

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

JAMAILDO PADRE DE ARAÚJO  
YURI MATHEUS NOGUEIRA COSTA

**ESCALA ANALÓGICA DE EMPATIA EMOCIONAL PARA AVALIAÇÃO DA  
PERCEPÇÃO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS**

CAJAZEIRAS-PB

2016

JAMAILDO PADRE DE ARAÚJO  
YURI MATHEUS NOGUEIRA COSTA

**ESCALA ANALÓGICA DE EMPATIA EMOCIONAL PARA AVALIAÇÃO DA  
PERCEPÇÃO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como requisito parcial obrigatório à obtenção do título de Médico.

Orientador: Prof. Dr. Allan Pablo Nascimento Lameira

CAJAZEIRAS-PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

A659e Araújo, Jamaildo Padre de.  
Escala analógica de empatia emocional para avaliação da percepção da depressão em idosos / Jamaildo Padre de Araújo, Yuri Matheus Nogueira Costa. - Cajazeiras: UFCG, 2016.  
40f.: il.  
Bibliografia.

Orientador: Prof. Me. Allan Pablo Nascimento Lameira.  
Monografia (Bacharelado em Medicina) – UFCG/CFP, 2016.

1. Depressão - idosos. 2. Cuidadores. 3. Escala analógica de empatia emocional (EAEE). I. Costa, Yuri Matheus Nogueira. II. Lameira, Allan Pablo Nascimento. III. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616.89-008.454-053.9

JAMAILDO PADRE DE ARAÚJO  
YURI MATHEUS NOGUEIRA COSTA

**ESCALA ANALÓGICA DE EMPATIA EMOCIONAL PARA AVALIAÇÃO DA  
PERCEPÇÃO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS**

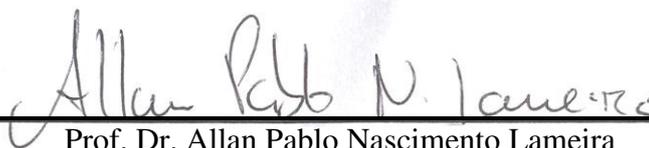
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como requisito parcial obrigatório à obtenção do título de Médico.

Orientador: Prof. Dr. Allan Pablo Nascimento Lameira

Aprovado em, 01 de Agosto de 2016.

Nota: 9,3

BANCA EXAMINADORA



---

Prof. Dr. Allan Pablo Nascimento Lameira  
UFCG/CFP/UACV



---

Prof. Dr. José Ferreira Lima Júnior  
UFCG/CFP/ETSC



---

Prof. Me. Welington Bezerra de Sousa  
UFCG/CFP/ETSC

CAJAZEIRAS-PB

2016

Dedicamos este trabalho aos nossos familiares, que sempre estiveram ao nosso lado em todos os momentos das nossas vidas, seja na felicidade ou na tristeza, compartilhando infinitas emoções durante nossa trajetória. Em especial aos nossos Pais (João Padre Sobrinho e Josefa Martins Padre de Araújo) e (Josenilson de Assis Costa e Ana Isabel Araújo Nogueira), nossos irmãos (Joelma Padre de Araújo, Josenildo Padre de Araújo e Jenislândia Padre de Araújo) e (Marisa Iara Nogueira Costa) por serem verdadeiros companheiros que passam a vida inteira fazendo o possível e o impossível pela gente, tornando nossa caminhada muito mais fácil. A minha noiva (Jandely Nayana Antas da Silva) por todo apoio e compreensão durante essa jornada. A todos dedicamos o nosso trabalho, pois sem o amor, carinho, força e apoio de vocês esse sonho não seria possível. Vocês são tudo para nós. Amamos todos vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que iluminou nosso caminho e nos abençoou durante toda essa trajetória.

A todos os nossos professores que foram peças fundamentais na construção e consolidação do nosso conhecimento, em especial ao nosso orientador Professor Doutor Allan Pablo Lameira.

Aos nossos pais, irmãos, familiares e noiva que muitas vezes nos viram preocupados com esse trabalho e sempre nos passaram motivação.

Aos funcionários de toda a Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras-PB que tanto nos ajudaram em todos os momentos.

Nosso muito obrigado. Sentimo-nos honrados de partilhar este momento com todos vocês. A todos, nosso muito obrigado!

*"Não é o diploma médico, mas a qualidade  
humana, o decisivo."*

*(Carl Gustav Jung)*

ARAÚJO, J.P.; COSTA, Y. M. N. **Escala Analógica de Empatia Emocional para avaliação da percepção da depressão em idosos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – 2016

## RESUMO

A pesquisa visa o desenvolvimento de uma Escala Analógica de Empatia Emocional (EAEE) para possibilitar a avaliação da percepção da depressão em idosos por parte dos respectivos acompanhantes. Foi avaliada a opinião do acompanhante e/ou cuidador sobre o estado emocional do idoso. Comparamos então essa percepção do acompanhante, colhida através da EAEE, com os resultados de escalas validadas (escala de Zung e Yesavage) que avaliam o estado emocional. O presente estudo é uma pesquisa experimental, transversal e de caráter quantitativo, onde teve a participação 23 pares de idoso-acompanhante. Os resultados mostram que houve uma forte correlação negativa e significativa entre a variável percepção do acompanhante e nível emocional de acordo com ZUNG ( $\rho$  Spearman = -0.88;  $p > 0,001$ ) e entre percepção do acompanhante e nível emocional de acordo com YESAVAGE ( $\rho$  Spearman = -0.87;  $p > 0,001$ ). A conclusão mostra que o estado emocional do idoso foi facilmente identificado pelo acompanhante mediante o uso da Escala Analógica de Empatia Emocional – EAEE, pois a correlação negativa significa que quanto maior era a pontuação na EAEE, menor era o nível de depressão nos idosos de acordo com as escalas de Zung e Yesavage.

**Palavras chave:** Idoso. Escala Visual Analógica. Cuidadores.

ARAUJO, J.P.; COSTA, Y. M. N. **Analog Scale of Emotional Empathy to evaluate the perception of depression in the elderly.** Work Completion of course (Medical degree) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras – 2016

### **ABSTRACT**

The research aims to develop an Analog Scale of Emotional Empathy (EAEE) to permit evaluation of the perception of depression in the elderly by their respective companions. The opinion of the companion and/or caregiver about the emotional state of the elderly was evaluated. Compared so that perception of the companion harvested by EAEE with the results of validated scales (Zung scale and Yesavage) those assess the emotional state. This study is an experimental, transversal and quantitative character research, which was attended by 23 pairs of elderly and caregivers. The results shows that there was a strong negative correlation between the variable perception of the companion and emotional level according to ZUNG ( $\rho = -0.88$  Spearman;  $p > 0.001$ ) and between perception of the companion and emotional level according to YESAVAGE ( $\rho$  Spearman =  $-0.87$ ;  $p > 0.001$ ). The conclusion shows that the emotional status of the elderly was easily identified by the accompanying by using Analog Scale of Emotional Empathy – EAEE, because the negative correlation means that the greater the score in EAEE was correlated with the lower level of depression in elderly, to accord with the scales Zung and Yesavage.

**Keywords:** Elderly. Visual Analog Scale. Caregivers.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Gráfico de dispersão mostrando a correlação entre o CA e a EEZ-----27
- Figura 2 - Gráfico de dispersão mostrando a correlação entre o CA e a EEY-----28

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
EAAE	Escala Analógica de Empatia Emocional
EE	Estado Emocional
EEY	Estado Emocional para Yesavage
EEZ	Estado Emocional para Zung
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Percepção do Acompanhante
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2 OBJETIVO</b>	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.1 Objetivos Específicos	13
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	14
3.1 O processo de envelhecimento	14
3.2 O aumento da população idosa no Brasil e suas consequências	15
3.3 A depressão e sua relação com as expressões faciais	16
3.4 O Relacionamento com o Cuidador	19
3.5 Empatia e a descoberta dos neurônios espelhos	21
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	23
4.1 Tipo de Estudo	23
4.2 Princípios Éticos	23
4.3 Participantes	23
4.4 Instrumentos de Pesquisa	24
4.5 Procedimento Experimental	25
4.6 Análise dos dados	26
<b>5 RESULTADOS</b>	27
<b>6 DISCUSSÃO</b>	29
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	31
<b>REFERÊNCIAS</b>	32
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

Torna-se cada vez mais relevante estudar a complexidade do processo de envelhecer, suas implicações e particularidades, em virtude de importantes mudanças que o Brasil vem vivenciando no perfil demográfico e na estrutura etária populacional. Tal mudança é consequência da diminuição das taxas de natalidade e mortalidade observada ao longo do século XX. (VERAS, 2009). A Organização Mundial de Saúde – OMS definiu como idoso um limite de 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos.

A tendência de envelhecimento da população brasileira cristalizou-se mais uma vez na nova pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os idosos - pessoas com mais de 60 anos - somam 23,5 milhões de brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas. Na comparação entre 2009 e 2011, o grupo aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhão de pessoas. Há dois anos, eram 21,7 milhões de pessoas.

No processo de envelhecimento está presente a interação de determinantes internos como o patrimônio genético, e determinantes externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente em que o idoso vive. (FIGUEIREDO, 2007).

As perturbações de humor são um dos problemas de saúde mais comuns nos idosos, sendo responsáveis pela perda de autonomia e pelo agravamento dos quadros patológicos preexistentes. Ao observar este tipo de problemas, a depressão é a mais frequente e está associada a um maior risco de morbidade e de mortalidade, ao aumento da utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, a não adesão aos regimes terapêuticos e a um maior risco de suicídio. (SALGUEIRO, 2007).

A depressão é um quadro patológico cujas consequências podem ser graves e incapacitantes, podendo interferir nos aspectos mais simples da vida diária. A associação entre depressão e qualidade de vida, por si só, justifica a prioridade de um diagnóstico e tratamento precoces. (GERRITSEN et al., 2011).

O cuidador familiar é definido como a principal pessoa da família responsável pela assistência ao paciente e a mais intimamente envolvida no cuidado deste. Sua principal função está relacionada à realização de trabalhos considerados primários ou básicos, tais como cuidar

da casa, hospedar, sustentar, manter e proporcionar cuidados pessoais e de saúde no ambiente domiciliar. (DUMONT, 2010). O grande problema é que geralmente, devido à baixa escolaridade, a falta de experiência, a idade avançada ou mesmo a falta de empatia por partes dos cuidadores, não é oferecido um suporte adequado para assistência ao idoso dependente. (GARRIDO; MENEZES, 2004).

O presente trabalho de pesquisa visa compreender a relação entre os idosos e os demais membros do meio em que vivem. Para este fim, avaliamos a opinião do acompanhante e/ou cuidador sobre como o idoso é percebido, indagando como ele avalia o estado emocional desse idoso. Para mensurarmos essa percepção do acompanhante, foi criada a Escala Analógica de Empatia Emocional – EAEE, e então comparamos com os resultados de escalas validadas que ajudam na avaliação dos sintomas e na elaboração do próprio diagnóstico, além de auxiliarem o acompanhamento do idoso e o resultado do tratamento.

Em nossa pesquisa, utilizamos conhecimentos adquiridos de uma descoberta recente, o das redes neuronais e neurônios espelhos, esses neurônios são capazes de simular em nosso cérebro aquilo que se passa na mente do outro, partilhando suas emoções e compreendendo suas ações. Nos estudos empreendidos por Decety (2010), a empatia é definida como uma disposição inata baseada nos sistemas espelhos em conjugação com outras estruturas neuronais, que reúnem três capacidades: a capacidade de sentir e representar as emoções e sentimentos de si e do outro; a capacidade de adotar a perspectiva do outro e a capacidade de fazer a distinção entre o eu e o outro. A EAEE utiliza imagens de rostos que são facilmente identificáveis, ao acionarem essas redes neuronais específicas, permitem ao entrevistado expressar a empatia pelo outro, de uma forma mais fidedigna do que com perguntas subjetivas sobre o estado emocional.

Essa pesquisa apresenta relevância acadêmica, científica e social. Existe uma carência significativa na literatura sobre a abordagem quantificada da capacidade do acompanhante e/ou cuidador de entender o processo de envelhecimento e suas limitações. Além disso, passamos a oferecer um novo instrumento de coleta de dados que facilitará no avanço dos estudos e na prospecção de empatia para tornar mais eficiente o cuidado com o idoso enfermo. Além disso, o presente estudo abre portas para a inserção de novas pesquisas com intuito de desenvolvimento de instrumentos inovadores de avaliação e tratamento.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Avaliar a percepção do cuidador e/ou acompanhante sobre o estado emocional do idoso através da Escala Analógica de Empatia Emocional – EAEE e comparar os resultados obtidos, com os resultados de escalas validadas internacionalmente para avaliação do estado emocional em idosos.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Verificar o nível de dificuldade sentido pelo acompanhante ao lidar com uma escala facial de emoções.
- Analisar a concordância entre a Escala Analógica de Empatia Emocional – EAEE e a escala de Zung.
- Analisar a concordância entre a Escala Analógica de Empatia Emocional – EAEE e a escala de Yesavage.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo visa abordar a questão do processo de envelhecimento, o aumento da população idosa no Brasil, a depressão no idoso e a relação do mesmo com o cuidador de forma sócio histórica e contemporânea abordada dentro da literatura.

#### 3.1 O processo de envelhecimento

Para a compreensão do aumento da população idosa buscamos abordar os conceitos de envelhecimento e velhice, conceituando o idoso em suas múltiplas dimensões. O envelhecimento é um processo natural do ciclo da vida, o termo velhice está ligado ao tempo, sociedade, histórias, memórias, costumes e valores.

De acordo com Magalhães (1989, p.15) “Todos são produto dinâmico permanente transformado e transformador da idade”, conforme as condições sócio-históricas distinguindo-se de acordo com a época ou a cultura. Neste sentido, é interessante a sociedade perceber a importância da imagem dos idosos e da velhice na contemporaneidade.

Segundo Veras (2012), os desafios que o envelhecimento populacional impõe demandam uma mudança na lógica assistencial do sistema de saúde que, atualmente, prioriza o tratamento dos problemas de saúde existentes de maneira mais intensa do que ações de prevenção.

Magalhães (1989), ainda afirma que biologicamente os seres humanos percorrem um ciclo que vai do nascimento até a morte, é um processo desde a concepção nascimento, infância, adolescência, maturidade, velhice e morte é uma questão social e cultural determinadas por etapas de vida. O autor destaca as múltiplas esferas da idade, distinguindo idade biológica, cronológica e social, para uma melhor compreensão do que vem a ser idoso.

A idade biológica é um processo natural, está ligada ao envelhecimento orgânico, ou seja, as disfunções dos órgãos com o passar do tempo. Mas a forma de envelhecer varia de acordo com as condições, sociais, econômicas e culturais. “Sabemos a evolução biológica do ser humano, em seu processo vital, é decisivamente afetada pela classe social, pelo grupo profissional, pela cultura e demais determinantes, encurtando ou prolongando a vida.” (MAGALHÃES, 1989, p. 17).

O envelhecimento populacional mundial é um fenômeno recente e caracteriza-se como um processo de crescimento da população idosa em uma dimensão demasiada em relação à

população total. (BERZINS, 2003). É considerado segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) uma grande conquista fruto do sucesso das políticas públicas de saúde e sociais.

“Em demografia, entende-se por envelhecimento populacional o processo de crescimento da população considerada idosa em uma dimensão tal que, de forma sustentada, amplia-se a sua participação relativa no total da população.” (BERZINS, 2003, p. 22).

### **3.2 O aumento da população idosa no Brasil e suas consequências**

A população mundial está envelhecendo em ritmo acelerado, até pouco tempo o envelhecimento populacional era característico dos países desenvolvidos. Porém, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD 2008, revelam que o contingente de pessoas de mais de 60 anos somava cerca de 21 milhões. E este número supera a população de idosos de vários países europeus entre eles a França, Inglaterra e Itália os quais perfaziam em torno de 14 a 16 milhões de pessoas idosas (BRASIL, 2009).

De acordo com os dados do IBGE o grupo etário de 80 anos ou mais têm superado os demais grupos, chegando a 70%. Em números absolutos estima-se que esta faixa etária, em 2008, alcançava cerca de três milhões de pessoas. (BRASIL, 2009). Segundo Veras (2003), a longevidade da população vem se manifestando de diversas formas, nos países desenvolvidos o processo ocorreu de forma lenta. Países como a Inglaterra iniciaram o envelhecimento da sua população após a Revolução Industrial, dispondo assim de recursos necessários para acompanhar a transformação demográfica, sendo que atualmente os países desenvolvidos apresentam um crescimento da sua população reduzido, possuindo uma taxa de natalidade menor que a de mortalidade.

Nos chamados países em desenvolvimento assim como o Brasil, esse processo é caracterizado pela forma acelerada com que o aumento absoluto e relativo das populações adultas modificou a pirâmide populacional.

Veras (2003, p.06) afirma que:

A longevidade da população é um fenômeno mundial que traz importantes repercussões no campo social e econômico. Este processo, no entanto, vem se manifestando de forma distinta entre os diversos países do mundo. (...) No grupo dos países chamados em desenvolvimento, tendo o Brasil como exemplo, esse processo se caracteriza pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa modificou a pirâmide populacional.

Nesse contexto, Berzins (2003) deixa claro que o processo de adaptação aos centros urbanos e as crises, caíram às taxas de fecundidade e mortalidade, alterou a estrutura etária da população brasileira ocasionando assim uma redução nas taxas de mortalidade, aumentando o crescimento da população idosa existindo várias razões dentro dos padrões de reprodução.

Para Triadó e Olivares (2005) o papel do avô mudou com o prolongamento da vida. As famílias passaram a conviver entre várias gerações, o que gera um sentimento maior de reciprocidade. Salientam que entre os idosos autônomos e independentes estão os avôs de hoje que auxiliam filhos e netos e começa-se a falar no fenômeno da intergeracionalidade.

O Brasil no que se refere aos direitos dos idosos, foram criadas políticas e leis favorecendo a este segmento geracional, Faleiros (2007, p.59) explica:

[...] o pacto social da constituição de 1988, conforme a correlação de forças politicamente expressa no Parlamento, reflete a democratização da sociedade e a expressão dos direitos fundamentais e específicos dos idosos na Lei Maior do País, com garantia de implementação.

Sendo assim, fica claro que as discussões sobre a proteção social à pessoa idosa no Brasil trouxeram-nos resultados positivos, como frutos dessas discussões destacaram a I Assembleia Mundial do Envelhecimento de 1982, a Constituição Federal de 1988, a LOAS (8742/93), a Política Nacional do Idoso - PNI (Lei 8842/94), o Estatuto do Idoso e o Seminário Internacional sobre Direitos Humanos e Envelhecimento que culminou no Plano Nacional de Enfrentamento à Violência em 2005. (FALEIROS, 2007).

### **3.3 A depressão e sua relação com as expressões faciais**

O envelhecimento populacional mundial é um fenômeno recente na história da humanidade, e caracteriza-se como um processo de crescimento da população idosa em uma dimensão demasiada em relação à população total. É considerado segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) uma grande conquista fruto do sucesso das políticas públicas de saúde e sociais. De acordo com Veras (2003, p. 33): “A diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade alterou a estrutura etária da população brasileira, ocorrendo uma acentuada redução nas taxas de mortalidade”.

Segundo Neri (2002), o aumento da população idosa está associado à prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas, dentre elas aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas,

particularmente a depressão. No entanto, embora o envelhecimento normal possa apresentar uma lentificação dos processos mentais, isto não representa perda de funções cognitivas. Apesar da probabilidade de desenvolver certas doenças aumentar com a idade, é importante esclarecer que não se pode imaginar que envelhecer seja sinônimo de adoecer, especialmente quando as pessoas desenvolvem hábitos de vida saudáveis.

Chaimowicz (1997) adverte que o ritmo e a intensidade das alterações que acompanham o processo de envelhecimento dependem de características individuais, como a herança genética, e de fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais aos quais o indivíduo esteve exposto ao longo da vida. A depressão tem alto impacto na vida do paciente e de seus familiares, com significativo comprometimento nos aspectos sociais, ocupacionais e em outras áreas de funcionamento. (POWELL, *et al* 2008). O autor ainda ressalta que além do humor triste, a depressão apresenta inúmeros sintomas cognitivos, comportamentais, físicos e emocionais.

De acordo com Pearson e Brown (2000), as causas de depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves. O autor ainda afirma que o diagnóstico da depressão passa por várias etapas: anamnese detalhada, com o paciente e com familiares ou cuidadores, exame psiquiátrico minucioso, exame clínico geral, avaliação neurológica, identificação de efeitos adversos de medicamentos, exames laboratoriais e de neuroimagem. Estes são procedimentos preciosos para o diagnóstico da depressão, intervenção psicofarmacológica e prognóstica, especialmente em função da maior prevalência de morbidades e do maior risco de morte. Em pacientes idosos, além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio. (PEARSON e BROWN, 2000).

Embora as limitações causadas pela idade, as quais podem prejudicar a independência e autonomia do idoso para desenvolver determinadas atividades, é preciso estimular este idoso organizar seu tempo fazendo projetos de vida com criatividade, energia e iniciativa, isto é, dando significados a vida para que não caia no vazio. (PENNA; SANTO 2006, *apud* LIMA

2000). Segundo (POWELL *et al.* 2008), na década de 60 do século passado, Albert Ellis e Aaron Beck chegaram à importante conclusão de que a depressão resulta de hábitos e pensamentos extremamente enraizados. O autor ainda observou que humor e comportamentos negativos eram usualmente resultados de pensamentos e crenças distorcidas, sendo possível a cura, com isso abordagens terapêuticas que se mostram eficazes na redução da depressão.

A terapia prioriza o atendimento em curto-prazo, com um número de sessões variando de 6 a 20. Porém, existem pacientes que necessitam de um número maior de sessões para o tratamento com terapia cognitiva. Quando o indivíduo apresenta uma depressão intensa ou duradoura, com sintomas fisiológicos, pode ser que seja indicado o uso de medicação, para isso, é necessário que procure um médico psiquiatra. Aproximadamente a cada três pessoas deprimidas, duas podem ser ajudadas, por medicação antidepressiva. (POWELL *et al.* 2008).

Segundo Mendes (2005), o ambiente familiar pode determinar as características e o comportamento do idoso. Na família onde se predomina uma atmosfera saudável e harmoniosa entre as pessoas, todos possuem funções, papéis, lugares e posições e as diferenças de cada um são respeitadas e levadas em consideração e isso ajuda para o bem estar do idoso. Em famílias onde há desarmonia, o relacionamento é carregado de frustrações, com indivíduos deprimidos e agressivos. Os idosos tornam-se isolados socialmente e com medo de cometerem erros e serem punidos.

Sendo assim fica claro que os transtornos de humor são as desordens psiquiátricas mais comuns entre indivíduos com 60 anos ou mais. Estando a depressão em maior evidência, a depressão é caracterizada pela presença de humor predominantemente depressivo e/ou irritável e anedonia (diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria). Existe uma sensação subjetiva de diminuição de energia (cansaço, fadiga), desinteresse, lentificação, pensamentos pessimistas e ideias de ruína. Em geral, esses sintomas são acompanhados de modificações no sono e apetite, prejuízo cognitivo, alterações comportamentais e sintomas físicos. Podem ocorrer delírios ou alucinações congruentes com o humor como delírios de culpabilidade excessiva ou de saúde muito ruim, delírios de pobreza ou persecutórios; as alucinações são menos comuns, mas podem aparecer e tendem a ser visuais ou olfatórias.

Damásio (2011, p. 189) entende que as emoções são “a combinação de um processo avaliatório mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro (núcleos neurotransmissores no tronco cerebral),

resultando em alterações mentais adicionais”.

As emoções envolvem conjuntos complexos de respostas químicas e neurais que obedecem a um padrão, sendo que, numa emoção típica, determinadas regiões do cérebro que integram o sistema neural das emoções enviam informação para outras regiões do cérebro e regiões do corpo, através da circulação sanguínea e através de neurónios que atuam sobre outros neurónios, sobre músculos ou sobre vísceras, sendo a emoção induzida tanto por vias neuronais como químicas (DAMÁSIO 2011).

De acordo com Neto (2008, p. 9).

O reconhecimento de expressões faciais provenientes do meio ambiente é crucial para uma boa adaptação e um bom funcionamento social. Desta forma, as expressões faciais contêm uma “fonte rica e condensada de informações”, fornecendo, por seu turno, “pistas importantes sobre o estado emocional e as intenções dos indivíduos”.

Os profissionais da saúde, bem como os familiares ou cuidadores que lidam com este grupo etário devem ficar atentos aos sintomas depressivos mascarados, como dores inespecíficas, adinamia, insônia, perda de peso e queixas subjetivas de perda da memória, evitando imputar estas queixas ao envelhecimento, pois os tratamentos disponíveis melhoram muito os sintomas e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

### **3.4 O Relacionamento com o Cuidador**

Em razão das alterações físicas, sociais e psicológicas que podem ocorrer durante o processo de envelhecimento, um idoso pode se tornar dependente de outras pessoas para que sua qualidade de vida seja mantida. (PAVARINI, 1996). Segundo Baltes e Silverberg (1995), a dependência dos idosos é normalmente evidenciada em três dimensões: física, estrutural e comportamental. A dependência física está relacionada à falta de capacidade funcional para realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, como tomar banho, cuidar da aparência, alimentar-se, fazer compras, etc. Este tipo de dependência pode ocorrer em diferentes graus, dependendo do comprometimento funcional do idoso.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), o cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. É alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou

responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 8).

Muitos cuidados prestados aos idosos são realizados no domicílio, num ambiente familiar, o convívio familiar assim como o lar exerce sobre o idoso um papel importante na manutenção da sua própria identidade, podendo favorecer sua autonomia e independência, proporcionando-lhe melhorias para sua recuperação e qualidade de vida. (SMELTZER et al., 1998). Porém, o sucesso da recuperação do idoso no domicílio depende de profissionais preparados para prestar-lhes os cuidados necessários e total assistência. O cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui as internações hospitalares e, como consequência, reduz as complicações geradas de longas internações hospitalares.

Ravagni (2008), afirma que [...] embora a figura do cuidador domiciliar já tenha adquirido uma face pública nos países do primeiro mundo e conquiste cada vez mais importância nos programas voltados a pessoas que inspiram cuidados especiais, como idosos, crianças e pessoas portadoras de deficiência, esta atividade permanece obscura no Brasil.

A primeira dificuldade diz respeito à definição do cuidador domiciliar. Em função da natureza da atividade - cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física e afetiva - o cuidador pode ser desde um parente, que assume o papel a partir de relações familiares, até um profissional, especialmente treinado para tal fim. (...) “Se esta função, até um passado recente, foi percebida como função exclusivamente privada, hoje é preciso chamar a atenção para a dimensão pública da atividade do cuidador”. (CARVALHO, 1997, p. 37-8).

O cuidador geralmente é alguém próximo ou até da família, podendo trabalhar com ou sem remuneração, porém se dispor ao trabalho de cuidador de pessoas idosas ou de pessoas com alguma limitação física ou mental, é necessário ter perfil e qualidades específicas de humanização. É uma tarefa nobre, porém complexa, pois o ser humano é um complexo em sua maneira de viver e fazer suas escolhas ao longo da vida.

Assim nos diz o livro *Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. (RAVAGNI, 2008, p.56), referente às qualidades inerentes ao cuidador:

Para existir a condição de ajudar e apoiar o idoso em suas atividades do dia a dia são necessárias condições físicas. E também para conseguir realizar a tomada de decisões e iniciativas bem como ações rápidas são necessárias qualidades

intelectuais: Deve ter boa saúde física para ter condições de ajudar e apoiar o idoso em suas atividades de vida diária. Também tem que ter condições de avaliar e tomar decisões em situações de emergência que necessitam de iniciativas e ações rápidas. Deve haver compreensão dos momentos em que a pessoa idosa passa por momentos difíceis com sua família, com a gradativa diminuição das suas habilidades físicas e capacidades mentais, quando, por exemplo, tiver que ir se afastando de seu papel social, pois isso tudo pode prejudicar seu humor e consequentemente suas relações, por isso o cuidador precisa ser tolerante e paciente.

“Deve compreender os momentos difíceis que a família e a pessoa idosa podem estar passando, com a diminuição de sua capacidade física e mental, de seu papel social, que pode afetar seu humor e dificultar as relações interpessoais.” (RAVAGNI, 2008, p. 56).

O autor citado acima ainda frisa a importância da capacidade de observação, pois os idosos podem passar por alterações tanto físicas quanto psíquicas, emocionais, sintomatizando seus conflitos. “Capacidade de observação – O cuidador deve ficar atento às alterações que a pessoa idosa pode sofrer, tanto emocionais quanto físicas, que podem representar sintomas de alguma doença.” (RAVAGNI, 2008, p. 56).

Os cuidadores devem manter as questões da ética profissional no seu trabalho e também em suas relações com familiares:

É indispensável que a profissão seja exercida com dedicação, carinho, pontualidade, compromisso, pois a família e o idoso confiam na pessoa que exerce tal profissão, assim a responsabilidade é fundamental: Lembrar sempre que a família ao entregar aos seus cuidados a pessoa idosa está lhe confiando uma tarefa que, neste momento, está impossibilitada de realizar, mas que espera seja desempenhada com todo o carinho e dedicação. Como em qualquer trabalho, a pontualidade, assiduidade e o compromisso contratual devem ser respeitados. (RAVAGNI, 2008, p.82).

“As funções do cuidador domiciliar referem-se especialmente à ajuda nos hábitos de vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nos passeios e outros [...]” (CARVALHO, 1997, p. 37-8).

### **3.5 Empatia e a descoberta dos neurônios espelhos**

Para Ferreira (2011), empatia é a capacidade de se colocar e simular a perspectiva subjetiva do outro para compreender seus sentimentos e emoções. É uma resposta afetiva deflagrada pelo estado emocional do outro e uma compreensão dos estados mentais da outra pessoa. A capacidade de se colocar no lugar do outro, mostrar sensibilidade à perspectiva alheia, buscar crescer com a diferença do outro, está na raiz da empatia.

A busca pela compreensão dos sentimentos dos outros muitas vezes passa por uma compreensão muito além da comunicação verbal, pois, nem sempre as pessoas expressam aquilo que estão sentindo por palavras, mas, por gestos e expressões faciais e isto requer que o outro esteja em sintonia com suas próprias emoções para que possa interpretar estas demonstrações com habilidade. (FERREIRA, 2011). Os sentimentos de empatia tornam-se características fundamentais que vem à somar tanto nos relacionamentos pessoais como profissionais. Nas organizações, pessoas empáticas conquistam a confiança dos outros e estas se sentindo seguras passam a falar do que realmente estão sentindo e o que estão vivenciando em suas atividades. Desta forma a empatia contribui para este ciclo de confiança e bem estar nos relacionamentos, fator primordial nos relacionamentos organizacionais e para a área de recursos humanos.

Segundo Del Prette e Del Prette (2001), na perspectiva cognitivista, a empatia pode ser atualmente definida, em situações de demanda afetiva, como a capacidade de apreender sentimentos e de identificar-se com a perspectiva do outro, manifestando reações que expressam essa compreensão e sentimento. O autor ainda afirma que essa definição articula o aspecto cognitivo, o afetivo e o comportamental.

Os neurônios-espelhos são neurônios viso-motores que disparam tanto quando o animal realiza determinado ato como quando observa outro animal realizando o mesmo ato. Eles foram primeiro identificados no córtex pré-motor dos macacos (GALLESE et al., 1996; RIZZOLATTI et al., 1996) e depois na área de Broca nos humanos. (RIZZOLATTI; ARBIB, 1998). A primeira evidência da presença de neurônios-espelhos em humanos foram os estudos eletroencefalográficos da reatividade dos ritmos cerebrais durante a observação dos movimentos, que foram realizados já na década de 50 por Gastau e Bert, confirmados recentemente por Cochin e colaboradores e Ramachandran e colaboradores. (RIZZOLATTI et al., 2001).

O sistema-espelho está envolvido nas funções que dependem, em parte, do sistema motor. Se a tarefa exige compreensão da ação observada, então, as áreas motoras que codificam a ação são ativadas. Isso indica que há uma conexão intrínseca no sistema nervoso entre percepção e ação, e que a percepção seria uma simulação interna da ação. (BERTHOZ, 2003). Daí conclui-se que essa capacidade de simular a perspectiva do outro estaria na base de nossa compreensão das emoções do outro, de nossos sentimentos empáticos e, conseqüentemente, de nossos processos de decisão moral. (BERTHOZ; JORLAND, 2004).

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Este capítulo visa analisar os procedimentos de realização da pesquisa, com todos os critérios seguidos de forma ética.

### **4.1 Tipo de Estudo.**

Nesta pesquisa, um objeto de estudo foi determinado, as variáveis que participam e/ou interferem no processo foram identificadas, a existência (ou não) de relações de dependência entre as variáveis foi verificada, e, em outra etapa, analisamos a sua aplicabilidade prática, ou seja, de que modo esta pesquisa pode ser utilizada para interferir na realidade. Sendo assim, de acordo com Gil (2008), o presente estudo é uma pesquisa experimental, transversal e de caráter quantitativo.

### **4.2 Princípios Éticos**

Todos os princípios éticos da Declaração de Helsinque foram seguidos na presente pesquisa. Foi preservada a confidencialidade das fontes de informações. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar do estudo. Portanto, foram respeitados todos os preceitos e orientações referentes à Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos conforme dispositivos presentes na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual atualizou as diretrizes e normas regulamentadoras deste tema no país. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (5575-UFCG), conforme procedimentos da Plataforma Brasil e aprovado sem restrições conforme **Protocolo CAAE no 45144215.3.0000.5575**.

### **4.3 Participantes**

Participaram do estudo 23 pares de idoso-acompanhante. Para os idosos, a idade mínima foi estabelecida em 60 anos. Para os acompanhantes, um limite de idade não foi estabelecido, porém idosos acompanhados de seus conjugues também com idade avançada

não participaram da pesquisa. Foram excluídos os idosos com doenças terminais, com demência grave, incapacidade de comunicação e aqueles que se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os voluntários da pesquisa foram recrutados em residência própria, do idoso ou acompanhante.

#### **4.4 Instrumentos de Pesquisa**

Os instrumentos utilizados foram um questionário para coleta de dados sociodemográficos do idoso, a Escala Analógica de Empatia Emocional – EAEE, para avaliação do idoso pelo acompanhante, as Escala de Yesavage e Zung, para avaliação do estado emocional.

O questionário para dados sociodemográficos caracterizou a população estudada através das seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, ocupação, e morbidades. Essas informações são fundamentais para a compreensão do estado geral do idoso e complementação dos outros instrumentos de avaliação. (SANTOS et al., 2010).

A Escala Analógica de Empatia Emocional – EAEE foi criada para esta pesquisa visando a obtenção de um instrumento de fácil aplicação que possa ser usado de forma prática e rápida para coleta de dados sobre o estado emocional. A confecção da escala foi baseada na Escala Facial de Dor Revisada- EFD-R, que é uma escala de auto relato utilizada para medir a intensidade da dor aguda em crianças. A EFD-R apresenta seis rostos que expressam diferentes graus de dor desde “sem dor” até “a maior dor possível”, para cada face pode ser atribuído um valor de 0 a 10, a criança deve indicar o rosto que melhor expressa a dor que está sentindo. (HICKS et al, 2001). Na EAEE, foram utilizados 11 rostos, que foram correlacionados com números de 0 a 10, cada um apresentando uma expressão facial que denota um estado emocional desde “Tristeza absoluta” até “alegria absoluta” passando por um rosto central neutro. A cada acompanhante foi pedido que marcasse o rosto que mais se correlacionasse com o idoso em questão, esse rosto foi posteriormente associado a um número, sendo quantificado os rostos da esquerda para direita, de 0 a 10.

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1982), versão ampliada, consiste em 30 itens com questões fechadas “sim ou não”. Sua pontuação total é de 30 e pontuações maiores ou igual a 11 são indicativas de transtorno afetivo. (REICHEL et. al., 2001). Essa

escala se mostrou amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos.

O estado emocional dos idosos também foi avaliado pela Escala Abreviada de Zung. Surgiu nos Estados Unidos, desenvolvida por Zung (1965; 1972), que impulsionaram a melhora da qualidade dos diagnósticos, como também maior fidedignidade no acompanhamento clínico dos idosos com suspeita de depressão. A versão abreviada, validada por Díaz e colaboradores (2005), apresenta apenas 10 perguntas. Cada item da escala apresenta quatro alternativas que são pontuadas de 1 a 4 pontos, representando respectivamente, poucas vezes, algumas vezes, bastantes vezes, quase sempre. De um total de 40 pontos possíveis, consideram-se os escores abaixo de 22 = ausência de depressão, de 23 a 35 = depressão moderada; acima de 35 = depressão grave.

#### **4.5 Procedimento Experimental**

A realização do estudo se deu no domicílio do idoso e/ou acompanhante. A pesquisa iniciou com uma simples pergunta feita ao acompanhante do idoso. Vale a pena ressaltar que este acompanhante no momento da pesquisa não era necessariamente o cuidador direto desse idoso, mas poderia ser algum membro da família que tinha contato direto e constante com o mesmo. A pergunta feita foi: “Como é o estado emocional do idoso?”, em seguida a pessoa marcava o rosto referente aquele determinado estado emocional.

Essa pergunta foi realizada para o acompanhante sem que o idoso estivesse presente. Após a resposta, que se deu de forma objetiva (marcação de um rosto na ficha), uma pontuação foi posteriormente associada, sendo tristeza absoluta = 0; de 0 a 4 relacionado com algum grau de transtorno afetivo; 5= neutro; de 6 a 10 estado emocional preservado, 10= alegria absoluta. Dessa forma, a percepção do estado emocional do idoso pelo acompanhante foi devidamente quantificada.

O próximo passo foi aplicar os instrumentos de avaliação do estado emocional (Escala Abreviada de Zung e Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage) no idoso. A sequência de aplicação desses instrumentos foi aleatória e o tempo de aplicação dependia, obviamente, do estado geral do entrevistado. Os instrumentos foram respondidos exclusivamente pelos idosos e sem a interferência do acompanhante.

#### 4.6 Análise dos Dados

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, obtivemos os dados quantitativos para a percepção do acompanhante sobre o estado geral do idoso e também para o nível de depressão do idoso.

Esses dados foram tabulados no software Microsoft Office Excel 2010 para ambiente Windows. A análise estatística foi realizada para verificar a intensidade de relação entre as seguintes variáveis: percepção do acompanhante (PA); e estado emocional para Zung (EEZ) e estado emocional para Yesavage (EEY).

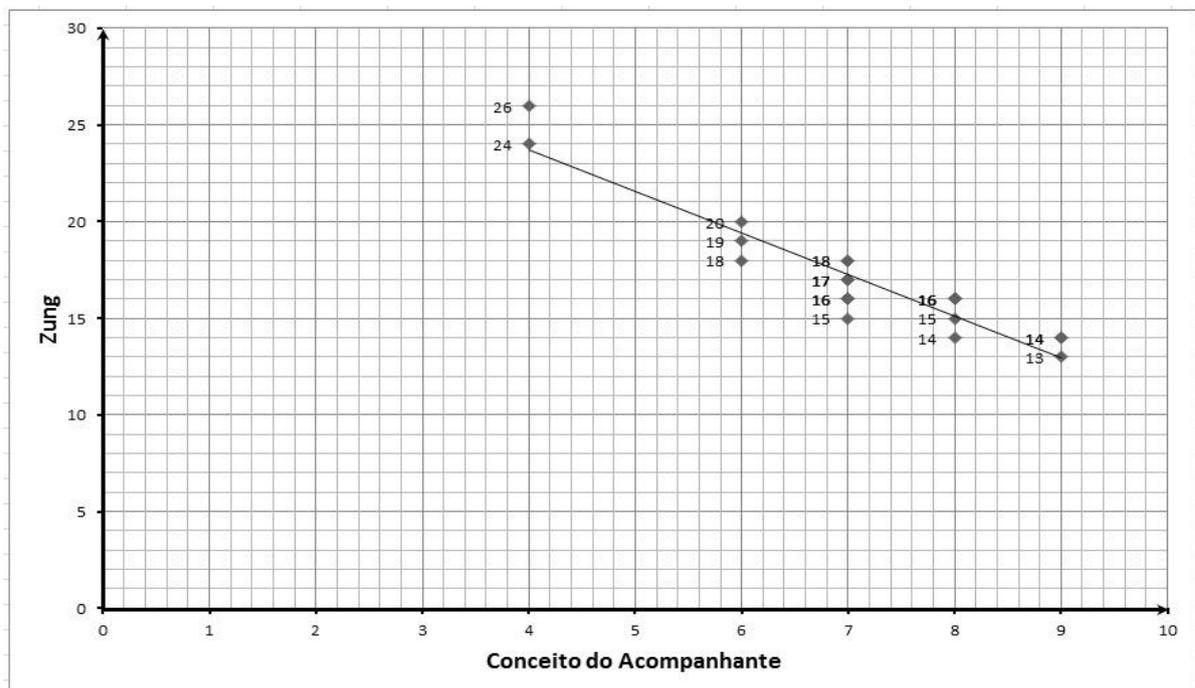
Foi utilizado o software Statistica 13.0 da Statsoft para ambiente Windows. Realizamos uma medida de associação de variáveis, calculando o coeficiente de correlação de Spearman. Esse coeficiente, o  $\rho$  de Spearman, mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Usa-se, em vez do valor observado, apenas a ordem das observações. Deste modo, este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição, nem à presença de “outliers” (valores atípicos), não exigindo portanto que os dados provenham de duas populações normais. O coeficiente  $\rho$  de Spearman varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis caminham em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável e vice e versa para o sinal positivo. Foram consideradas significativas as associações com probabilidade menor que 5% ( $p > 0.05$ ).

## 5 RESULTADOS

Os dados sociodemográficos informam que dos 23 idosos participantes da pesquisa 10 (43,4%) eram homens, com média de idade de 70,2 anos ( $\pm 6$ ) e 13 (56,6%) eram mulheres, com média de idade de 69,2 anos ( $\pm 7$ ). Dentre todos os idosos ( $n=23$ ), 1 (4,34%) era analfabeto, 9 (39,1%) apresentavam o primeiro grau incompleto, 8 (34,7%) apresentavam o primeiro grau completo, 3 (13,0%) apresentavam nível médio completo, 1 (4,34%) possuía magistério e 1 (4,34%) apresentava nível superior completo.

Os resultados mostram que houve correlação significativa entre todas as variáveis. Houve uma forte correlação negativa e significativa entre a variável percepção do acompanhante e nível emocional de acordo com ZUNG ( $\rho$  Spearman = - 0.88;  $p > 0,001$ ). Essa correlação negativa significa que quanto maior é a pontuação atribuída ao idoso pelo acompanhante, menor será o nível de depressão desse idoso avaliado pela escala de ZUNG. (figura 1).

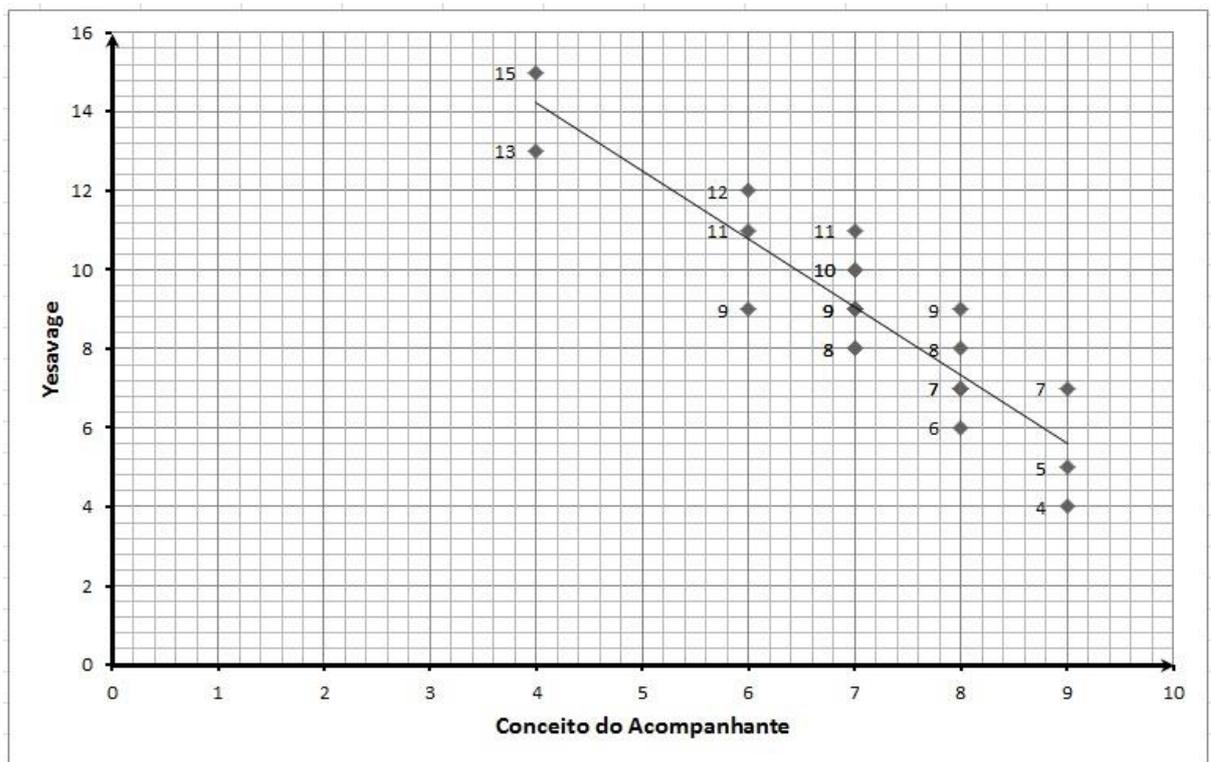
Figura 1: Gráfico de dispersão mostrando a correlação entre o CA e a EEZ. A reta descendente indica a forte correlação negativa entre a percepção do acompanhante e o estado emocional avaliado através da EEZ.



Fonte: Araújo e Costa (2016)

Houve também uma correlação negativa e significativa entre a variável percepção do acompanhante e nível emocional de acordo com Yesavage ( $\rho$  Spearman = - 0.87;  $p > 0,001$ ). Essa correlação negativa significa que quanto maior é a pontuação atribuída ao idoso pelo acompanhante, menor será o nível de depressão desse idoso avaliado pela escala de Yesavage. (figura 2).

Figura 2: Gráfico de dispersão mostrando a correlação entre o CA e a EEY. A reta descendente indica a forte correlação negativa entre a percepção do acompanhante e o estado emocional avaliado através EEY.



Fonte: Araújo e Costa (2016)

A correlação negativa entre as variáveis pode ser explicada pelo fato das grandezas serem inversamente proporcionais, ou seja, a medida que uma cresce a outra diminui na mesma proporção.

## 6 DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento é um fator determinante na vida dos idosos do Brasil e do mundo, uma vez que este causa diversas modificações no corpo e no organismo, deixando o idoso mais vulnerável a patologias e limitações ao longo do tempo. Para Saldanha e Caldas (2004) o envelhecimento corresponde a um processo biológico universal fundamental para todos os seres vivos não se resumindo em apenas uma simples passagem de tempo, pois é um processo dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado por inúmeras manifestações, nos campos biológicos, psíquicos e sociais, que acontecem ao longo da vida.

Del Prette e Del Prette (1999) relacionam a qualidade de vida à questão das relações sociais enquanto fatores de saúde mental e de desenvolvimento. Na terceira idade, as principais características com relação ao comportamento do idoso são as diminuições das capacidades sensoriais e redução da prontidão para a resposta. A boa qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo biológico ou psicológico, nem uma responsabilidade individual, mas, sim, um produto da interação entre pessoas vivendo numa sociedade em transformação. (NERI, 1997; PEREIRA, 2002).

Sendo assim, o presente estudo avalia a percepção do estado emocional do idoso pelo acompanhante, verificando se quem vive próximo a este idoso o compreende de forma adequada. A pesquisa foi conduzida com o intuito de comparar a avaliação feita pelo acompanhante sobre o estado geral do idoso através de dados obtidos da EAEE com o resultado de duas escalas validadas que quantificam o nível de depressão.

Trentini e colaboradores (2006) citam diversos estudos que são discordantes nessa comparação entre a opinião do acompanhante e o estado geral real do idoso (CARTER & CARTER, 1994; CHAPPELL & KUEHNE, 1998; LONG ET AL., 1998; MACKENZIE, ROBINER, & KNOPMEN, 1989; PEARLIN, MULLAN, SEMPLE, & SKAFF, 1990; TERI & WAGNER, 1991; WETLE, LEVKOFF, CWIKEL, & ROSEN, 1988; ZWEIBEL & LYDENS, 1990). Segundo Pruchno, Burant e Peters (1997), deve-se observar que o estado do acompanhante pode levar a essas discordâncias, pois cuidadores cansados ou deprimidos podem perceber erroneamente o idoso, que seria cuidado como um indivíduo mais ou menos debilitado do que de fato é.

O uso de uma escala onde o entrevistado foi orientado a escolher um entre vários rostos com diferentes expressões faciais, possibilitou que este pudesse expressar uma relação de empatia, interligando a imagem do rosto na escala com a percepção subjetiva que possuiu do idoso ao qual acompanha. Esta capacidade empática e de imitação não é exclusiva dos adultos, nem sequer das crianças. Embora de forma muito mais rudimentar, acontece desde o berço.

A busca por instrumentos devidamente testados é o que complementa a prática do profissional, especialmente na área da saúde. Por isso, ainda precisamos de maiores esforços para incorporar a avaliação do estado emocional do idoso e sua relação com o acompanhante na prática cotidiana e, também, na procura por novos instrumentos apropriados que auxiliem nessa tarefa.

No presente trabalho, não avaliamos o cuidador especificamente, mas estendemos a percepção do estado geral do idoso a qualquer acompanhante ou pessoa que tenha um contato direto e constante com ele. A proposta da pesquisa é verificar se o idoso tem seu estado emocional adequadamente percebido por quem vive com ele e não somente por quem é responsável pelo cuidado direto desse idoso.

Nossos resultados mostram claramente que o estado emocional do idoso (avaliado pela EAEE) é adequadamente percebido pelos acompanhantes, visto que existiu uma correlação negativa e significativa dessas variáveis com as escalas de Zung e Yesavage sendo o  $\rho$  Spearman de -0,88 e -0,87 respectivamente, essa medida estatística considera como correlação máxima entre duas grandezas os extremos -1 e 1, e como correlações significantes os números cada vez mais próximos desses extremos. Esse tipo de comparação entre duas escalas, que avaliam o mesmo constructo, é considerado um caso de concordância mais do que correlação. (BLAND; ALTMAN, 2010 BECKSTEAD, 2011). Um alto grau de concordância entre duas escalas indica que elas podem ser intercambiáveis ou, em outras palavras que elas produzem de maneira consistente a mesma classificação de indivíduos. (SVENSSON, 2000).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados discutidos permitem constatar que existe uma forte correlação entre o real estado emocional do idoso e a percepção do acompanhante, quando utilizamos uma escala de empatia baseada na visualização direta de imagens que representam determinados níveis emocionais. Nossos resultados mostram que a EAEE possui propriedades similares as escalas mais usuais, apresentando também uma melhor aceitação entre os entrevistados.

A avaliação da relação individual entre a EAEE e as escalas de Zung e Yesavage mostrou que existe uma concordância satisfatória entre as escalas. Os entrevistados se mostraram mais confortáveis durante a aplicação da EAEE, sendo necessário um menor tempo de explicação por parte do examinador, em oposição às outras escalas que proporcionaram um grau maior de dificuldade tanto para o aplicador quanto para o entrevistado.

Concluimos que a EAEE pode ser usada como um eficaz instrumento de coleta de dados, apresentando as qualidades de ser facilmente aplicável e possuir significativa correlação com as escalas validadas na área, no entanto, existe a necessidade de um estudo mais amplo que possa abordar um número maior de participantes e dessa forma avaliar melhor sua aplicabilidade prática e eficácia.

## REFERÊNCIAS

- BALTES, M.M., SILVERBERG, S. **A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida.** In: NERI, AL. (organizador) *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papirus, p. 73-110, 1995.
- BERTHOZ, A. **La Décision.** Paris: Odile Jacob, 2003.
- BERTHOZ, A.; JORLAND, G. (Org.). **L'Empathie.** Paris: Odile Jacob, 2004.
- BERZINS, M. A. V. da S. **Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada.** *Revista Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, ano XXIV, nº 75, Edição Especial (Coleção Velhice e Envelhecimento), 2003.
- BLAND, J.; ALTMAN, D. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. **International Journal of Nursing studies**. V. 47, p.931-936, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.**
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Uma Nova Concepção de Proteção às Pessoas Portadoras de Deficiência. Série Programas de Assistência Social. **Secretaria de Assistência Social / MPAS, IEE/PUC-SP, FATG.** Brasília, p. 37-38, 1997.
- CHAIMOWICZ. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde doença. **Acta Scientiarum, Health Sciences**, Maringá, v.26, 1997.
- DAMÁSIO, A. O erro de descartes: Emoção, razão e cérebro humano. Lisboa: **Temas e Debate**, 2011.
- DECETY, C.A.S.; et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n. 6, 2010.
- DEL PRETTE, Z. A. P., & Del Prette, A. **Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e educação.** Petrópolis: Ícone, 1999.
- DEL PRETTE, A. & Del Prette, Z. A. P. **Psicologia das Relações Interpessoais: vivências para o trabalho em grupo.** Petrópolis:Ícone, 2001.
- DÍAZ, F.K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, 2005.
- DUMONT S, et al. Measurement challenges of informal caregiving: a novel measurement method applied to a cohort of palliative care patients. **Soc Sci Med, Brain**, 2010.
- FALEIROS, Vicente de Paula. **Cidadania: os idosos e a garantia dos seus direitos.** In: NERI, A. L. *Idosos no Brasil. Vivências, desafios e expectativas na terceira idade.* São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC, 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Cidadania: os idosos e a garantia dos seus direitos**. In. NERI, A. L. Idosos no Brasil. Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC, P. 59, 2007.

FERREIRA, P.C.S.; TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, R.A.P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 29-35. 2011.

FIGUEIREDO, L. Cuidados familiares ao idoso dependente. **Climepsi Editores**. Lisboa: Makron Books, 2007.

GALLESE, V. et al.; RIZZOLATTI et al. **Action recognition in premotor cortex**, Brain, v. 119, n. 2, p. 593-609, 1996.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psiquiátrico. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004.

GERRITSEN, D; et al.. Act in case of depression: The evaluation of a care program to improve the detection and treatment of depression in nursing homes. **Study protocol. BMC Psychiatry**, p.11, 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HICKS, C. et al., **The Faces Pain Escalade - Revised**: toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain, v.93, n.2, p. 173-183, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) [homepage na Internet]. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980–2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE – DEPIIS [acesso em 2016 Abr 25]. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

LAMEIRA, A.P.; GAWRYSZEWSKI, L.G.; PEREIRA, A. Neurônios Espelho. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, 2006.

MAGALHÃES, Dirceu Nogueira. **Invenção Social da Velhice**. Rio de Janeiro, p. 15-17, 1989.

MENDES, Patrícia. **Cuidadores: Heróis Anônimos do Cotidiano**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Entre a liberdade e dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Brasília, p. 8, 2008.

NERI, A. L.; PEREIRA. **Qualidade de vida na velhice**. In M. Delitti (Ed.), Sobre comportamento e cognição. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental (pp. 34-40). São Paulo, 2002.

NETO, W. C. A. Efeitos do escitalopram sobre a identificação de expressões faciais (Dissertação de Mestrado). **Retirado de Biblioteca Digitais de Teses e Dissertações da USP**. 2008.

PAVARINI, S. C. I. **Dependência Comportamental na Velhice**: Uma Análise do Cuidado Prestado ao Idoso Institucionalizado. Campinas, S.P.: 1996. Tese (Doutorado), Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP – SP, 1996.

PEARSON. BROWN. Understanding the wellbeing of care receivers. **The Gerontologist**, v. 37, n. 1, p. 102-109, 2000.

PENNA, K.; SANTO, J. Establishing the limits and characteristics of normal age-related cognitive decline. **La Revue d'épidémiologie et de santé publique**, v. 45, n. 5, p. 373-381, 2000.

POWELL, G.E.M; et al. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família no município de Limoeiro-Pe. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 82-87, jan/mar, 2008.

PRUCHNO, K.W.; BURANT, S.L.; PETERS Psychometric intelligence and aging. In: BLANCHARD-FIEDS, E.; HESS, T.M. (edit.). **Perspectives on cognitive change in adulthood and aging**. New York: McGraw Hill, 1997.

RAVAGNI, Leda Almada Cruz de. **O cuidador da pessoa idosa**: formação e responsabilidades. In: Cuidar melhor e evitar a Violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Tomiko Born (organizadora) – Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

REICHEL, T.E.; et al. Determinant factors of functional status among the elderly. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2001.

RIZZOLATTI, G., et al. Premotor cortex and the recognition of motor actions. **Cognitive Brain Research**, v. 3, n. 2, p. 131-141, 1996.

RIZZOLATTI, G.; FOGASSI, L.; GALLESE, V. Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 2, n. 9, p. 661-669, 2001.

ROCHA, J.P.; KLEIN, O.J.; PASQUALOTTI, A. Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 115-128, 2014.

SALDANHA, G.S.; CALDAS, I.C.K.O. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica em saúde. **Revista de Enfermagem Centro-Oeste Mineiro**, v. 3, n. 3, p. 820-828, 2004.

SALGUEIRO, H.G. Determinantes psico-sociais da depressão no idoso. **Revista Nursing**, p. 222, 2007.

SMELTZER, S.R.; et al. Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-764, 1998.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 115-122, mar, 2010.

SANTOS, C.S.; et al. Avaliação da confiabilidade do Mini-Exame do Estado Mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 406-412, 2010.

SVENSSON, E. Concordance between ratings using different scales for the same variable. **Statistics in Medicine**. v.19, p. 3483-3496, 2000

TOLEDO, D.R.; BARELA, J.A. Diferenças sensoriais e motoras entre jovens e idosos: contribuição somatossensorial no controle postural. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 3, p. 267-275, jun, 2010.

TRENTINI, C.M.; et al. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. **Estudos de Psicologia**, Natal-RN, v. 11, n. 2, p. 191-197, ago, 2006.

TRIADÓ, C. T., & OLIVARES, M. J. O. Las relaciones abuelos-nietos. In H. S. Pinazo & M. M. Sánchez (Orgs.), **Gerontología: Actualización, innovación y propuesta**. (pp. 259-288) Madrid: Pearson Educación S.A, 2005.

VELARDE, J.E.; AVILA, F.C. Methods for quality of life assessment. **Salud Pública de México**, v. 44, n. 4, p. 349-361, 2002.

VERAS, Renato. **A longevidade da população: desafios e conquistas**. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez. Ano XXIV, n. 75, p. 5 – 33, 2003.

VERAS RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad Saude Publica**. 2012;28(10):1834-40. PMID:23090164. Rio de Janeiro, 2009.

VERAS, I.M.C. **A auto percepção do envelhecimento e os traços de personalidade em idosos**. Tese (Mestrado em Psicologia) Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.

YESAVAGE, J.A. Degree of dementia and improvement with memory training. **Clinical Gerontologist**, London, v. 1, p. 77-81, 1982.

ZUNG, W.W.K. A self rating depression scale. **Archives of General Psychiatry**, London, n. 12, p. 63-70, 1965;1972.

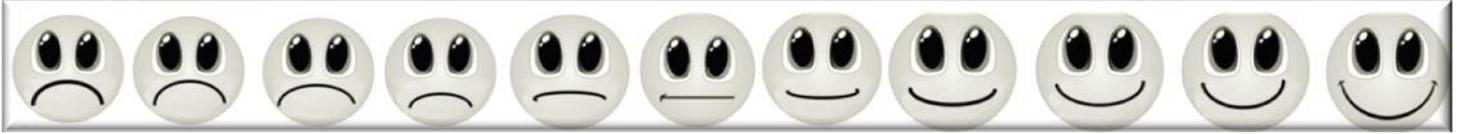
**APÊNDICE A - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS****QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Idade:	Sexo:	Escolaridade:
Ocupação:		
Morbidades:		

**RESULTADOS**

Conceito do Acompanhante:	
Escala de Yesavage	
Escala de Zung:	

**APÊNDICE B - ESCALA ANALÓGICA DE EMPATIA EMOCIONAL - EAEE**



**ANEXO A - ESCALA DE DEPRESSÃO ABREVIADA DE ZUNG**

<b>PERÍODO/CARACTERÍSTICAS</b>	<b>NUNCA</b>	<b>ALGUMAS VEZES</b>	<b>BOA PARTE DO TEMPO</b>	<b>SEMPRE</b>
1.Sente-se triste?	1	2	3	4
2.Tem dificuldade de dormir à noite?	1	2	3	4
3.Sente-se melhor pela manhã?	4	3	2	1
4.Alimenta-se como sempre?	4	3	2	1
5. Fica cansado sem razão?	1	2	3	4
6. Acha difícil tomar decisões?	1	2	3	4
7. Sente-se com esperança acerca do	4	3	2	1
8.Sente-se útil e necessário?	4	3	2	1
9.Sua vida é vazia?	1	2	3	4
10.Ainda tem prazer em fazer o que	4	3	2	1
			<b>TOTAL =</b>	

Fonte: Zung (1965, 1972).

**ANEXO B - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE**

<b>PERGUNTAS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Você está satisfeito com sua vida?	( ) 0	( ) 1
2. Abandonou muito de seus interesses e atividades?	( ) 1	( ) 0
3. Sente que sua vida está vazia?	( ) 1	( ) 0
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	( ) 1	( ) 0
5. Você tem muita fé no futuro?	( ) 0	( ) 1
6. Tem pensamentos negativos?	( ) 1	( ) 0
7. Na maioria do tempo está de bom humor?	( ) 0	( ) 1
8. Tem medo que algo de mal vá lhe acontecer?	( ) 1	( ) 0
9. Sente-se feliz na maioria do tempo?	( ) 0	( ) 1
10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado?	( ) 1	( ) 0
11. Sente-se frequentemente intranquilo?	( ) 1	( ) 0
12. Prefere ficar em casa em vez de sair?	( ) 1	( ) 0
13. Preocupa-se muito com o futuro?	( ) 1	( ) 0
14. Acha que tem mais problema de memória que os outros?	( ) 1	( ) 0
15. Acha bom estar vivo?	( ) 0	( ) 1
16. Fica frequentemente triste?	( ) 1	( ) 0
17. Sente-se inútil?	( ) 1	( ) 0
18. Preocupa-se muito com o passado?	( ) 1	( ) 0
19. Acha a vida muito interessante?	( ) 0	( ) 1
20. Para você é difícil começar novos projetos?	( ) 1	( ) 0
21. Sente-se cheio de energia?	( ) 0	( ) 1
22. Sente-se sem esperança?	( ) 1	( ) 0
23. Acha que os outros têm mais sorte que você?	( ) 1	( ) 0
24. Preocupa-se com coisas sem importância?	( ) 1	( ) 0
25. Sente frequentemente vontade de chorar?	( ) 1	( ) 0
26. É difícil para você concentrar-se?	( ) 1	( ) 0
27. Sente-se bem ao despertar?	( ) 0	( ) 1
28. Prefere evitar as reuniões sociais?	( ) 1	( ) 0
29. É fácil para você tomar decisões?	( ) 0	( ) 1
30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente?	( ) 0	( ) 1
	<b>TOTAL</b>	

**ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa ENVELHECIMENTO e sua participação não é obrigatória.
2. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
3. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
4. Os objetivos deste estudo são VERIFICAR COMO O IDOSO É PERCEBIDO NO MEIO EM QUE ELE VIVE.
5. Sua participação nesta pesquisa consistirá em RESPONDER ALGUMAS PERGUNTAS DE QUESTIONÁRIOS ESTRUTURADOS.
6. Os riscos relacionados com sua participação estão relacionados com a quebra de sigilo dos dados constrangimento e estresse.
7. Os benefícios relacionados com a sua participação são RELACIONADOS COM O DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO PARA AS CIÊNCIAS DA SAÚDE.
8. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
9. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.
10. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, agora ou a qualquer momento.

Coordenador do Projeto:

Dr. Allan Pablo do Nascimento lameira

Contato: (83) 8132-1099 – [allanpablolameira@gmail.com](mailto:allanpablolameira@gmail.com)

Endereço:

Universidade Federal de campina Grande – UFCG

Centro de Formação de Professores – CFP

Unidade Acadêmica Ciências da Vida

Laboratório de Anatomia Humana

Cajazeiras – Paraíba

Essa pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Formação de Professores – Cajazeiras, Paraíba. Contato (83) 3252-2074.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCG.

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Sujeito da pesquisa (acompanhante)**

\_\_\_\_\_  
**Sujeito da pesquisa (Idoso)**