intervenção, imediatamente após e durante três tempos após a intervenção (Follow-up: 15, 30 e 60 dias). O cruzamento dos grupos ocorreu após um intervalo de 20 dias e todos os cuidadores receberam os mesmos treinamentos em ordem inversa, ou seja, quem iniciou no treinamento de empatia (Grupo 1) terminou na educação em saúde (Grupo 2) como apresentado na Figura 4. As avaliações de follow-up aconteceram para medida de empatia global e seus domínios (i.e., afetivo e cognitivo). Os cuidadores avaliaram o treinamento de empatia com relação a satisfação, utilidade e facilidade ao final da intervenção por meio de um questionário adaptado do estudo de Han e Kim (2021). O questionário é composto por 10 itens com perguntas fechadas e respostas do tipo *likert* (1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente) e uma das questões para avaliação geral do treinamento (1 = pior nota possível e 5 = maior nota possível). A soma total dos itens varia entre 10 e 50, e quanto maior a pontuação, maior a satisfação, utilidade e facilidade do treinamento. As questões que compõem o questionário são apresentadas na Tabela 10. O treinamento aconteceu de forma on-line no segundo semestre de 2022 por meio do *Google Meet* e os questionários e instrumentos foram disponibilizados e respondidos por meio do *Google Forms*. Os encontros aconteceram semanalmente em dias e horários fixos e agendados com todos os cuidadores.

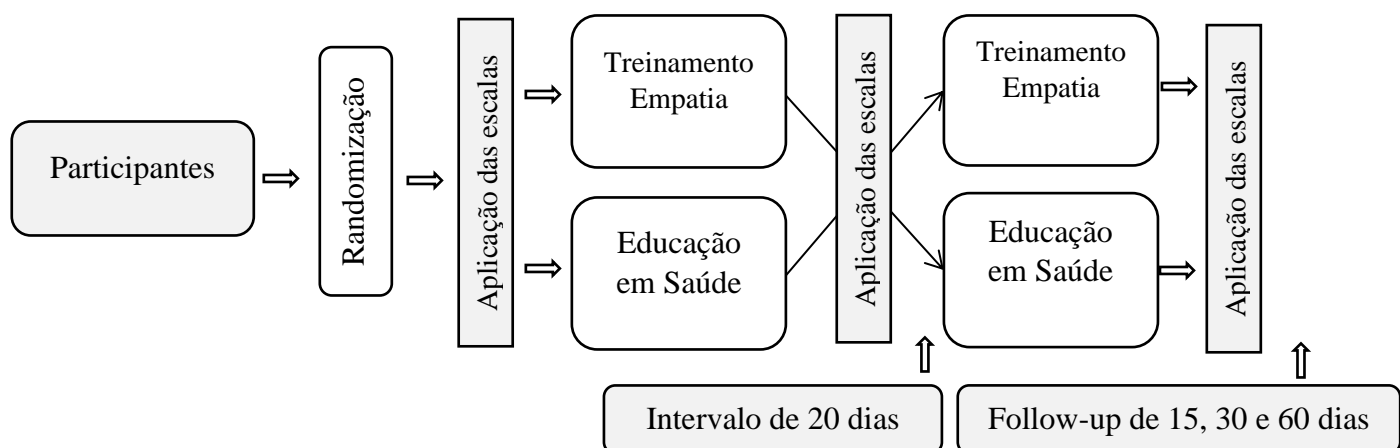


Figura 4. Fluxograma do estudo.

Tabela 10. Questionário de avaliação do Treinamento de Empatia.

| Itens | $\bar{X} \pm \sigma$ |
|---|----------------------|
| 1- Eu gostei de participar do treinamento de empatia! | 4,97±0,18 |
| 2- Eu indicaria esse treinamento de empatia para outros cuidadores de pessoas idosas! | 4,93±0,25 |
| 3- O conteúdo do treinamento de empatia foi fácil de entender! | 4,83±0,38 |
| 4- A forma como o treinamento de empatia foi realizada foi fácil de entender! | 4,93±0,25 |
| 5- O programa me ajudou a entender sobre empatia e sua importância na minha relação com a pessoa idosa que eu cuido! | 4,87±0,35 |
| 6- O treinamento de empatia foi útil para mim! | 4,90±0,31 |
| 7- Eu tenho aplicado o que aprendi no treinamento de empatia à minha realidade no cuidado com a pessoa idosa que eu cuido! | 4,70±0,47 |
| 8- O treinamento de empatia é útil na educação de cuidadores de pessoas idosas! | 4,80±0,41 |
| 9- O treinamento de empatia me ajudou a pensar a importância da empatia cognitiva e afetiva na minha relação com a pessoa idosa que eu cuido! | 4,80±0,41 |
| 10- De forma geral, que nota você daria para o treinamento que participou? | 4,97±0,18 |

\bar{X} : média. σ : desvio padrão.

Análise estatística

O *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®: versão 25.0) foi utilizado para realização das análises estatísticas. Os dados sociodemográficos e clínicos são apresentados por meio de frequência relativa (%), média (\bar{X}) e desvio padrão (σ). O teste Shapiro-Wilk foi utilizado para avaliar a normalidade das variáveis contínuas, a qual foi violada para algumas das variáveis. No entanto, dado que a ANOVA é considerada robusta, principalmente quando a amostra é semelhante (i.e., design dentro do assunto),

decidimos manter o uso da ANOVA de medidas repetidas e adotar os testes paramétricos (Blanca et al., 2017). As variáveis binárias foram analisadas pelo teste Qui-Quadrado (χ^2), para demonstrar se existe ou não relação entre elas (e.g., sexo, estado civil). A comparação entre os grupos 1 e 2 para as variáveis contínuas (e.g., idade, medidas) foi realizada pelo *t* de Student. A avaliação dos efeitos do treinamento foi realizada pela ANOVA de medidas repetidas e o tamanho de efeito foi calculado com Eta-quadrado parcial (η_p^2) com efeitos pequeno, médio e grande definidos como .01; .06 e .14, respectivamente (Cohen, 1988). O post-hoc Bonferroni foi realizado para identificar diferença nos tempos de T0 (linha de base) a T5 (follow-up de 60 dias) entre os grupos 1 e 2. O nível de significância adotado em todas as análises foi de $p \leq .05$.

Resultados

A Tabela 11 apresenta de forma detalhada as características sociodemográficas e clínicas dos cuidadores e receptores de cuidados que completaram a intervenção. Comparamos as diferenças entre os grupos na linha de base que iniciou T0 em treinamento de empatia (i.e., Grupo 1) e educação em saúde (i.e., Grupo 2) com relação às variáveis apresentadas na Tabela 11. Diferenças estatisticamente significativas foram identificadas nas variáveis impacto do cuidado ($p = .04$) e sintomas depressivos ($p = .03$). O grupo 1 quando comparado ao grupo 2 apresenta maior sobrecarga e sintomas depressivos.

Ao final da intervenção, os cuidadores responderam a um questionário para avaliar a satisfação, utilidade e facilidade do treinamento de empatia e apresentaram uma média geral de 48,70 (2,26) de um escore total de 50. Esse resultado indica que o treinamento é

satisfatório, com utilidade no processo de cuidado e autocuidado e apresentando uma facilidade na sua compreensão.

Tabela 11. *Características sociodemográficas e clínicas dos receptores de cuidado e cuidadores que completaram a intervenção.*

| Variáveis | % (n) ou \bar{X} (σ) |
|--|---------------------------------|
| <i>Cuidadores (n=30)</i> | |
| Idade | 48,0±12,79 |
| Sexo | |
| Feminino | 90,0 (27) |
| Masculino | 10,0 (3) |
| Cuidador | |
| Remunerado | 43,3 (13) |
| Não remunerado | 56,7 (17) |
| Estado civil | |
| Solteiro | 36,7 (11) |
| Casado | 43,3 (13) |
| Divorciado | 20,0 (6) |
| Etnia | |
| Branco | 46,7 (14) |
| Preto | 20,0 (6) |
| Pardo | 26,7 (8) |
| Amarelo | 6,7 (2) |
| Mora com pessoa idosa | |
| Sim | 26,7 (8) |
| Não | 73,3 (22) |
| Recebe apoio social^a | |
| Sim | 86,3 (19) |
| Não | 13,7 (3) |
| Tempo de cuidado (mês) | 44,33±40,82 |
| Dias de cuidado (semana) | 5,67±1,51 |
| Horas de cuidado (dia) | 14,23±12,46 |
| Empatia^b | 62,47±8,30 |
| Empatia afetiva^b | 45,60±11,22 |
| Empatia Cognitiva^b | 16,87±6,55 |
| Impacto do cuidado^c | 43,97±17,11 |
| Sobrecarga^d | 39,30±13,51* |
| Sintomas depressivos^e | 7,73±6,38* |
| Sintomas psiquiátricos^f | 6,93±5,40 |
| Avaliação da intervenção^g | 48,70±2,26 |
| <i>Receptores de cuidados (n=22)^a</i> | |
| Idade | 82,82±7,41 |
| Sexo | |
| Feminino | 31,8 (7) |
| Masculino | 68,2 (15) |
| Diagnóstico | |
| Demência | 72,7 (16) |
| Outros | 27,3 (6) |

\bar{X} : média. σ : desvio padrão. *: diferenças identificadas entre os grupos 1 e 2 ($p < .05$). a: análise excluindo 8 cuidadores que atuaram em Instituição de Longa Permanência. b: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal. c: Inventário de Sobrecarga do Cuidado. d: Inventário de Sobrecarga de Zarit. e: Questionário de Saúde do Paciente. f: Questionário de autorrelato. g: Questionário para avaliar satisfação, utilidade e facilidade do treinamento de empatia.

A ANOVA de medidas repetidas demonstrou efeito estatisticamente significativo para o fator tempo para as variáveis empatia total ($F_{(2,0)} = 4.85; p = .01; \eta_p^2 = .15$), empatia cognitiva ($F_{(1,912)} = 23.16; p = .001; \eta_p^2 = .45$), impacto do cuidado ($F_{(2,0)} = 3.51; p = .04; \eta_p^2 = .11$) e sobrecarga ($F_{(2,0)} = 7.07; p = .002; \eta_p^2 = .20$). As diferenças encontradas entre os tempos divididos por grupo nas variáveis empatia total, empatia cognitiva, sobrecarga e impacto do cuidado em T0, pré-cruzamento (T1) e pós-cruzamento (T2) são apresentadas na Tabela 12. Com relação às preocupações psicológicas, identificamos um efeito significativo de interação tempo x grupo nas variáveis impacto do cuidado ($F_{(2,0)} = 9.81; p = .001; \eta_p^2 = .26$), sobrecarga ($F_{(2,0)} = 5.53; p = .006; \eta_p^2 = 0.17$) e sintomas depressivos ($F_{(1,807)} = 4.06; p = .02; \eta_p^2 = .13$). O grupo 1 (treinamento na empatia) na medida sobrecarga não apresentou diferença de T0 para T1, no entanto, o escore do impacto do cuidado diminuiu de 47,13 ($\pm 16,84$) para 33,88 ($\pm 15,72$) após o treinamento de empatia. Diferença significativa foi identificada de T1 para T2, em que no T2 o escore da medida sobrecarga aumentou. A sobrecarga apresentou uma diminuição do escore após o treinamento de empatia do T0 para T1 e no T2 observamos um aumento desse escore após a educação em saúde. O grupo 2 apresentou diferença de T0 para T2 na sobrecarga e impacto do cuidado, indicando que o treinamento de empatia diminuiu os níveis das preocupações psicológicas (i.e., sobrecarga e impacto do cuidado) dos cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas. Os sintomas depressivos apresentaram uma diferença no tempo x grupo, no entanto, não identificamos diferença entre os grupos. Não houve efeito no domínio afetivo nem nos sintomas psiquiátricos (Tabela 12).

Tabela 12. Comparação e efeito da intervenção nas variáveis empatia total e seus domínios e preocupações psicológicas nos grupos 1 e 2 nos tempos T0, T1 e T2.

| Variáveis | T0 | T1 | T2 | T0 | T1 | T2 | Tempo | | | Tempo x Grupo | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------|--------|------------|---------------|--------|------------|
| | Grupo 1 | | | Grupo 2 | | | F | p | η_p^2 | F | p | η_p^2 |
| | Basal | Pós TE | Pós ES | Basal | Pós ES | Pós TE | | | | | | |
| Empatia^a | 62.38±9.61 | 64.25±12.34 | 70.69±12.19 | 62.57±6.85‡ | 66.14±10.00 | 70.50±10.21‡ | 4.85 | .02* | .15 | .09 | .92 | .01 |
| Empatia afetiva^a | 45.40±12.26 | 41.88±13.50 | 45.50±10.10 | 45.71±10.35 | 43.21±7.47 | 42.43±6.30 | .90 | .41 | .03 | .50 | .61 | .02 |
| Empatia cognitiva^a | 16.88±6.63† | 22.38±7.61† | 25.19±6.37 | 16.86±6.72‡ | 22.93±6.28‡ | 28.07±5.41‡ | 23.16 | .001** | .45 | .57 | .57 | .02 |
| Impacto do cuidado^b | 47.13±16.84 | 33.88±15.72† | 49.19±15.13† | 40.36±17.30‡ | 37.43±22.20 | 19.36±8.94‡ | 3.51 | .05* | .11 | 9.81 | .001** | .26 |
| Sobrecarga^c | 44.00±14.56† | 27.13±20.53† | 36.81±10.98 | 33.93±10.21‡ | 30.00±18.90 | 15.86±9.99‡ | 7.07 | .01** | .20 | 5.53 | .014** | .17 |
| Sintomas depressivos^d | 10.06±5.34 | 7.38±4.53 | 10.38±4.68 | 5.07±6.61 | 7.00±7.75 | 2.57±2.34 | .36 | .70 | .01 | 4.06 | .02* | .13 |
| Sintomas psiquiátricos^e | 7.88±4.33 | 7.75±5.22 | 6.38±3.07 | 5.86±6.40 | 6.43±5.24 | 4.71±4.21 | .92 | .40 | .03 | .04 | .96 | .01 |

*:p < .05. **: p < .01. T: Tempo. ES: Educação em Saúde. TE: Treinamento Empatia. †: Comparação entre os tempos no teste Post-hoc Bonferroni no grupo 1. ‡: Comparação entre os tempos no teste Post-hoc Bonferroni no grupo 2. a: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal. b: Inventário de Sobrecarga do Cuidado. c: Inventário de Sobrecarga de Zarit. d: Questionário de Saúde do Paciente. e: Questionário de autorrelato.

Ao compararmos os níveis de empatia e seus domínios afetivo e cognitivo ao longo do tempo, de T0 até T5 dos 30 cuidadores que completaram a intervenção, identificamos um efeito de tempo tanto na empatia global ($F_{(3,82)}=3.15$; $p=.02$; $\eta_p^2=.10$) quanto no domínio-alvo deste treinamento (i.e., domínio cognitivo) ($F_{(3,41)}=12.00$; $p=.001$; $\eta_p^2=.29$). Esses achados demonstram que tanto a empatia global como a empatia cognitiva aumentaram ou mantiveram-se ao longo do tempo. Através do teste post-hoc de Bonferroni, constatamos que em relação à empatia houve uma diferença entre o tempo T0 com T2, T4 e T5. Já o domínio cognitivo apresentou diferença do T0 com os demais tempos até T5 (Figura 5).

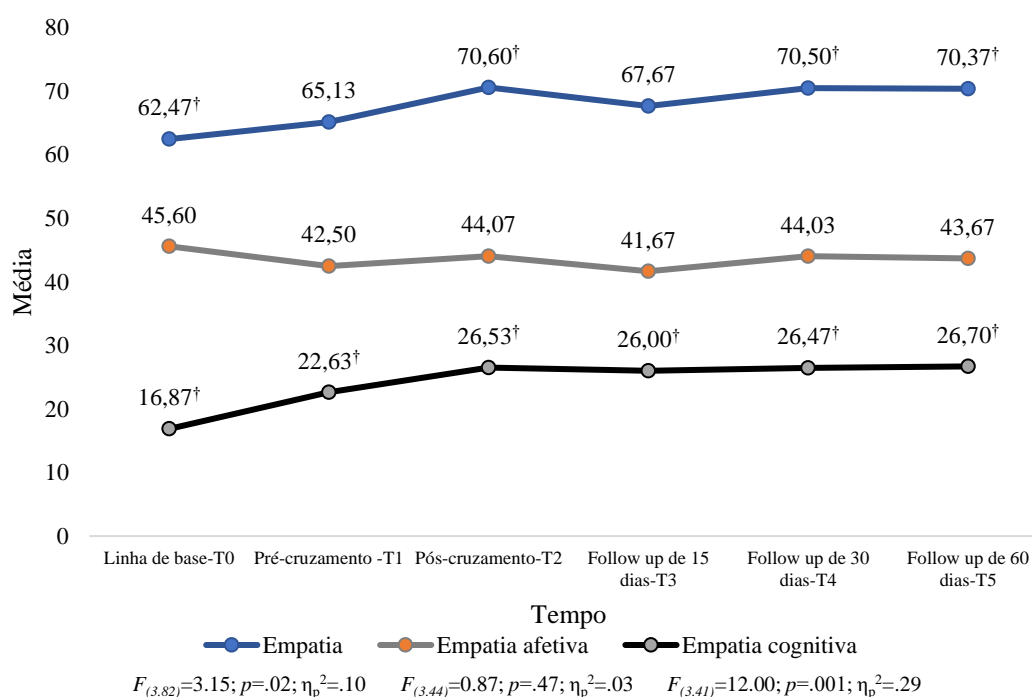


Figura 5. Avaliação do ao longo do tempo da empatia e seus domínios (afetivo e cognitivo) entre os cuidadores que completaram a intervenção.

†: Comparação entre os tempos no teste Post-hoc Bonferroni.

A Figura 6 (a. b.) apresenta a avaliação da empatia global e dos domínios afetivo e cognitivo ao longo dos seis tempos (i.e., T0 até T5) para os cuidadores que iniciaram no grupo 1 (Fig. a) e grupo 2 (Fig. b). Os cuidadores que iniciaram o Treinamento de

Empatia (i.e., Grupo 1) apresentaram um efeito tempo significativo no domínio cognitivo ($F_{(3,44)}=6.70$; $p=.001$; $\eta_p^2=.32$). Com objetivo de identificar as diferenças ao longo do tempo, constatamos por meio do teste post-hoc de Bonferroni uma diferença entre T0 e os tempos T1, T2, T4 e T5. Resultado semelhante em relação ao efeito tempo foi identificado entre os cuidadores que iniciaram na Educação e Saúde (i.e., Grupo 2) ($F_{(2,86)}=5.65$; $p=.01$; $\eta_p^2=.30$) com diferenças entre T0 e os tempos T2, T4 e T5.

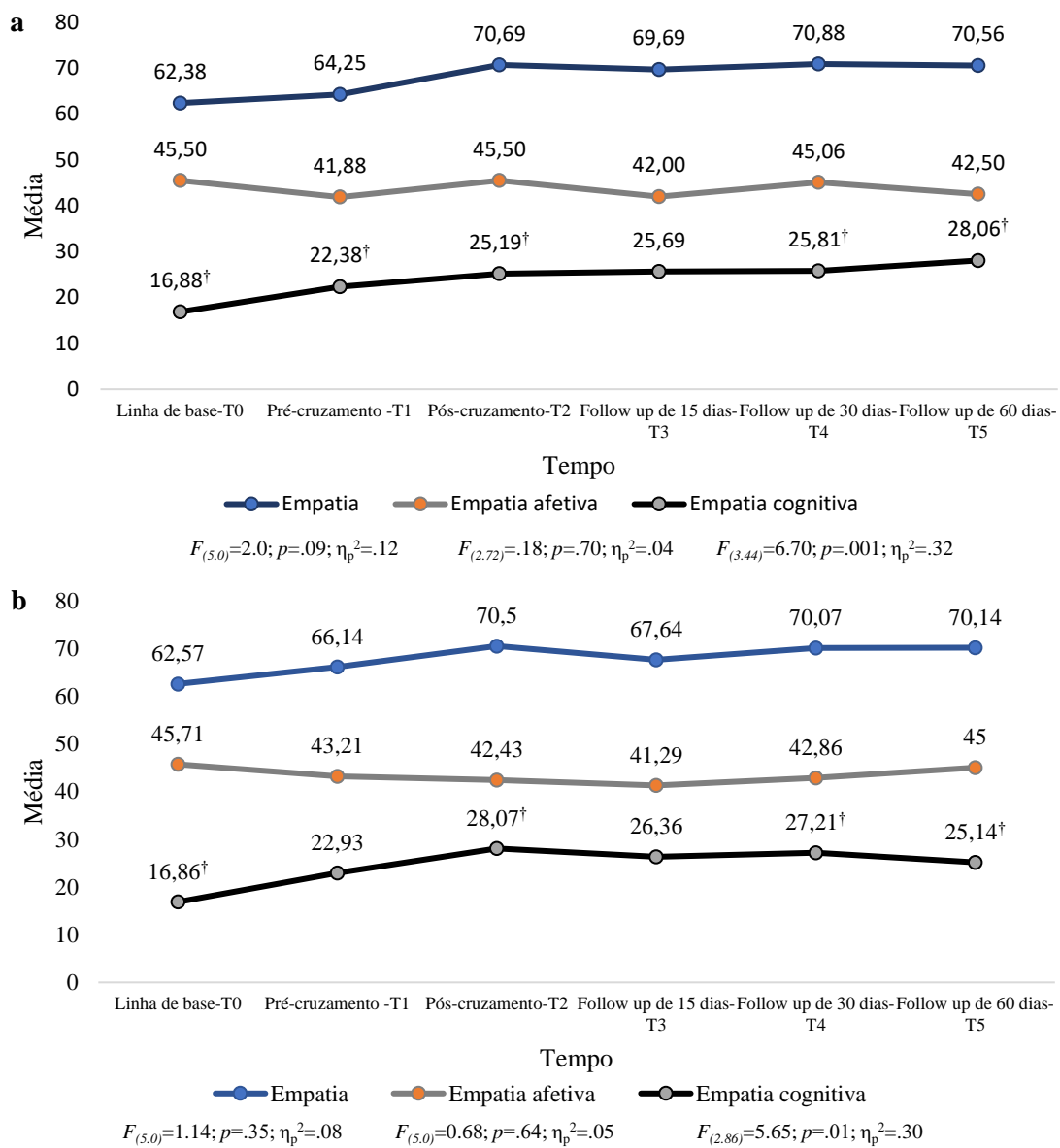


Figura 6 (a. b.). Avaliação do ao longo do tempo da empatia e seus domínios (afetivo e cognitivo) entre os cuidadores que iniciaram no grupo Treinamento Empatia (Fig. a) e Educação em Saúde (Fig. b).
 †: Comparação entre os tempos no teste Post-hoc Bonferroni.

Discussão

Esse estudo avaliou os efeitos de um treinamento de empatia nas preocupações psicológicas e empatia de cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas. Identificamos um aumento nos níveis de empatia, principalmente do domínio cognitivo e uma diminuição dos níveis de preocupações psicológicas (i.e., sobrecarga, impacto do cuidado e sintomas depressivos). Além disso, observamos que o treinamento de empatia aumentou ou manteve os níveis dessa habilidade ao longo do tempo, principalmente do domínio cognitivo.

O treinamento de empatia teve efeito nas preocupações psicológicas (i.e., sobrecarga, impacto do cuidado, sintomas depressivos) de cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas. Outros estudos que realizaram treinamento de empatia para cuidadores de pessoas idosas apresentaram resultados consonantes (Au et al., 2020; Han & Kim, 2022; 2021). Uma possível explicação é o foco do treinamento de empatia no domínio cognitivo, uma vez que, como apresentado anteriormente, os domínios que compõem a empatia (i.e., afetiva e cognitiva) (Davis, 1980, 1983) apresentam interações distintas e, a empatia cognitiva tem se associado inversamente com as preocupações psicológicas (Maximiano-Barreto, Fabrício, Bomfim et al., 2022), tanto de cuidadores de pessoas idosas como em profissionais da saúde (Borges et al., 2021). Dessa forma, os treinamentos de empatia que tiveram como foco o domínio cognitivo, obtiveram resultados satisfatórios para redução das preocupações psicológicas (Au et al., 2020; Han & Kim, 2022; 2021). A empatia, como já mencionado anteriormente, é uma importante habilidade na díade, trazendo efeitos positivos para o receptor do cuidado (Shim et al., 2012). Além disso, o treinamento de empatia pode implicar significativamente na

satisfação dos cuidadores, no bem-estar no trabalho e, conseqüentemente, na assistência à saúde prestada aos receptores de cuidado (Han & Kim, 2022; Narme, 2018).

Ainda com relação ao efeito do treinamento de empatia nas preocupações psicológicas, outro fator que também pode ter implicado na diminuição das preocupações psicológicas nos cuidadores de pessoas idosas foi o tipo de atividade realizada no treinamento (e.g., palestras, discussão em grupo, apresentação de vídeos e outros). Estudos que realizaram treinamento de empatia por meio de realidade virtual sem outras atividades concomitantes, por exemplo, palestras sobre aspectos da empatia, não apresentaram efeitos nas preocupações psicológicas dos cuidadores (Han et al., 2020; Jütten et al., 2018; Narme, 2018). Uma recente revisão sistemática constatou que o treinamento de empatia com atividades que abordassem aspectos do cuidado e da empatia por meio de discussões, por exemplo, apresentaram resultados satisfatórios nas preocupações psicológicas (Maximiano-Barreto, Ottaviani et al., 2022). Além disso, atividades que possibilitem a troca de experiência entre os cuidadores de pessoas idosas podem contribuir nas decisões de vida relacionadas ao cuidado a pessoa idosa (Lauritzen et al., 2015) e essa atividade no formato on-line também contribui para aumentar o apoio social (Parker Oliver et al., 2017) e na minimização das preocupações psicológicas (Pleasant et al., 2020).

O treinamento de empatia aumentou os níveis dessa habilidade, em especial do domínio cognitivo, confirmando nossa hipótese inicial. Por meio da análise de post-hoc de Bonferroni, identificamos que os níveis de empatia cognitiva aumentaram após o treinamento. Berkhout e Malouff (2016) identificaram que a maioria dos treinamentos de empatia tem como foco o domínio cognitivo. O treinamento dessa habilidade é mais uma de muitas outras estratégias desenvolvidas para minimizar as preocupações psicológicas

de cuidadores de pessoas idosas, sejam eles remunerados ou não remunerados (Cheng et al., 2021; Liu et al., 2017; Teahan et al., 2020; Xu et al., 2020).

O atual treinamento de empatia apresentou efeito menor a outros treinamentos realizados com outras populações nos níveis de empatia, de acordo com uma metanálise (Berkhout & Malouff, 2016). Porém, foram analisados apenas estudos que realizaram intervenções presenciais. Uma possível explicação para as diferenças, é que nosso estudo foi realizado no formato on-line, no entanto, um dos principais objetivos dessa intervenção foi alcançado (i.e., diminuição das preocupações psicológicas). A literatura tem constatado que o método de ensino on-line possibilita aos cuidadores a preparação e compreensão dos aspectos abordados no treinamento (Pleasant et al., 2020) e aumento nos níveis de empatia (Maximiano-Barreto, Ottaviani et al., 2022). A realização de intervenções na modalidade on-line deve ser considerada, principalmente em momentos atípicos, como a pandemia da COVID-19 que teve como uma de suas consequências o distanciamento social (WHO, 2020b). Diferentes atividades no contexto da saúde e educação, por exemplo, foram adaptadas do habitual (i.e., presencial) para o on-line (Doraiswamy et al., 2020). A pandemia da COVID-19 teve importantes implicações à saúde da população, principalmente das pessoas idosas, e consequentemente impactando negativamente na saúde física e psicológica dos cuidadores (Gaigher et al., 2022). Dessa forma, intervenções para esses indivíduos no formato remoto devem ser consideradas.

O treinamento de empatia para cuidadores de pessoas idosas é importante pensando a curto e longo prazo, uma vez que, à medida que a idade vai aumentando há concomitante um aumento dos níveis de empatia, principalmente do domínio afetivo (Sun et al., 2018; Ze et al., 2014). Estudos anteriores têm identificado o aumento do número de pessoas idosas assumindo o papel de cuidadoras (Oliveira et al., 2017; Santos-Orlandi et al., 2019), não é a realidade o atual estudo, mas é um grupo importante a ser

considerado em intervenções futuras. Maximiano-Barreto, Luchesi et al. (2022) identificaram em um estudo realizado com cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas que há um aumento concomitante de idade e empatia afetiva.

A avaliação dos escores da empatia mostra que a empatia também aumentou após a educação em saúde. Uma possível explicação para esse aumento nos níveis de empatia é a troca de experiência entre os cuidadores, como já mencionado acima, a interação entre os cuidadores pode possibilitar um maior apoio social, e estudos identificaram uma relação entre apoio social e empatia (Chen & Xu, 2021; Park et al., 2015). Além disso, inferimos que a boa relação entre os palestrantes (i.e., profissionais da saúde) e cuidadores pode ter contribuído para o aumento nos níveis dessa habilidade. A empatia possibilita aos receptores de cuidado melhor relação, comunicação e entre outros (Shim et al., 2021), em especial a empatia afetiva. Dessa forma, ressalta-se que esse treinamento não minimiza a importância do domínio afetivo da empatia, já que, durante o treinamento enfatizamos a importância da empatia afetiva na idade. Isso pode justificar o fato de não termos identificado diferença estatisticamente significativa nesse domínio da empatia. Além disso, parece que antes de iniciar a intervenção propriamente dita (i.e., Treinamento Empatia), realizar uma atividade como a educação em saúde, por exemplo, pode ser mais eficaz, uma vez que inferimos que os cuidadores estejam aprendendo e se adaptando ao uso da tecnologia digital.

Por meio do follow-up identificamos um efeito grande, ou seja, a intervenção aumentou ou manteve os níveis de empatia cognitiva ao longo de três tempos (i.e., 15, 30 e 60 dias) após a intervenção. Dos estudos que realizaram o treinamento de empatia com cuidadores de pessoas idosas (Au et al., 2020; Han & Kim, 2021, 2022; Han et al., 2021; Jütten et al., 2018; Narme, 2018; Wijma et al., 2018), Han et al. (2021) realizaram avaliação ao longo do tempo. No entanto, não identificaram efeito do treinamento nessa

habilidade. Avaliar o efeito do treinamento ao longo do tempo é importante para identificar a capacidade que a intervenção tem nas variáveis de desfecho (Llewellyn-Bennett et al., 2016), no caso do atual estudo, a empatia. A realização do follow-up também pode implicar na adesão desse treinamento adaptado para outras populações de cuidadores (e.g. cuidadores de crianças). Vale destacar que os cuidadores avaliaram a satisfação, utilidade e facilidade do treinamento como positivo, o que demonstra a relevância dessa intervenção na díade.

Ainda com relação ao follow-up, Olsen e Oertel (2020) identificaram que a interação simulada entre estudantes da saúde e pacientes foi capaz de aumentar os níveis de empatia ao longo do tempo. Uma das atividades de nossa intervenção foi a simulação, na qual os cuidadores no primeiro momento observaram uma interação (i.e., situações relacionadas a díade) entre dois atores, em que um fez o papel de cuidador e o outro o receptor cuidado (i.e., pessoa idosa); e em um segundo momento, atuavam no lugar do ator cuidador colocando em prática o que foi ensinado no treinamento de empatia. Destacamos que nessa simulação o papel de receptor de cuidado era realizado por uma pessoa idosa. A realização da simulação pode também justificar o aumento dos níveis de empatia ao longo do tempo em nosso estudo. Além disso, uma revisão sistemática constatou que a simulação (i.e., interação entre profissionais e/ou estudante da saúde e paciente) é uma atividade capaz de aumentar os níveis de empatia (Chua et al., 2021).

Diante dos resultados identificados nesse estudo, constatamos o potencial que ele apresenta como estratégia de assistência à saúde e autocuidado para os cuidadores, sejam eles remunerados ou não. No entanto, limitações devem ser apresentadas: a realização da intervenção on-line, uma vez que cuidadores com baixo letramento tecnológico podem ter dificuldade de participar de intervenções nessa modalidade; o treinamento realizado com diferentes profissionais da saúde ministrando as atividades também pode implicar

nos resultados, em especial, nos níveis de empatia. Dessa forma, seria interessante que o mesmo pesquisador ministrasse ambas as atividades (i.e., treinamento empatia e educação em saúde); a maior presença de cuidadores do sexo feminino também pode ter implicado no resultado; a realização do treinamento com diferentes tipos de cuidadores (i.e., cuidadores familiares, cuidadores de instituição de longa permanência e profissionais da saúde) é um fator a ser considerado nas próximas intervenções. No entanto, identificamos que independente do grupo, o treinamento minimizou as consequências psicológicas do cuidado.

Com relação às limitações destacadas acima, estudos anteriores demonstraram que o treinamento on-line apresenta um baixo custo-benefício, além disso, maior adesão por parte dos cuidadores (Sinclair et al., 2015). Treinamentos de empatia têm sido desenvolvidos com cuidadores remunerados e não remunerados e têm identificado resultados satisfatórios (Han & Kim, 2021; 2022). O compartilhamento de experiência é um desses resultados satisfatórios entre cuidadores profissionais (i.e., remunerados) e familiares (i.e., não remunerados). Os cuidadores na sua maioria são indivíduos do sexo feminino, o que possivelmente justifique a maior presença nesse e em outros estudos realizados com cuidadores de pessoas idosas (Au et al., 2015; Borges et al., 2021; Krutter et al., 2020; Liu et al., 2017; Maximiano-Barreto, Luchesi et al., 2022; Maximiano-Barreto, Bomfim et al., 2022). Esse estudo, além das limitações apontadas, pode auxiliar os gestores públicos no planejamento de políticas nos setores da saúde voltadas para os cuidadores de pessoas idosas.

Conclusão

As hipóteses levantadas foram confirmadas em sua totalidade, ou seja, a intervenção diminuiu os escores das preocupações psicológicas (i.e., sobrecarga, impacto

do cuidado, sintomas depressivos), assim como, aumentou ou manteve os níveis da empatia cognitiva ao longo do tempo (i.e., 15, 30 e 60 dias). O treinamento de empatia, com foco no domínio cognitivo, minimizou os impactos negativos do cuidado. Além disso, diante dos conteúdos abordados, foi capaz de proporcionar um autocuidado e melhorar a relação da díade. Por fim, intervenção realizada no modelo remoto (i.e., on-line) possibilitou a inserção de cuidadores de diferentes regiões do Brasil, por exemplo, contribuindo para o conhecimento da diversidade cultural do país e para a troca de experiência entre os cuidadores.

Implicações clínicas

- O treinamento de empatia com foco na empatia cognitiva é uma estratégia eficaz para minimizar os impactos negativo do cuidado.
- A condução de um treinamento realizado de forma remota minimizou as preocupações psicológicas.
- Treinamento de empatia é uma estratégia para minimizar as preocupações psicológicas de cuidadores não remunerados e remunerados.

Considerações finais

Esse estudo realizado no Brasil avalia os efeitos de um treinamento de empatia nas preocupações psicológicas e empatia em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas. Todos os objetivos estabelecidos pelos pesquisadores foram alcançados e demonstrados nos resultados dos artigos apresentados.

Dos dois domínios da empatia, um é preditor (i.e, domínio afetivo) e o outro é protetor (i.e., domínio cognitivo) das preocupações psicológicas em cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas, como constatado no estudo 1. Assim, a empatia, com foco no domínio cognitivo, é uma importante habilidade a ser aprimorada e/ou desenvolvida entre prestadores de cuidado a uma pessoa idosa, e isso pode acontecer por meio de treinamentos desenvolvidos especificamente para este fim. Nessa tese identificamos a partir dos estudos 2 e 3 que o foco da intervenção no domínio cognitivo minimiza os impactos negativos oriundos do cuidado. Além disso, no estudo 3, verificamos que o treinamento também melhora ou mantém os níveis de empatia ao longo do tempo, e que as atividades que envolvem simulação são importantes nesse contexto.

A intervenção desenvolvida pelos pesquisadores foi adaptada para a modalidade remota (i.e., on-line) devido às circunstâncias atípicas enfrentadas em todo o mundo decorrentes da pandemia da COVID-19. Intervenções realizadas on-line têm seus pontos negativos e positivos. Os pontos negativos referem-se a dificuldade que cuidadores com baixo letramento em tecnologia têm de participar da intervenção, além da falta de um aparelho e/ou computador com internet. Quanto aos pontos positivos, podemos destacar a inserção de cuidadores de diferentes regiões do Brasil, com diferentes bagagens culturais e experiências regionais, que possibilitaram a troca de experiência e o apoio social entre os cuidadores.

Concluimos que o treinamento de empatia é mais uma estratégia importante a ser utilizada com cuidadores remunerados e não remunerados de pessoas idosas. Além disso, inserir conteúdos que abordem a empatia nos cursos de cuidadores e instituições de apoio a familiares cuidadores de pessoas idosas é uma boa estratégia para compreensão dessa habilidade com intuito de possibilitar o autocuidado e, conseqüentemente, minimizar os impactos negativos na interação cuidador-receptor do cuidado. É importante que pesquisas futuras busquem desenvolver esse treinamento de forma presencial, e que possam comparar as intervenções no modelo presencial e on-line. Por fim, que essa intervenção seja realizada com diferentes grupos de cuidadores com características específicas (e.g., cuidadores do sexo feminino ou masculino, com ou sem apoio social, entre outros) e assim possamos compreender os diferentes resultados que a intervenção com foco na empatia possa apresentar nesse público.

Referências[§]

[§]American Psychological Association – APA, 7 Edição.

- Abramowitz, A. C., Ginger, E. J., Gollan, J. K. & Smith, M. J. (2014). Empathy, depressive symptoms, and social functioning among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research, 216* (3), 325–332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.028>
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama, 311*(10), 1052-1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Alves, L. C. D. S., Monteiro, D. Q., Bento, S. R., Hayashi, V. D., Pelegrini, L. N. D. C., & Vale, F. A. C. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & neuropsychologia, 13*, 415-421. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040008>
- Au, A. (2015). Developing volunteer-assisted behavioral activation teleprograms to meet the needs of dementia caregivers. *Clinical Gerontologist, 38*, 190–202. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1008118>
- Au, A., Gallagher-Thompson, D., Wong, M. K., Leung, J., Chan, W. C., Chan, C. C., . . . Chan, K. (2015). Behavioral activation for dementia caregivers: Scheduling pleasant events and enhancing communications. *Clinical Interventions in Aging, 10*, 611–619. <https://doi.org/10.2147/CIA.S72348>
- Au, A., Lai, D. W., Biggs, S., Cheng, S. T., Haapala-Biggs, I., Chow, A., & Gallagher-Thompson, D. (2020). Perspective-taking interventions for intergenerational caregivers of Alzheimer’s diseases: A randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice, 30*(3), 306–319. <https://doi.org/10.1177/1049731519864165>
- Aupperle, R. L., Allard, C. B., Grimes, E. M., Simmons, A. N., Flagan, T., Behrooznia, M., ... & Stein, M. B. (2012). Dorsolateral prefrontal cortex activation during

- emotional anticipation and neuropsychological performance in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 69 (4), 360–371. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1539>
- Balderston, N. L., Beydler, E. M., Roberts, C., Deng, Z. D., Radman, T., Lago, T., ... & Grillon, C. (2020). Mechanistic link between right prefrontal cortical activity and anxious arousal revealed using transcranial magnetic stimulation in healthy subjects. *Neuropsychopharmacology*, 45 (4), 694–702. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0583-5>
- Batson, C. D., Lishner, D. A., Stocks, E. L. (2015). The empathy—Altruism hypothesis. In Schroeder, D. A., Graziano, W. G., Schroeder, D. A., Graziano, W. G. (Eds.), *The Oxford Handbook of Prosocial Behavior* (pp. 259–281). New York, NY: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195399813.013.023>
- Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Academic Medicine*, 88(8), 1171-1177. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3>
- Beadle, J. N., Paradiso, S., Kovach, C., Polgreen, L., Denburg, N. L. & Tranel, D. (2012). Effects of age-related differences in empathy on social economic decision-making. *International Psychogeriatrics*, 24 (5), 822–833. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002547>
- Beadle, J. N., Sheehan, A. H., Dahlben, B. & Gutchess, A. H. (2015). Aging, empathy, and prosociality. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70 (2), 213-222. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt091>

- Beadle, J., Vega, C. & Heller, A. (2018). Caregiving, empathy, and prosocial behavior. *Innovation in Aging*, 2 (Suppl 1), 480. <https://doi.org/10.1093/geroni/igy023.1791>
- Bearman, M., Palermo, C., Allen, L. M., & Williams, B. (2015). Learning empathy through simulation: a systematic literature review. *Simulation in Healthcare*, 10(5), 308–319. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000113>
- Bennik, E. C., Jeronimus, B. F. & Aan Het Rot, M. (2019). The relation between empathy and depressive symptoms in a Dutch population sample. *Journal of Affective Disorders*, 242, 48–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.008>
- Berkhout, T. E., & Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of counseling psychology*, 63(1), 32-41. <https://doi.org/10.1037/cou0000093>
- Bianchi, M., Flesch, L. D., Alves, E. V. D. C., Batistoni, S. S. T., & Neri, A. L. (2016). Zarit burden interview psychometric indicators applied in older people caregivers of other elderly. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1379.2835>
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S. & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66 (6), 1334–1345. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.019>
- Blanca, M. J. M., Alarcón Postigo, R., Arnau Gras, J., Bono Cabré, R., & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option?. *Psicothema*, 2017, vol. 29, num. 4, p. 552-557. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.383>

- Blix, E., Perski, A., Berglund, H. & Savic, I. (2013). Long-term occupational stress is associated with regional reductions in brain tissue volumes. *PLoS One*, 8 (6), 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064065>
- Borges, M. M., Bomfim, A. J. L., Chagas, M. H. N. (2021). Depression and empathy in health professionals who work in the long-term care institutions for older adults. *Dementia e Neuropsychologia*, 15 (3), 381–386. <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-030011>
- Bouchard, S., Bernier, F., Boivin, E., Dumoulin, S., Laforest, M., Guitard, T., ... & Renaud, P. (2013). Empathy toward virtual humans depicting a known or unknown person expressing pain. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16 (1), 61–71. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.1571>
- Boufkhed, S., Yurduşen, S., Alarjeh, G., Ahmed, F., Alrjoub, W., Guo, P., ... & Harding, R. (2023). Concerns and priority outcomes for children with advanced cancer and their families in the Middle East: A cross-national qualitative study. *Frontiers in oncology*, 13, 1-11. <http://dx.doi.org/10.3389/fonc.2023.1120990>
- Brasil, Características gerais dos moradores 2020-2021. (2022). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. <https://static.poder360.com.br/2022/07/populacao-ibge-2021-22jul2022.pdf>
- Brown, E. L., Agronin, M. E., & Stein, J. R. (2020). Interventions to enhance empathy and person-centered care for individuals with dementia: a systematic review. *Research in Gerontological Nursing*, 13(3), 158–168. <https://doi.org/10.3928/19404921-20191028-01>

- Brunero, S., Lamont, S., & Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(1), 65–74. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x>
- Chen, L. K. (2010). Population ageing is a global phenomenon, which affects both Taiwan and China. Preface. *Ageing Research Reviews*, 9, S1-S1. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2010.04.006>
- Chen, Y., & Xu, Y. (2021). Exploring the effect of social support and empathy on user engagement in online mental health communities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136855>
- Chen, Y., Ye, H., Liu, C. & Li, Q. (2019). The Neural Basis of Human Prosocial Behavior. *Frontiers in Psychology*, 10, 1–3. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02058>
- Cheng, Q., Xu, B., Ng, M. S., Duan, Y., & So, W. K. (2021). Effectiveness of psychoeducational interventions among caregivers of patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 127, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104162>
- Cheng, S. T., Li, K. K., Losada, A., Zhang, F., Au, A., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2020). The effectiveness of nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychology and Aging*, 35(1), 55–77. <https://doi.org/10.1037/pag0000401>
- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International nursing review*, 62(3), 340–350. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>

- Chua, J. Y. X., Ang, E., Lau, S. T. L., & Shorey, S. (2021). Effectiveness of simulation-based interventions at improving empathy among healthcare students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, *104*, 1-11 <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105000>.
- Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International journal of geriatric psychiatry*, *17*(2), 184-188. <https://doi.org/10.1002/gps.561>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York, NY: Routledge Academic. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Crimmins, E. M. (2015). Lifespan and healthspan: past, present, and promise. *The Gerontologist*, *55*(6), 901-911. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv130>
- Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., & Meneghini, A. M. (2012). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(13-14), 2016–2025. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x>
- Cusi, A. M., MacQueen, G. M., Spreng, R. N. & McKinnon, M. C. (2011). Altered empathic responding in major depressive disorder: relation to symptom severity, illness burden, and psychosocial outcome. *Psychiatry Research*, *188* (2), 231–236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.013>
- Davis M.H. (2006) Empathy. In: Stets J.E., Turner J.H. (eds) *Handbook of the Sociology of Emotions*. Handbooks of Sociology and Social Research. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-0-387-30715-2_20
- Davis, M. H. (1980). *Individual differences in empathy: A multidimensional approach* (Doctoral dissertation, University of Texas at Austin), University of Texas at Austin, Austin.

- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, M. H. (2015). Empathy and prosocial behavior. In D. A. Schroeder & W. G. Graziano (Eds.), *The Oxford Handbook of Prosocial Behavior* (pp. 282–306). New York, NY: Oxford University Press.
- Decety, J. & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3 (2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Decety, J., Bartal, I. B. A., Uzefovsky, F. & Knafo-Noam, A. (2016). Empathy as a driver of prosocial behaviour: highly conserved neurobehavioural mechanisms across species. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371 (1686), 1–11. <https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0077>
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76–e84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
- Derntl, B., Finkelmeyer, A., Eickhoff, S., Kellermann, T., Falkenberg, D. I., Schneider, F. & Habel, U. (2010). Multidimensional assessment of empathic abilities: neural correlates and gender differences. *Psychoneuroendocrinology*, 35 (1), 67–82. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.10.006>
- Dong, X., Milholland, B., & Vijg, J. (2016). Evidence for a limit to human lifespan. *Nature*, 538(7624), 257–259. <https://doi.org/10.1038/nature19793>
- Döpfner, M. (1989). Soziale Informationsverarbeitung: Ein Beitrag zur Differenzierung sozialer Inkompetenzen. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie/German*

- Journal of Educational Psychology*. 38 (1), 9–16.
<https://doi.org/10.1007/s11618-002-0004-z>
- Doraiswamy, S., Abraham, A., Mamtani, R., & Cheema, S. (2020). Use of telehealth during the COVID-19 pandemic: scoping review. *Journal of medical Internet research*, 22(12), 1-15. <https://doi.org/10.2196/24087>
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (Eds.). (1990). *Empathy and its development*. Cambridge University Press, CUP Archive.
- Fernández-Carrasco, F. J., Molina-Yanes, E. M., Antúnez-Calvente, I., Rodríguez-Díaz, L., Riesco-González, F. J., Gómez-Salgado, J., ... & Vázquez-Lara, J. M. (2022, December). Quality of Life and Anxiety Levels in Latin American Immigrants as Caregivers of Older Adults in Spain. *Healthcare* 10 (12), 1-15. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122342>
- Gaigher, J. M., Lacerda, I. B., & Dourado, M. C. N. (2022). Dementia and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.879598>
- Gallagher-Thompson, D., Tzuang, Y. M., Au, A., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., . . . Shyu, Y. I. (2012). International perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers: A review. *Clinical Gerontologist*, 35, 316–355. <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.678190>
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Wnuk, A., Oleksy, T., Cudo, A., ... & Maison, D. (2021). Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Comprehensive Psychiatry*, 105, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>

- Georgi, E., Petermann, F., & Schipper, M. (2014). Are empathic abilities learnable? Implications for social neuroscientific research from psychometric assessments. *Social Neuroscience*, 9(1), 74–81. <https://doi.org/10.1080/17470919.2013.855253>
- Gholamzadeh, S., Khastavaneh, M., Khademian, Z., & Ghadakpour, S. (2018). The effects of empathy skills training on nursing students' empathy and attitudes toward elderly people. *BMC Medical Education*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1297-9>
- Globerman, J. (1994). Balancing tensions in families with Alzheimer's disease: The self and the family. *Journal of Aging Studies*, 8(2), 211-232. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(05\)80007-6](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(05)80007-6)
- Gray, R. S., Hahn, L., Thapsuwan, S., & Thongcharoenchupong, N. (2016). Strength and stress: Positive and negative impacts on caregivers for older adults in Thailand. *Australasian Journal on Ageing*, 35(2), 7–12. <https://doi.org/10.1111/ajag.12266>
- Han, A. & Kim, T. H. (2020/2022). A Quasi-experimental Study Measuring the Effectiveness of Two Empathy Enhancement Programs on Caregivers Working with Older Adults Living Alone. *Clinical Gerontologist*, 45(5), 1–10. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1731639>
- Han, A., & Kim, T. H. (2021). A Simulation-Based Empathy Enhancement Program for Non-Medical Care Providers of Older Adults: A Mixed-Methods Study. *Psychiatry Investigation*, 18(2), 132–139. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0290>
- Han, A., Kim, T. H., & Hong, H. (2020). Experiences of caregivers of people with dementia in a Korean dementia simulation program. *Dementia*, 19(7), 2415-2429. <https://doi.org/10.1177/1471301218823453>

- Han, A., Kim, T. H., & Hong, H. (2021). A factorial randomized controlled trial to examine separate and combined effects of a simulation-based empathy enhancement program and a lecture-based education program on family caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health, 25*(10), 1930–1940. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1768214>
- Hatfield, E. R. L., Rapson, Y.L. (2009). Le Emotional contagion and empathy. In Decety, J. Ickes, W. (Eds.). *The social neuroscience of empathy*, (pp. 19–30). MIT Press, Boston, MA.
- Hattink, B. J., Meiland, F. J., Campman, C. A., Rietsema, J., Sitskoorn, M., & Dröes, R. M. (2015). Experiencing dementia: evaluation of into d’mentia. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 46*, 262-281. <https://doi.org/10.1007/s12439-015-0130-8>
- Hazzan, A. A., Dauenhauer, J., Follansbee, P., Hazzan, J. O., Allen, K., & Omobepade, I. (2022). Family caregiver quality of life and the care provided to older people living with dementia: Qualitative analyses of caregiver interviews. *BMC geriatrics, 22*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02787-0>
- Hou, F., Bi, F., Jiao, R., Luo, D. & Song, K. (2020). Gender differences of depression and anxiety among social media users during the COVID-19 outbreak in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 20* (1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09738-7>
- Hoy, D., Brooks, P., Woolf, A., Blyth, F., March, L., Bain, C., ... & Buchbinder, R. (2012). Assessing risk of bias in prevalence studies: modification of an existing tool and evidence of interrater agreement. *Journal of Clinical Epidemiology, 65* (9), 934–939. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.11.014>

- Hua, A. Y., Wells, J. L., Brown, C. L. & Levenson, R. W. (2021). Emotional and Cognitive Empathy in Caregivers of People With Neurodegenerative Disease: Relationships With Caregiver Mental Health. *Clinical Psychological Science*, 9 (3), 449–466. <https://doi.org/10.1177/2167702620974368>
- Ierardi, E., Bottini, M., & Riva Crugnola, C. (2022). Effectiveness of an online versus face-to-face psychodynamic counselling intervention for university students before and during the COVID-19 period. *BMC Psychology*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00742-7>
- Ironside, M., Browning, M., Ansari, T. L., Harvey, C. J., Sekyi-Djan, M. N., Bishop, S. J., ... & O'Shea, J. (2019). Effect of prefrontal cortex stimulation on regulation of amygdala response to threat in individuals with trait anxiety: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76 (1), 71–78. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2172>
- Jütten, L. H., Mark, R. E. & Sitskoorn, M. M. (2019). Empathy in informal dementia caregivers and its relationship with depression, anxiety, and burden. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19 (1), 12–21. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.07.004>
- Jütten, L. H., Mark, R. E., & Sitskoorn, M. M. (2018). Can the mixed virtual reality simulator into d'ementia enhance empathy and understanding and decrease burden in informal dementia caregivers?. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 8(3), 453–466. <https://doi.org/10.1159/000494660>.
- Jütten, L. H., Mark, R. E., Janssen, B. W. J. M., Rietsema, J., Dröes, R. M., & Sitskoorn, M. M. (2017). Testing the effectivity of the mixed virtual reality training Into D'ementia for informal caregivers of people with dementia: protocol for a

- longitudinal, quasi-experimental study. *BMJ open*, 7(8), 1-10.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015702>
- Kalanlar, B., & Kuru Alici, N. (2020). The effect of care burden on formal caregiver's quality of work life: a mixed-methods study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1001-1009. <https://doi.org/10.1111/scs.12808>
- Kawamoto, A., Youn, S. J., Bartholomew, T. T., Castonguay, L. G., & Locke, B. D. (2018). Inter-and intra-group differences in psychological concerns among international students. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(2), 186-204.
<http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2016.1274962>
- Kazanowski, M. K., & Bennett, L. A. (2013). Engendering empathy in baccalaureate nursing students. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 456-464.
- Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K. A., & Motalebi, S. A. (2021). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. *BMC psychology*, 9(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00556-z>
- Ko, J. B., Kong, Y. K., Choi, K. H., Lee, C. K., Keum, H. J., Hong, J. S., & Won, B. H. (2023). Comparison of the Physical Care Burden on Formal Caregivers between Manual Human Care Using a Paper Diaper and Robot-Aided Care in Excretion Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021281>
- Koller, S. H., & Camino, C. (2001). Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 18(3), 43-53.
<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2001000300004>
- Krutter, S., Schaffler-Schaden, D., Essl-Maurer, R., Wurm, L., Seymer, A., Kriechmayr, C., Mann, E., Osterbrink, J., & Flamm, M. (2020). Comparing perspectives of family caregivers and healthcare professionals regarding caregiver burden in

- dementia care: results of a mixed methods study in a rural setting. *Age and ageing*, 49(2), 199–207. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz165>
- Lauritzen, J., Pedersen, P. U., Sørensen, E. E., & Bjerrum, M. B. (2015). The meaningfulness of participating in support groups for informal caregivers of older adults with dementia: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, 13(6), 373–433. <https://doi.org/10.11124/01938924-201513060-00018>
- Lee, H. S., Brennan, P. F. & Daly, B. J. (2001). Relationship of empathy to appraisal, depression, life satisfaction, and physical health in informal caregivers of older adults. *Research in Nursing & Health*, 24 (1), 44–56. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200102\)24:1<44::aid-nur1006>3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200102)24:1<44::aid-nur1006>3.0.co;2-s)
- Lee, K., Han, A. & Kim, T. H. (2021). Effectiveness of Simulation-Based Empathy Enhancement Program for Caregivers (SEE-C) Evaluated by Older Adults Receiving Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (15), 1–9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157802>
- Li, J. & Song Y. (2019). Formal and Informal Care. In: Gu D., Dupre M. (eds) *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Cham: Springer International Publishing. (pp. 1–8). https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_847-1
- Liang, X., Guo, Q., Luo, J., Li, F., Ding, D., Zhao, Q. & Hong, Z. (2016). Anxiety and depression symptoms among caregivers of care-recipients with subjective cognitive decline and cognitive impairment. *BMC Neurology*, 16 (1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12883-016-0712-2>
- Liu, Z., Chen, Q. L., & Sun, Y. Y. (2017). Mindfulness training for psychological stress in family caregivers of persons with dementia: a systematic review and meta-

- analysis of randomized controlled trials. *Clinical interventions in aging*, 12, 1521–1529. <https://doi.org/10.2147/CIA.S146213>
- Llewellyn-Bennett, R., Bowman, L., & Bulbulia, R. (2016). Post-trial follow-up methodology in large randomized controlled trials: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0393-3>
- Lloyd, J., Patterson, T., & Muers, J. (2016). The positive aspects of caregiving in dementia: A critical review of the qualitative literature. *Dementia*, 15(6), 1534–1561. <https://doi.org/10.1177/1471301214564792>
- Lockwood, P. L., Seara-Cardoso, A. & Viding, E. (2014). Emotion regulation moderates the association between empathy and prosocial behavior. *PloS One*, 9 (5), 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096555>
- Maggi, E., Patterson, N. E., & Montagna, C. (2016). Technological advances in precision medicine and drug development. *Expert review of precision medicine and drug development*, 1(3), 331-343. <https://doi.org/10.1080/23808993.2016.1176527>
- Maghsud, A. M., Abazari, F., Miri, S., & Sadat Nematollahi, M. (2020). The effectiveness of empathy training on the empathy abilities of nurses working in intensive care units. *Journal of Research in Nursing*, 25(8), 722–731. <https://doi.org/10.1177/1744987120902827>
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23-26. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
- Martínez, J. P., Méndez, I. & García-Sevilla, J. (2015). Burnout y empatía en cuidadores profesionales de personas mayores. *European Journal of Investigation in Health*,

- Psychology and Education*, 5 (3), 325–333.
<https://doi.org/10.30552/ejihpe.v5i3.135>
- Martins, G., Corrêa, L., Caparrol, A. J. D. S., Santos, P. T. A. D., Brugnera, L. M., & Gratão, A. C. M. (2019). Sociodemographic and health characteristics of formal and informal caregivers of elderly people with Alzheimer's Disease. *Escola Anna Nery*, 23(2), 1-10. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0327>
- Mathers, C. D., Stevens, G. A., Boerma, T., White, R. A., & Tobias, M. I. (2015). Causes of international increases in older age life expectancy. *The Lancet*, 385(9967), 540-548. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60569-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60569-9)
- Maximiano-Barreto, M. A., Alves, L. C. D. S., Monteiro, D. Q., Gratão, A. C. M., Pavarini, S. C. I., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. N. (2022). Cultural factors associated with burden in unpaid caregivers of older adults: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 0, 1–14.
<https://doi.org/10.1111/hsc.14003>
- Maximiano-Barreto, M. A., Bomfim, A. J. D. L., Borges, M. M., Moura, A. B., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. N. (2021). Recognition of facial expressions of emotion and depressive symptoms among caregivers with different levels of empathy. *Clinical Gerontologist*, 0, 1–8.
<https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1937426>
- Maximiano-Barreto, M. A., Fabrício, D. D. M., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. (2020). Factors associated with levels of empathy among students and professionals in the health field: a systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42, 207–215. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0035>
- Maximiano-Barreto, M. A., Fabrício, D. D. M., Moura, A. B., Brito, T. R. P. D., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. N. (2022). Relationship of burden with depressive

- symptoms, mental disorders and older adults' functional dependence: A study with paid and unpaid caregivers in Brazil. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), e1785-e1793. <https://doi.org/10.1111/hsc.13607>
- Maximiano-Barreto, M. A., Fabrício, D. M., Bomfim, A. J. D. L., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. N. (2022). Psychological Concerns Associated with Empathy in Paid and Unpaid Caregivers of Older People: A Systematic Review. *Clinical Gerontologist*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2090879>
- Maximiano-Barreto, M. A., Fabrício, D. M., Moura, A. B., Brito, T. R. P., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. N. (2021). Relationship of burden with depressive symptoms, mental disorders and older adults' functional dependence: A study with paid and unpaid caregivers in Brazil, *Health & Social Care in the Community*. 1–9. <https://doi.org/10.1111/HSC.13607>
- Maximiano-Barreto, M. A., Luchesi, B. M., Moura, A. B., Pavarini, S. C. I., & Chagas, M. H. N. (2021). What factors are associated with affective and cognitive empathy in informal and formal caregivers of older people?. *Australasian Journal on Ageing*, 41(1), 50–58. <https://doi.org/10.1111/ajag.12959>
- Maximiano-Barreto, M. A., Ottaviani, A. C., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. N. (2022). Empathy Training for Caregivers of Older People: A Systematic Review. *Clinical Gerontologist*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2127390>
- McCutcheon, K., Lohan, M., Traynor, M., & Martin, D. (2015). A systematic review evaluating the impact of online or blended learning vs. face-to-face learning of clinical abilities in undergraduate nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 255–270. <https://doi.org/10.1111/jan.12509>.

- Mehta, K. K. (2005). Stress among family caregivers of older persons in Singapore. *Journal of cross-cultural gerontology*, 20, 319-334. <https://doi.org/10.1007/s10823-006-9009-z>
- Melo, A. S., da Penha Sobral, A. I. G., Marinho, M. L. M., Duarte, G. B., Vieira, A. A., & Sobral, M. F. F. (2021). The impact of social distancing on COVID-19 infections and deaths. *Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines*, 7(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40794-021-00137-3>
- Mercer, S. W. & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(Suppl), 9–12. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12389763/>
- Miklikowska, M., Duriez, B. & Soenens, B. (2011). Family roots of empathy-related characteristics: The role of perceived maternal and paternal need support in adolescence. *Developmental Psychology*, 47, 1342–1352. <https://doi.org/10.1037/a0024726>
- Monteiro, A. M. F., Santos, R. L., Kimura, N., Baptista, M. A. T., & Dourado, M. C. N. (2018). Coping strategies among caregivers of people with Alzheimer disease: a systematic review. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 40, 258–268. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0065>
- Narme, P. (2018). Épuisement professionnel des soignants en Ehpad: rôle de l'empathie et de la formation. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 16 (2), 215–222. <https://doi.org/10.1684/pnv.2018.0735>
- Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., Climent-Rodríguez, J. A. & Gómez-Salgado, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 33, 268-271. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>

- Neri, A. L. (Org.). (2006). *Cuidador de idoso no contexto família: questões psicológicas e culturais*. 2ed. Campinas: Alínea.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Lewis, T. B. & Stiver, D. J. (2011). Empathy-based pathogenic guilt, pathological altruism, and psychopathology. In: Oakley B, Knafo A, Madhavan G, Wilson DS (Eds), *Pathological altruism* (pp. 10–30). New York, NY US: Oxford University Press.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Lewis, T., Mulherin, K., & Crisostomo, P. S. (2007). Empathy and depression: the moral system on overdrive. In Farrow, T. F. D., & Woodruff, P. W. R. (Eds.), *Empathy in Mental Illness*, Cambridge University Press, Cambridge,
- Oliveira, N. A. D., Souza, É. N., Luchesi, B. M., Inouye, K., & Pavarini, S. C. I. (2017). Stress and optimism of elderlies who are caregivers for elderlies and live with children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 697-703. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0088>
- Olsen, J.K., Oertel, C. (2020). Supporting Empathy Training Through Virtual *Patients*. In: Bittencourt, I., Cukurova, M., Muldner, K., Luckin, R., Millán, E. (eds) *Artificial Intelligence in Education*. AIED 2020. Lecture Notes in Computer Science, vol 12164. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-52240-7_43
- Osório, F. L., Vilela Mendes, A., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 216-227. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>

- Özcan, N. K., Bilgin, H., & Eracar, N. (2011). The use of expressive methods for developing empathic abilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(2), 131–136. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.534575>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Research Methods and Reporting*, 372 (71), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pallant, J. F., & Reid, C. (2014). Measuring the positive and negative aspects of the caring role in community versus aged care setting. *Australasian Journal on Ageing*, 33(4), 244-249. <https://doi.org/10.1111/ajag.12046>
- Panyavin, I., Trujillo, M. A., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Perrin, P. B., ... & Arango-Lasprilla, J. C. (2015). Examining the influence of family dynamics on quality of care by informal caregivers of patients with Alzheimer's dementia in Argentina. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(6), 613–621. <https://doi.org/10.1177/1533317515577129>
- Park, K. H., Kim, D. H., Kim, S. K., Yi, Y. H., Jeong, J. H., Chae, J., ... & Roh, H. (2015). The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *International Journal of Medical Education*, 6, 103-108. <https://doi.org/10.5116/ijme.55e6.0d44>
- Parker Oliver, D., Patil, S., Benson, J. J., Gage, A., Washington, K., Kruse, R. L., & Demiris, G. (2017). The effect of internet group support for caregivers on social support, self-efficacy, and caregiver burden: a meta-analysis. *Telemedicine and e-Health*, 23(8), 621-629. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0183>
- Pavarini, S. C. I., Neri, A. L., Brígola, A. G., Ottaviani, A. C., Souza, É. N., Rossetti, E. S., ... & Luchesi, B. M. (2017). Elderly caregivers living in urban, rural and high

- social vulnerability contexts. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, 1-7.
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016040103254>
- Pavarini, S. C. I., Ottaviani, A. C., Bregola, A. G., Fraga, F. J., Chagas, M. H. N., de Oliveira, N. A., & de Brito, T. R. P. (2021). Association between perceived social support and better cognitive performance among caregivers and non-caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74, 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0329>
- Piersol, C. V., Canton, K., Connor, S. E., Giller, I., Lipman, S., & Sager, S. (2017). Effectiveness of interventions for caregivers of people with Alzheimer's disease and related major neurocognitive disorders: A systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 7105180020p1–7105180020p10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.027581>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577–595.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *The journals of Gerontology series B: Psychological sciences and social sciences*, 62(2), P126-P137. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.P126>
- Pleasant, M., Molinari, V., Dobbs, D., Meng, H., & Hyer, K. (2020). Effectiveness of online dementia caregivers training programs: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 41(6), 921–935. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.07.004>
- Pomponi, M., Ricciardi, L., La Torre, G., Fusco, D., Morabito, B., Ricciardi, D., ... & Bentivoglio, A. R. (2016). Patient's loss of empathy is associated with caregiver burden. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204 (9), 717–722. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000568>

- Powell, P. A. (2018). Individual differences in emotion regulation moderate the associations between empathy and affective distress. *Motivation and Emotion*, 42 (4), 602–613. <https://doi.org/10.1007/s11031-018-9684-4>
- Queluz, F. N. F. R., Barham, E. J., Del Prette, Z. A. P., Fontaine, A. M. G. V., & Olaz, F. O. (2017). Social Skills Inventory for Caregivers of Elderly People (IHS CI): Evidence of validity. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 78-86. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1601.09>.
- Queluz, F. N. F. R., Barham, E. J., Prette, Z. A. P. D., & Santos, A. A. A. D. (2018). Social Skills Inventory for Caregivers of Elderly Family Members (SSI-CE): Relations with Indicators of Psychological Wellbeing. *Trends in Psychology*, 26, 537-564. <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-01Pt>
- Raposa, E. B., Laws, H. B. & Ansell, E. B. (2016). Prosocial behavior mitigates the negative effects of stress in everyday life. *Clinical Psychological Science*, 4 (4), 691–698. <https://doi.org/10.1177/2167702615611073>
- Riecher-Rössler, A. (2017). Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4 (1), 8-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30348-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30348-0)
- Ringer, T., Hazzan, A. A., Agarwal, A., Mutsaers, A. & Papaioannou, A. (2017). Relationship between family caregiver burden and physical frailty in older adults without dementia: a systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0447-1>
- Sampaio, L. R. & de Oliveira, L. C. (2020). Empathy, depression, anxiety and stress in Brazilian Health Professionals. *Ciências Psicológicas*, 14 (2), 49–64. <https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2215>
- Santos-Orlandi, A. A. D., Brigola, A. G., Ottaviani, A. C., Luchesi, B. M., Souza, É. N., Moura, F. G. D., ... & Pavarini, S. C. I. (2019). Elderly caregivers of the elderly:

- frailty, loneliness and depressive symptoms. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 88-96. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0137>
- Scazufca, M. (2002). Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24, 12–17. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>
- Schreiter, S., Pijnenborg, G. H. M. & Aan Het Rot, M. (2013). Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 150 (1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.009>
- Schulz, R., Eden, J., & Committee on Family Caregiving for Older Adults, Board on Health Care Services, Health and Medicine Division, & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016a). Older adults who need caregiving and the familycaregivers who help them. In *Families Caring for an Aging America* (pp. 43–72). Washington, DC: National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/23606>
- Schulz, R., Eden, J., & Committee on Family Caregiving for Older Adults, Board on Health Care Services, Health and Medicine Division, & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016b). Family caregiving roles and impacts. In *Families Caring for an Aging America* (pp. 73–122). Washington, DC: National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/23606>
- Shamay-Tsoory, S. G. (2011). The neural bases for empathy. *The Neuroscientist*, 17 (1), 18–24. <https://doi.org/10.1177/1073858410379268>
- Shamay-Tsoory, S. G., Abu-Akel, A., Palgi, S., Sulieman, R., Fischer-Shofty, M., Levkovitz, Y. & Decety, J. (2013). Giving peace a chance: oxytocin increases empathy to pain in the context of the Israeli–Palestinian conflict.

- Psychoneuroendocrinology*, 383 (12), 139–3144.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.015>
- Shapiro, L., & Losick, R. (2021). Delivering the message: How a novel technology enabled the rapid development of effective vaccines. *Cell*, 184(21), 5271–5274.
<https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.08.019>
- Shim, B., Barroso, J., & Davis, L. L. (2012). A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: Negative, ambivalent, and positive experiences. *International journal of nursing studies*, 49(2), 220–229.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.003>
- Shin, L. M. & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35 (1), 169–191.
<https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>
- Sinclair, P., Kable, A., & Levett-Jones, T. (2015). The effectiveness of internet-based e-learning on clinician behavior and patient outcomes: a systematic review protocol. *JBIC Evidence Synthesis*, 13(1), 52–64. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1919>
- Singer, T. & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24 (18), 875–878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Sliz, D. & Hayley, S. (2012). Major depressive disorder and alterations in insular cortical activity: a review of current functional magnetic imaging research. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00323>
- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D., & Pinquart, M. (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *The Lancet Neurology*, 5(11), 961–973. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(06\)70599-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70599-3)

- Stall, N. M., Campbell, A., Reddy, M. & Rochon, P. A. (2019). Words Matter: The Language of Family Caregiving. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67 (10), 2008–2010. <https://doi.org/10.1111/jgs.15988>
- Stel, M., Van Baaren, R. B. & Vonk, R. (2008). Effects of mimicking: Acting prosocially by being emotionally moved. *European Journal of Social Psychology*, 38 (6), 965–976. <https://doi.org/10.1002/ejsp.472>
- Sun, B., Luo, Z., Zhang, W., Li, W., & Li, X. (2018). Age-related differences in affective and cognitive empathy: Self-report and performance-based evidence. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 25(5), 655-672. <https://doi.org/10.1080/13825585.2017.1360835>
- Sutter, M., Perrin, P. B., Chang, Y. P., Hoyos, G. R., Buraye, J. A. & Arango-Lasprilla, J. C. (2014). Linking family dynamics and the mental health of Colombian dementia caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 29 (1), 67–75. <https://doi.org/10.1177/1533317513505128>
- Sze, J. A., Gyurak, A., Goodkind, M. S. & Levenson, R. W. (2012). Greater emotional empathy and prosocial behavior in late life. *Emotion*, 12 (5), 1129–1140. <https://doi.org/10.1037/a0025011>
- Teahan, A., Lafferty, A., McAuliffe, E., Phelan, A., O’Sullivan, L., O’Shea, D., Nicholson, E., & Fealy, G. (2020). Psychosocial interventions for family carers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Aging and Health*, 32(9), 1198–1213. <https://doi.org/10.1177/089826431989979>
- Terassi, M., Rossetti, E. S., Luchesi, B. M., Gramani-Say, K., Hortense, P. & Pavarini, S. C. I. (2020). Factors associated with depressive symptoms in elderly caregivers with chronic pain. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (1), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0782>

- Thompson, N. M., Van Reekum, C. M., & Chakrabarti, B. (2022). Cognitive and affective empathy relate differentially to emotion regulation. *Affective Science*, 3(1), 118-134. <https://doi.org/10.1007/s42761-021-00062-w>
- Tully, E. C., Ames, A. M., Garcia, S. E., & Donohue, M. R. (2016). Quadratic associations between empathy and depression as moderated by emotion dysregulation. *The Journal of Psychology*, 150(1), 15–35. <https://doi.org/10.1080/00223980.2014.992382>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights* (ST/ESA/SER.A/430). Retrieved from <https://digitallibrary.un.org/record/3846855>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). *World Population Ageing 2020: Highlights* (ST/ESA/SER.A/430). Retrieved from <https://digitallibrary.un.org/record/3898412?ln=en>
- Valer, D. B., Aires, M., Fengler, F. L., & Paskulin, L. M. G. (2015). Adaptation and validation of the Caregiver Burden Inventory for use with caregivers of elderly individuals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 130-138. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3357.2534>
- Van Lissa, C. J., Hawk, S. T., Branje, S., Koot, H. M. & Meeus, W. H. J. (2016). Common and unique associations of adolescents' affective and cognitive empathy development with conflict behavior towards parents. *Journal of Adolescence*, 47, 60–70. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.12.005>
- Varma, P., Junge, M., Meaklim, H. & Jackson, M. L. (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>

- Wahjudi, J. W., Findyartini, A. & Kaligis, F. (2019). The relationship between empathy and stress: a cross-sectional study among undergraduate medical students. *Korean Journal of Medical Education*, 31 (3), 215–226. <https://doi.org/10.3946/kjme.2019.132>
- Wahyuni, R. & Dimiyati. (2019). Empathy as a Predictor of Prosocial Behavior of Nurses in the Special Region of Yogyakarta. In *3rd International Conference on Current Issues in Education (ICCIE 2018)* (pp. 436–440). Atlantis Press. <https://doi.org/10.2991/iccie-18.2019.76>
- Wamble, D. E., Ciarametaro, M., & Dubois, R. (2019). The effect of medical technology innovations on patient outcomes, 1990-2015: results of a physician survey. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 25(1), 66-71. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2018.18083>
- Whitlatch, C. J., & Orsulic-Jeras, S. (2018). Meeting the informational, educational, and psychosocial support needs of persons living with dementia and their family caregivers. *The Gerontologist*, 58, 58–73. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx162>
- Wijma, E. M., Veerbeek, M. A., Prins, M., Pot, A. M., & Willemse, B. M. (2018). A virtual reality intervention to improve the understanding and empathy for people with dementia in informal caregivers: results of a pilot study. *Aging & Mental Health*, 22(9), 1121–1129. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348470>
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L. & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout research*, 6, 18–29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
- World Health Organization - WHO. (2020b). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 16 March 2020*. Retrieved from

- <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>
- World Health Organization - WHO. (2020a). *World Health Assembly, 73: Decade of healthy ageing: the global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life: report by the Director-General*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/355618>
- World Health Organization - WHO. (2022). *Noncommunicable Diseases: Progress Monitor 2022*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761>
- World Health Organization. (2018). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Wünderlich, M., Schwartz, C., Feige, B., Lemper, D., Nissen, C., & Voderholzer, U. (2017). Empathy training in medical students—a randomized controlled trial. *Medical teacher, 39*(10), 1096-1098. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1355451>
- Xu, X. Y., Kwan, R. Y. C., & Leung, A. Y. M. (2020). Behavioural activation for family dementia caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing, 41*(5), 544–552. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.02.003>
- Yuguero, O., Forné, C., Esquerda, M., Pifarré, J., Abadías, M. J. & Viñas, J. (2017). Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine, 96* (37), 1–7. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008030>
- Ze, O., Thoma, P., & Suchan, B. (2014). Cognitive and affective empathy in younger and older individuals. *Aging & mental health, 18*(7), 929-935. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.899973>

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA / PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

EFEITOS DE UM TREINAMENTO DE EMPATIA NOS NÍVEIS DE
SOBRECARGA EM CUIDADORES DE IDOSOS

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**Efeitos de um treinamento de empatia nos níveis de sobrecarga em cuidadores de idosos**” pelos pesquisadores: Marcos Hortes Nisihara Chagas (contato: (16) 98145-2367/setroh@hotmail.com), Bruna Moretti Luchesi (contato: (16) 99118-6518/bruna_luchesi@yahoo.com.br), Madson Alan Maximiano-Barreto (contato: (82) 99920-8149/ mmaximianopsi@gmail.com).

O objetivo e justificativa: Esse estudo tem como objetivo analisar o efeito do treinamento de empatia nos níveis de sobrecarga de cuidadores de idosos. A empatia é uma habilidade importante para interação entre os indivíduos. Visto que essa habilidade é composta por dois principais domínios (afetiva e cognitiva). Estudos realizados com cuidadores de idosos tem demonstrado que o alto nível de empatia afetiva tem apresentado uma relação com prejuízos psicológicos (sobrecarga, depressão). Dessa forma, há importância do treinamento de empatia com intuito de diminuir os níveis de sobrecarga entre os cuidadores. 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 realizada totalmente *on-line* e é composta por sete questionários, o (a) senhor (a) responderá questionários no *Google Forms* que avaliarão seu nível de empatia, nível de sobrecarga, sua relação com o trabalho e perguntas sobre seus sentimentos e emoções. Além disso, participará de cinco encontros através do *Google Meet* com duração de 2 horas cada. 1) Os pesquisadores farão uma introdução sobre o projeto e em seguida será realizada uma palestra sobre envelhecimento. 2) Será apresentado um caso de interação entre cuidador-idoso e os participantes apresentar suas reais dificuldades na relação com o idoso cuidado, assim como, que identifiquem seus sentimentos e atitudes em relação ao envelhecimento. 3) Apresentação de vídeos com objetivo de diferenciar o comportamento empático e não empático. 4) Será realizada uma simulação de interação entre cuidador e idoso apresentado comportamento não empático e em seguida os cuidadores de forma individual deverá interagir com o idoso ator apresentando comportamento empático. 5) Será realizada atividades de habilidade empática e o fechamento do treinamento de empatia. O (a) senhor (a) poderá ser

selecionado para o grupo intervenção ou grupo controle. Os cuidadores que forem inseridos no primeiro momento no grupo controle preencherão os mesmos instrumentos apresentados também *on-line* no *Google Forms* acima e participarão de cinco encontros com duração de 2 hora cada onde terá como atividade Educação em Saúde relacionada as principais doenças que ocorrem no envelhecimento. É importante deixar claro que o (a) senhor (a) será convidado a participara das duas intervenções. Ao final de cada intervenção o (a) senhor (a) será convidada a responder novamente os questionários. Após um intervalo de 15 do término das intervenções haverá um cruzamento dos grupos. Ou seja, quem participou do treinamento de empatia nesse segundo encontro participará do grupo controle e quem participou do grupo controle fará parte do grupo intervenção. Essas atividades acontecerão totalmente *on-line* através do Google Meet, o link para acesso ao treinamento será enviado para os e-mails dos voluntários. Sempre um pesquisador estará disponível 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, exposição do endereço eletrônico (e-mail). Além disso, há uma pequena possibilidade de outras pessoas terem acesso às informações que você ofereceu. Algumas pessoas também podem se sentir pior ao responder algumas das perguntas. O (a) senhor (a) pode se sentir constrangido durante os encontros em responder alguma pergunta ou realizar alguma atividade individual ou em grupo. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista ou da participação nos encontros. O formulário coletará seu e-mail, no entanto, apenas os pesquisadores responsáveis terão acesso para que não seja exposto.

Como benefícios de sua participação na pesquisa, poderemos obter informações do efeito do treinamento de empatia em cuidadores de idosos. Além disso, identificar a importância da inserção do treinamento de empatia nos cursos de cuidadores, com intuito possibilitar controle emocional e possível diminuição dos níveis de sobrecarga. Caso haja alteração no resultado de algum teste, será informado ao participante e será feito o encaminhamento necessário.

Qualquer dano material ou prejuízo causado durante a participação na pesquisa o senhor (a) será indenizado pelos pesquisadores. Além disso, caso necessário o (a) senhor (a) poderá ser ressarcido pelos gastos obtidos durante o encontro com transporte e alimentação. Nesse estudo não haverá despesas financeiras para os participantes, e serão garantidos esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa sobre a metodologia e resultados obtidos.

O (a) senhor (a) receberá por e-mail uma via deste termo, assinado por todos os pesquisadores, 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 (**VOLUNTÁRIO**), declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Esse 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

() Eu concordo em participar da pesquisa de forma voluntária.

() Eu não me interesse em participar da pesquisa.

Pesquisadores responsáveis:

Madson Alan Maximiano Barreto
Programa de Pós-Graduação em Psicologia-
UFSCar
E-mail: mmaximianopsi@gmail.com

Prof. Dra. Bruna Moretti Luchesi
Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul - UFMS
E-mail: bruna_luchesi@yahoo.com.br

Prof. Dr. Marcos Hortes Nisihara Chagas
Departamento de Psicologia – UFSCar
E-mail:
setroh@hotmail.com

Apêndice 2 – Questionário sociodemográfico**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:** Remunerado Não remunerado
- 7.1. **Se não remunerado, qual o grau de parentesco:** _____
8. **Mora com a pessoa idosa:** Sim Não
9. **Se sim, quanto residem na mesma casa além de você e a pessoa idosa:** _____
10. **Renda salarial por residência:** _____
11. **Renda salarial do cuidador remunerado:**
 1 salário mínimo 2 salários mínimos 3 salários ou mais.
12. **Tempo de cuidador:** _____
13. **Quantos dias da semana que cuida da pessoa idosa:** _____
14. **Quantas horas diária:** _____
15. **Patologia do cuidado:** _____
16. **O cuidador faz uso de algum medicamento:** Sim Não
- 16.1. **Se sim, quais:** _____

Apêndice 3 – Questionário de apoio social e características do receptor de cuidado**QUESTIONÁRIO**

O questionário abaixo é referente as características da pessoa idosa e deve ser respondido pelo seu cuidador e com relação ao apoio social recebido pelo cuidador.

Idade da pessoa idosa: _____

Sexo (Se você é cuidador que trabalha em instituição de longa permanência - ILPI, por favor, marque a última opção).

() Feminino () Masculino () Cuidador de ILPI

Você recebe apoio no cuidado a pessoa idosa?. (Se você é cuidador que trabalha em instituição de longa permanência - ILPI, por favor, marque a penúltima opção e se você marcou não, marque a última opção).

() Sim () Não () Cuidador de ILPI

Se sim, qual(is) tipo(s) de apoio? (Marque quantas alternativas desejar). (Se você é cuidador que trabalha em instituição de longa permanência - ILPI, por favor, marque a penúltima opção).

() Apoio Financeiro () Apoio Afetivo () Apoio Material

() Apoio Emocional () Cuidador em ILPI () Não recebo

Você recebe ajuda de alguma instituição para o cuidado da pessoa idosa? (Se você é cuidador que trabalha em instituição de longa permanência - ILPI, por favor, marque a penúltima opção e se você marcou não, marque a última opção).

() Sim () Não () Cuidador de ILPI

Se SIM, qual(is) instituição(ões)? (Marque quantas alternativas desejar). (Se você é cuidador que trabalha em instituição de longa permanência - ILPI, por favor, marque a penúltima opção e se você marcou não, marque a última opção).

() Grupo religioso () Igreja () Instituição de cuidado a pessoa idosa (ex: Associação para cuidadores de pessoas idosas) () Serviço de assistência social

() Cuidador em LPI () Não recebo

Apêndice 4 – Questionário de avaliação do treinamento de empatia**QUESTIONÁRIO SOBRE O TREINAMENTO DE EMPATIA**

Nesta seção você irá responder questões relacionadas ao treinamento de empatia (i.e., satisfação, utilidade e facilidade) que você participou. Selecione a melhor alternativa para as afirmações abaixo:

1) Eu gostei de participar do treinamento de empatia!

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

2) Eu indicaria esse treinamento de empatia para outros cuidadores de pessoas idosas!

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

3) O conteúdo do treinamento de empatia foi fácil de entender!

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

4) A forma como o treinamento de empatia foi realizado foi fácil de entender!

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

5) O programa me ajudou a entender sobre empatia e sua importância na minha relação com a pessoa idosa que eu cuido!

- () Discordo totalmente
- () Discordo
- () Não concordo nem discordo
- () Concordo
- () Concordo totalmente

6) O treinamento de empatia foi útil para mim!

- () Discordo totalmente
- () Discordo
- () Não concordo nem discordo
- () Concordo
- () Concordo totalmente

7) Eu tenho aplicado o que aprendi no treinamento de empatia à minha realidade no cuidado com a pessoa idosa que eu cuido!

- () Discordo totalmente
- () Discordo
- () Não concordo nem discordo
- () Concordo
- () Concordo totalmente

8) O treinamento de empatia é útil na educação de cuidadores de pessoas idosas!

- () Discordo totalmente
- () Discordo
- () Não concordo nem discordo
- () Concordo
- () Concordo totalmente

9) O treinamento de empatia me ajudou a pensar a importância da empatia cognitiva e afetiva na minha relação com a pessoa idosa que eu cuido!

- () Discordo totalmente
- () Discordo
- () Não concordo nem discordo
- () Concordo

() Concordo totalmente

10) De forma geral, que nota você daria para o treinamento que participou?

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

11) Deixe uma mensagem sobre a importância do treinamento de empatia para você e para sua relação com a pessoa idosa que você cuida:

Anexo 1 – Artigo 1 publicado na revista *Clinical Gerontologist*

CLINICAL GERONTOLOGIST
<https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2090879>



Psychological Concerns Associated with Empathy in Paid and Unpaid Caregivers of Older People: A Systematic Review

Madson Alan Maximiano-Barreto MSc¹, Daiene de Moraes Fabricio MSc¹, Ana Julia de Lima Bomfim MSc^{1,2}, Bruna Moretti Luchesi PhD^{3,4}, and Marcos Hortes Nisihara Chagas PhD^{1,2,3,4}

¹Research Group on Mental Health, Cognition and Aging, Federal University of São Carlos, São Carlos, Brazil; ²Department of Neuroscience and Behavior, University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil; ³Campus de Três Lagoas, Federal University of Mato Grosso Do Sul, Três Lagoas, Brazil; ⁴Bairral Institute of Psychiatry, Itapira, Brazil

ABSTRACT

Objectives: Identify associations between psychological concerns and empathy (affective and cognitive domains) in paid and unpaid caregivers of older people.

Methods: A systematic review of the literature was conducted. Searches were performed in the Pubmed, Web of Science, PsycINFO, Scopus and Embase databases using the search terms “Empathy,” “Caregiver,” “Depression,” “Burnout,” “Anxiety,” “Caregiver Burden” and “Psychological Stresses” and the Boolean operators “AND” and “OR.” No restrictions were imposed regarding language or year of publication. This review was registered in PROSPERO (CRD42021267276).

Results: Twelve articles met the inclusion criteria and were included in the present review. Most studies involved the participation of unpaid caregivers. Higher levels of empathy were associated with greater psychological concerns. Regarding affective empathy, direct associations were found with depressive symptoms, anxiety and stress. In contrast, high levels of cognitive empathy were associated with fewer depressive symptoms as well as less stress and burnout syndrome.

Conclusions: An association was found between greater affective empathy and psychological impairment in caregivers of older people. Higher levels of cognitive empathy can help minimize psychological concerns.

Clinical implications: Working on empathic ability among caregivers of older people in different environments can contribute positively to the emotional impact of caregiving. Moreover, empathetic cognitive training among caregivers can serve as a strategy to minimize the negative consequences of the impact of caregiving.

KEYWORDS

Aging; anxiety; burnout syndrome; caregiver; caregiver burden; depression; empathy; gerontology; psychological concerns; systematic review

Introduction

Empathy is an important multidimensional ability for social interactions. Individuals with this ability may have different behavioral and cognitive compositions (Davis, 1980, 1983, 2015; Döpfner, 1989; Eisenberg & Strayer, 1990; Mercer & Reynolds, 2002). According to Davis (1980, 1983), empathy is multifaceted and is composed of two principal domains – affective and cognitive. Affective empathy is related to the capacity to place oneself in the position of another as well as to feel the same emotions and feelings (Davis, 1980, 1983, 2006), whereas cognitive empathy is the capacity to understand the emotions of others (Davis, 1980, 1983, 2006, 2015). Studies in neuroscience have shown diverse physiological changes during an empathetic response (Derntl et al., 2010; Shamay-Tsoory et al., 2013). Brain regions, such as the

amygdala, hypothalamus, hippocampus and anterior insula, are activated when an individual experiences empathy (Decety & Jackson, 2004; Shamay-Tsoory, 2011). Thus, empathy is the result of both behavioral and physiological changes.

This ability has been studied in different contexts, especially in individuals who provide health care, such as professionals from different fields of health (Maximiano-Barreto et al., 2020) and caregivers of older people (Maximiano-Barreto et al., 2021a; Maximiano-Barreto et al., 2021b; Navarro-Abal et al., 2019).

Individuals throughout the world have assumed the role of caregiver due to the increase in the population of older people (United Nations, 2019), which has been accompanied by an increase in the occurrence of adverse health conditions, especially chronic

CONTACT Madson Alan Maximiano-Barreto maximianopsi@gmail.com Department of Psychology, Center for Education and Human Sciences, Rodovia Washington Luís, Federal University of São Carlos UFSCar, São Carlos, SP. 13565-905
 © 2022 Taylor & Francis Group, LLC

Anexo 2 – Artigo 2 publicado na revista *Clinical Gerontologist*

CLINICAL GERONTOLOGIST
<https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2127390>



Empathy Training for Caregivers of Older People: A Systematic Review

Madson Alan Maximiano-Barreto MSc ^a, Ana Carolina Ottaviani PhD ^b, Bruna Moretti Luchesi PhD ^{a,c}, and Marcos Hortes Nishihara Chagas PhD ^{a,d}

^aResearch Group on Mental Health, Cognition and Aging, Federal University of São Carlos, São Carlos, Brazil; ^bDepartment of Gerontology, Federal University of São Carlos, São Carlos, Brazil; ^cCampus de Três Lagoas, Federal University of Mato Grosso Do Sul, Três Lagoas, Brazil; ^dBairral Institute of Psychiatry, Itapira, Brazil

ABSTRACT

Objectives: To identify empathy training models and the effects on psychological concerns in paid and unpaid caregivers of older people.

Methods: A systematic review was conducted. Searches for relevant articles were performed in the Embase, LILACS, Psycinfo, Pubmed, Scopus and Web of Science databases using the following search strategy: "Empathy AND (Education OR Training OR Intervention) AND Caregiver." No restrictions were imposed regarding language or year of publication.

Results: Empathy training for caregivers of older people were performed in six studies, three of which identified a significant increase in empathy levels and consequent reduction in psychological concerns. Empathy training focused on aspects of empathy and/or the caregiver had significant effects on the outcome variables. Moreover, training conducted online, by telephone and/or in person can generate satisfactory results. The other three studies that conducted training with a focus on aspects of dementia and/or old age did not present any effect on the outcome variables.

Conclusions: Empathy training for caregivers of older people can increase levels of this ability, especially in the cognitive domain, as well as diminish psychological concerns caused by the negative impact of providing care.

Clinical implications: Empathy training directed at empathic abilities and/or aspects of providing care can be effective at increasing levels of this ability. Moreover, training in different care contexts can minimize the negative impacts of providing care.

KEYWORDS

Aging; burden; caregiver; education; empathy; older adults; social ability; systematic review; training program

Introduction

Empathy is a ability with different definitions related to aspects of the mental state that may be manifested in different forms and is therefore characterized as a multidimensional construct (Davis, 1980, 1983; Eisenberg & Strayer, 1990; Mercer & Reynolds, 2002). The two major domains that compose empathy are "affective" and "cognitive" (Davis, 1980, 1983). Affective empathy regards the capacity to feel the same emotions and put oneself in the place of another person. Cognitive empathy enables one to understand the emotions of another person, differentiating them from one's own feelings and emotions (Davis, 1980, 1983).

Empathy has been highlighted as an important construct in the field of gerontology, as this ability is considered both a protective factor as well as

a predictor of psychological concerns (i.e., anxiety, depression, burden, burnout and stress) in paid and unpaid caregivers of older people (Lee, Brennan, & Daly, 2001; Maximiano-Barreto et al., 2022a; Narme, 2018). Paid caregivers are individuals who receive money for providing care and are normally health professionals who have undergone caregiving training courses. Unpaid caregivers are family members, friends or neighbors who provide care voluntarily (Stall, Campbell, Reddy, & Rochon, 2019). Caregiver burden is associated with different factors, the most important of which are the functional dependence of the care recipient (e.g., difficulties in performing activities of daily living, such as bathing and feeding) (Maximiano-Barreto et al., 2021a; Ringer, Hazzan, Agarwal, Mutsaers, & Papaioannou, 2017) and the severity of the care

CONTACT Madson Alan Maximiano-Barreto madmaximiano@gmail.com Department of Psychology, Center for Education and Human Sciences, Rodovia, Washington Luis, Federal University of São Carlos UFSCar, São Carlos, SP, 13565-905

Supplemental data for this article can be accessed online at <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2127390>.

© 2022 Taylor & Francis Group, LLC

Anexo 3 – Artigo 3 submetido na revista *Clinical Gerontologist*

Clinical Gerontologist



Effects of empathy training on psychological concerns and empathy in caregivers of older people: A randomized, double-blind, crossover, clinical trial with follow-up

| | |
|------------------|---|
| Journal: | <i>Clinical Gerontologist</i> |
| Manuscript ID | Draft |
| Manuscript Type: | Research Article |
| Keywords: | empathy, social abilities, burden, caregivers, caregiver stress < stress, family caregivers < caregivers, informal caregivers < caregivers, paid caregivers < caregivers, anxiety < psychiatric disorders, depression < psychiatric disorders |
| | |

SCHOLARONE™
Manuscripts

Anexo 4 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Efeitos de um treinamento de empatia nos níveis de sobrecarga em cuidadores de idosos

Pesquisador: Madson Alan Maximiano Barreto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30891920.2.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.332.367

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma solicitação de emenda do projeto de pesquisa aprovado em 27/05/2021, sob parecer nº 4.050.795. A solicitação da emenda está presente no arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1614347_E1.pdf e documento de justificativa de Emenda (EMENDA.pdf), anexados em 16/02/2022, e onde se lê:

Venho por meio deste, solicitar alteração do projeto intitulado "Efeitos de um treinamento de empatia nos níveis de sobrecarga em cuidadores de idosos", aprovado por esse CEP no dia 23 de junho de 2020, CAAE: 30891920.2.0000.5504, nº do parecer: 4.105.708, que tem como pesquisador principal Madson Alan Maximiano Barreto (responsável).

Solicitamos a mudança para o formato on-line, uma vez que o aumento de caso de covid-19 tem implicado na possibilidade da realização presencial. Informamos que o desenho do estudo, assim como, o objetivo e hipótese do estudo não sofreram alterações.

Seguem as modificações realizadas ponto a ponto e destacadas no projeto e TCLE encaminhado em anexo:

1. O estudo seguirá todas as etapas do projeto inicial, porém será realizado de forma online através do Google Meet.
2. O preenchimento dos instrumentos será realizado através do Google Forms (https://docs.google.com/forms/d/1ECaeXr39S1-7ovHszp42Tp0zbp8LhGof_3EcEeaQZD8/edit)
3. Para poder preencher o questionário e instrumentos, é obrigatório que o participante

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

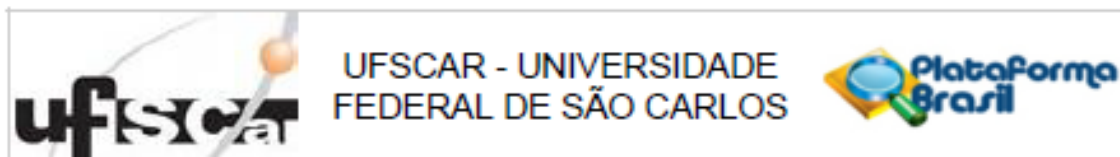
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.332.387

leia o TCLE e aceite o termo, só assim, ele terá acesso aos instrumentos.

4. Realizamos alterações e adaptações necessárias para o treinamento remoto.

5. Solicitamos a alteração final do projeto de 30 de junho de 2023 para 02 de março de 2024.

Objetivo da Pesquisa:

mantidos conforme projeto original.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

mantidos conforme projeto original.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Atender as orientações da Conep sobre PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL. Este documento pode ser acessado na página do CEP UFSCar: <http://www.propq.ufscar.br/etica/cep>

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda adequada.

Importante os pesquisadores se atentarem ao não arquivamento de dados pessoais dos participantes na nuvem, sendo necessário backup dos questionários em ambiente seguro conforme orientações da Conep sobre PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL.

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_161434 7_E1.pdf | 16/02/2022 21:47:36 | | Aceito |
| Outros | EMENDA.pdf | 16/02/2022 21:46:22 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| Projeto Detalhado | PROJETO_ATUALIZADO.pdf | 16/02/2022 | Madson Alan | Aceito |

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

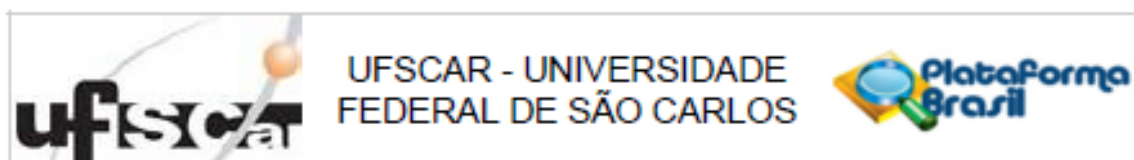
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.932.987

| | | | | |
|---|------------------------|------------------------|----------------------------------|--------|
| / Brochura Investigador | PROJETO_ATUALIZADO.pdf | 21:46:07 | Maximiano Barreto | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ATUALIZADO.pdf | 16/02/2022 21:45:27 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| Outros | CARTA_CEP.pdf | 27/05/2020 17:10:31 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 27/05/2020 17:06:23 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 27/05/2020 17:06:11 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 03/04/2020 17:44:35 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| Outros | NPI_.pdf | 26/03/2020 00:15:25 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| Outros | CBI.pdf | 26/03/2020 00:00:18 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| Outros | ZARIT.pdf | 25/03/2020 23:59:38 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| Outros | PHQ9.pdf | 25/03/2020 23:58:47 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| Outros | EMRI.pdf | 25/03/2020 23:58:23 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| Outros | QUESTIONARIO.pdf | 25/03/2020 23:57:53 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 25/03/2020 23:56:21 | Madson Alan Maximiano Barreto | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não



SAO CARLOS, 05 de Abril de 2022

Assinado por:
Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9695 E-mail: cephumanos@ufscar.br

Anexo 5 – Aprovação do Registo Brasileiro de Ensaios Clínicos – ReBEC.

[Ir para o conteúdo \(1\)](#) | [Ir para o menu \(2\)](#) | [Habilitar alto contraste \(3\)](#)


#
Visionador
Submetido
Sumário

🔍


[Painel Inicial](#)

[Nova submissão](#)


[Ajuda](#)




Sumário




Identificação




Anexos




Patrocinadores




Condições de saúde




Intervenção




Recrutamento




Desenho de Estudo




Destechos



Contatos



Resumos dos Resultados



Termo de Compartilhamento

Título Tratamento vs empíria e efeitos no impacto psicológico escolar em crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

Status approved 🔗

[Modificações da última versão](#)

| PASSO | NOME | STATUS | ALTERADO |
|-------|---|-------------|----------|
| 1 | Identificação | ✔️ Completo | |
| 2 | Anexos | ✔️ Completo | |
| 3 | Patrocinadores | ✔️ Completo | |
| 4 | Condições de Saúde | ✔️ Completo | |
| 5 | Intervenção | ✔️ Completo | |
| 6 | Recrutamento | ✔️ Completo | |
| 7 | Desenho de Estudo | ✔️ Completo | |
| 8 | Destechos | ✔️ Completo | |
| 9 | Contatos | ✔️ Completo | |
| 10 | Resumos de Resultados | ✔️ Completo | |
| 11 | Termo de Compartilhamento | ✔️ Completo | |

Total de Ensaios Clínicos 11735.

Existem 5551 ensaios clínicos registrados.

Existem 3222 ensaios clínicos recrutando.

Existem 265 ensaios clínicos em análise.

Existem 4538 ensaios clínicos em rascunho.

[cadastre um novo usuário](#)

[notícias](#)

[sobre](#)

[ajuda](#)

[contato](#)

[equipe](#)

[links úteis](#)

[glossário](#)



Anexo 6 – 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 desperdiço 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 7 – 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 8 – Inventário de Sobrecarga do Cuidador (ISC)

INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

Total: _____

Domínio 1: Sobrecarga tempo dependente

| | | | |
|---|-------------|------------------------------|-------------|
| 1. A pessoa que eu cuido precisa da minha ajuda para realizar muitas atividades diárias. | | | |
| 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| 4(concordo totalmente) | | | |
| 2. A pessoa que eu cuido é dependente de mim. | | | |
| 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| 4(concordo totalmente) | | | |
| 3. Eu tenho de estar constantemente atento (a) à pessoa que eu cuido. | | | |
| 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| 4(concordo totalmente) | | | |
| 4. Eu tenho de ajudar a pessoa que eu cuido em muitas funções básicas (alimentação, eliminações, higiene e locomoção) | | | |
| 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| 4(concordo totalmente) | | | |
| 5. Eu não tenho um minuto de descanso no meu trabalho de cuidar. | | | |
| 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| 4(concordo totalmente) | | | |

Domínio 2: Sobrecarga à vida pessoal

| | | | |
|---|-------------|------------------------------|-------------|
| 1. Eu sinto que estou deixando de viver a minha vida. | | | |
| 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| 4(concordo totalmente) | | | |
| 2. Eu gostaria de poder sair desta situação. | | | |
| 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| 4(concordo totalmente) | | | |
| 3. A minha vida social tem sido prejudicada. | | | |
| 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| 4(concordo totalmente) | | | |
| 4. Eu me sinto emocionalmente esgotado (a) por cuidar desta pessoa. | | | |
| 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| 4(concordo totalmente) | | | |
| 5. Eu esperava que as coisas fossem diferentes neste momento da minha vida. | | | |
| 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| 4(concordo totalmente) | | | |

Domínio 3: Sobrecarga física

| | | | |
|--|-------------|------------------------------|-------------|
| 1. Eu não estou dormindo o suficiente. | | | |
| 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| 4(concordo totalmente) | | | |

| | | | | |
|---|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| 2. A minha saúde tem sido prejudicada. | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |
| 3. Cuidar desta pessoa tem me deixado fisicamente doente. | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |
| 4. Eu estou fisicamente cansado (a). | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |

Domínio 4: Sobrecarga social

| | | | | |
|--|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| 1. Eu não me dou com outros familiares tão bem quanto eu costumava. | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |
| 2. As minhas ações de cuidado não são valorizadas por outros familiares. | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |
| 3. Eu tenho tido problemas no relacionamento com meu (minha) companheiro (a). | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |
| 4. Eu não tenho trabalhado tão bem quanto eu costumava (trabalho fora ou em casa). | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |
| 5. Eu fico ressentido (a) com outros parentes que poderiam ajudar, mas não ajudam. | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |

Domínio 5: Sobrecarga emocional

| | | | | |
|--|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| 1. Eu me sinto constrangido (a) / incomodado (a) com o comportamento da pessoa que eu cuido. | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |
| 2. Eu sinto vergonha da pessoa que eu cuido. | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |
| 3. Eu fico ressentido (a) com a pessoa que eu cuido. | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |
| 4. Eu me sinto desconfortável quando recebo amigos. | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |
| 5. Eu fico irritado (a) com a minha interação com a pessoa que eu cuido. | 0(discordo totalmente) | 1(discordo) | 2(não concordo nem discordo) | 3(concordo) |
| | 4(concordo totalmente) | | | |

Anexo 9 – 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-Mon-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? | Nenhu- ma 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 | | | | |
| _____ + _____ + _____ + _____ =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"/> | |
| <small>Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. EP10905.PHQ9P</small> | | | | |

Anexo 10 – 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: _____

