



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Serei compreendido?

Tomada de perspetiva, idadismo e relações de qualidade em contextos de saúde

Sofia Maria Escudeiro de Sousa Barrocas

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Doutora Sibila Marques, Professora Auxiliar
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora:

Doutora Patrícia Pereira, Professora Adjunta
ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Maio, 2021

Serei compreendido?

Tomada de perspetiva, idadismo e relações de qualidade em contextos de saúde

Sofia Maria Escudeiro de Sousa Barrocas

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Doutora Sibila Marques, Professora auxiliar
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora:

Doutora Patrícia Pereira, Professora Adjunta
ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Maio, 2021

*Ao meu pai e à minha mãe,
Que me deram a vida
E às minhas duas filhas, Rebeca e Carolina,
que acrescentaram luz à minha vida.*

Agradecimento

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Escola de Enfermagem em Lisboa pela disponibilização dos recursos para a investigação, assim como agradecer a todos os estudantes que despenderam do seu tempo para participar.

Agradeço à minha orientadora professora Sibila Marques pela sua colaboração neste processo e pelo conhecimento transmitido.

Agradeço à minha coorientadora professora Patrícia Pereira pela sua apreciação e apoio.

Agradeço no geral à família e amigos mesmo que distantes, estiveram presentes, mas quero deixar alguns agradecimentos em particular.

Agradeço-te pai pelos valores enormes que me passaste.

Agradeço-te mãe por me teres passado a energia e a força necessária para este trajeto.

Agradeço-vos minhas filhas, Rebeca e Carolina pelo tempo que me deram, pela compreensão e amor que me transmitem, são uma inspiração para mim, grata.

Agradeço-te irmã pela compreensão e apoio ao ter tomado conta da nossa mãe neste momento em que estive mais ausente.

Agradeço-te tia Matilde (titi) por me teres ensinado a perseverança, tão necessária para este caminho.

Agradeço-te Vasco, por estares aqui neste momento e por me teres acompanhado neste desafio que nos desafiou aos dois.

Agradeço-te meu amigo Henrique Areias pela tua escuta ativa e orientação neste processo, assim como ao teu apoio incondicional. Obrigada por me ajudares a levantar.

Agradeço-te meu amigo Pedro Guerne por me teres ouvido e estares sempre presente para me apoiar de uma forma incondicional. Obrigada também por me ajudares a levantar.

Agradeço-vos minhas grandes amigas, Ana Branco e Catarina Santulhão, que fizeram parte desta caminhada e me inspiraram com a vossa força e apoio, mesmo estando longe estavam presentes.

Agradeço-te muito Duda pelo teu apoio, disponibilidade e ajuda com a Carolina, fizeste toda a diferença neste processo.

Resumo

A forma como os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes tem um grande impacto na saúde e no bem-estar dos pacientes. O presente estudo experimental teve por objetivo perceber o impacto da estratégia tomada de perspectiva nas atitudes dos profissionais de saúde para com os pacientes nas variáveis empatia, abordagem centrada no paciente e no idadismo e saber se existe diferença entre as duas manipulações, tomar a perspectiva da pessoa idosa e tomar a perspectiva da pessoa jovem. Os participantes ($N = 183$) foram estudantes de enfermagem com idade média de 19 anos ($DP = 60.22$) e maioritariamente do sexo feminino (91.8%). Estes foram aleatoriamente distribuídos por quatro condições, duas experimentais (tomada de perspectiva da pessoa jovem e tomada de perspectiva da pessoa idosa) onde receberam instruções para fazer um exercício escrito de tomada perspectiva e por duas de controlo, com instruções para fazer um exercício neutro ou sem qualquer exercício. No presente estudo foi medido o efeito da tomada de perspectiva na empatia, abordagem centrada no paciente e no idadismo. Os resultados mostraram efeitos da tomada de perspectiva numa das subdimensões da empatia revelando que os participantes que assumiram a perspectiva da pessoa jovem revelaram maior empatia do que os participantes nas outras condições. Para mais, verificou-se ainda um padrão de idadismo benevolente sendo que os participantes classificaram de forma significativa as pessoas idosas como sendo mais afetuosas do que competentes.

Estes resultados são discutidos à luz das suas implicações para a comunicação entre os profissionais e as pessoas de diferentes idades em contextos de saúde.

Palavras-chave: profissionais de saúde, tomada de perspectiva, empatia, abordagem centrada no paciente, idadismo (estereótipos), comunicação

Códigos de Classificação (*American Psychological Association*):

3400 Questões Profissionais de Psicologia e Pessoal de Saúde

3410 Educação e Treinamento Profissional

3430 Atitudes e características do pessoal profissional

Abstract

The way health professionals relate to patients has a major impact on the health and well-being of patients. The present experimental study aimed to understand the impact of the strategy perspective-taking on the attitudes of health professionals towards patients in the variables empathy, patient-centered approach and ageism and explore potential differences between two manipulations (taking the perspective of a younger or of an older person). The participants ($N = 183$) were nursing students with a mean age of 19 years old ($SD = 60.22$) and mostly female (91.8%). These were randomly distributed by four conditions, two experimental conditions (taking the perspective of a younger or of an older person) where they were instructed to do a written exercise of perspective taking and by two control conditions, with instructions to do a neutral exercise or without any exercise. In the present study, the effect of perspective-taking on empathy, patient-centered approach and ageism were measured. The results showed effects of perspective taking on one of the subdimensions of empathy, revealing that participants who took the perspective of younger people showed greater empathy than participants in the other conditions. Furthermore, there was also a pattern of benevolent ageism, with participants significantly classifying older people as being more affectionate than competent. These results are discussed in the light of their implications for communication between professionals and people of different ages in health contexts.

Keyword: health professionals, perspective-taking, empathy, patient-centered approach, ageism (stereotypes), communication

Classification Codes (*American Psychological Association*):

3400 Professional Psychology Issues and Health Personnel

3410 Professional Education and Training

3430 Attitudes and characteristics of professional staff

Índice

| | |
|--|-----|
| Agradecimento | iii |
| Resumo | v |
| Abstract | vii |
| Capítulo 1 – Enquadramento teórico..... | 1 |
| 1.1.A relação social no contexto da saúde | 5 |
| 1.2.Empatia | 6 |
| 1.2.1. Empatia | 6 |
| 1.2.2. <i>Jefferson Scale Empathy</i> | 7 |
| 1.2.3. Características empáticas e repercussões na saúde | 7 |
| 1.3.Abordagem centrada no paciente..... | 9 |
| 1.3.1. Definição e princípios | 9 |
| 1.3.2. Repercussões na saúde. | 10 |
| 1.4.Idadismo | 11 |
| 1.4.1. Definição de idadeísmo. | 11 |
| 1.4.2. Estereótipos. | 12 |
| 1.4.3. Idadismo flagrante e subtil. | 13 |
| 1.4.4. Idadismo e a saúde. | 14 |
| 1.4.4.1. Existe idadeísmo nos estudantes e profissionais de saúde?. | 14 |
| 1.4.4.2. Atitudes e comportamentos idadeístas. | 15 |
| 1.4.4.3. Idadismo e decisões clínicas. | 16 |
| 1.4.5. Combater o idadeísmo. | 16 |
| 1.5. Tomada de perspectiva | 17 |
| 1.5.1. Definição. | 17 |
| 1.5.2. Como tomar a perspectiva do outro? | 18 |
| 1.5.3. Efeitos na empatia e na abordagem centrada no paciente..... | 18 |
| 1.5.4. Efeitos no idadeísmo..... | 20 |
| 1.6. O presente estudo | 21 |
| 1.6.1. Objetivos e hipóteses | 22 |

| | |
|--|----|
| Capítulo 2 - Método | 24 |
| 2.1. Design | 24 |
| 2.2. Participantes | 24 |
| 2.2.1. Caraterização sócio demográfica | 24 |
| 2.3. Instrumentos..... | 26 |
| 2.3.1. Manipulações | 26 |
| 2.3.2. Empatia | 27 |
| 2.3.3. Abordagem centrada no paciente..... | 33 |
| 2.3.4. Traços estereotípicos..... | 35 |
| 2.4. Procedimento | 36 |
| Capítulo 3 - Resultados | 39 |
| 3.1. Pressupostos da ANOVA <i>one-way</i> na JSE-HPS e na PPOS | 39 |
| 3.2. Análise das hipóteses do estudo..... | 40 |
| 3.2.1. Efeito da tomada de perspetiva na empatia..... | 40 |
| 3.2.2. Efeito da tomada de perspetiva na abordagem centrada no paciente | 44 |
| 3.2.3. Efeito da tomada de perspetiva na atribuição de traços estereotípicos | 45 |
| 3.4. Correlações | 48 |
| Capítulo 4 - Discussão..... | 49 |
| 4. Discussão dos resultados | 51 |
| 4.1. Limitações e estudos futuros..... | 54 |
| 4.2. Implicações teóricas e práticas..... | 57 |
| 4.3. Considerações finais | 57 |
| Referência Bibliográficas | 59 |
| Anexos..... | 71 |

Índice de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 2.1. Caracterização sócio demográfica da amostra | 25 |
| Quadro 2.2. Resultado de uma análise fatorial à <i>Jefferson Scale Empathy</i> (JSE-HPS) | 32 |
| Quadro 2.3. Resultado de uma análise fatorial à <i>Patient-Practitioner Orientation Scale</i> (PPOS)..... | 35 |
| Quadro 3.1. Análise descritiva da empatia, abordagem centrada no paciente e dos traços estereotípicos..... | 89 |
| Quadro 3.2. Atributos segundo valores médios decrescentes de estereotipicalidade que os participantes consideram como associados às pessoas jovens e às pessoas idosas..... | 44 |
| Quadro 3.3. Matriz de correlações das variáveis da empatia, abordagem centrada no paciente, traços estereotípicos e das diferentes condições..... | 90 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 3.1. - Efeito da manipulação tomada de perspectiva na variável empatia..... | 41 |
| Figura 3.2. - Efeito da manipulação tomada de perspectiva na variável tomada de perspectiva. | 42 |
| Figura 3.3. - Efeito da manipulação tomada de perspectiva na variável compaixão..... | 43 |
| Figura 3.4. - Efeito da manipulação tomada de perspectiva na variável capacidade de se colocar no lugar do outro..... | 43 |
| Figura 3.5. - Efeito da manipulação tomada de perspectiva na variável abordagem centrada no paciente..... | 44 |
| Figura 3.6. - Gráfico da média obtida nos dois fatores do grupo alvo..... | 47 |

Glossário de siglas

DGS – Direção Geral da Saúde

JSE-HP – *Jefferson Scale Empathy - Health Professionals*

JSE-HPS – *Jefferson Scale Empathy – Health Professions Student*

JSE-S - *Jefferson Scale of Empathy – Student*

JSPE - *Jefferson Scale Physician Empathy*

OMS - Organização Mundial da Saúde

PPOS - *Patient-Practitioner Orientation Scale*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

Introdução

A relação humana, onde está subjacente a comunicação e a interação social, tem um impacto biopsicossocial no ser humano nos diferentes contextos onde este interage.

No contexto da saúde a qualidade da interação entre o profissional de saúde e o paciente, e a forma de comunicar que se estabelece nessa relação, têm um papel relevante, tendo um impacto na qualidade dos cuidados de saúde e nos resultados de saúde (Bensing et al., 2001; Nunes, 2007; Street et al., 2009).

Nas últimas décadas, devido à crescente mudança tecnológica e a mudanças de perspetiva onde os valores humanos ficam cada vez mais excluídos, esta interação tem se deteriorado provocando um maior distanciamento do profissional de saúde (Loureiro et al., 2011). Este contexto aliado à cultura de cada instituição de saúde e às características individuais de cada profissional de saúde criam uma determinada dinâmica com características próprias onde se encontram presentes diferentes variáveis que podem ser mais ou menos benéficas para a relação.

Destas variáveis a literatura realça a empatia, a abordagem centrada no paciente e os estereótipos (i.e. preconceito) como dimensões relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde e com um impacto significativo nos resultados da saúde (Grilo et al., 2014; Nunes, 2007; Ribeiro & Amaral, 2008; Wandner et al., 2015). A empatia como atributo pessoal dá-nos a capacidade de entrar em ressonância com o outro, sendo assim uma mais valia na promoção da saúde e no tratamento da doença (Wandner et al., 2015). A abordagem centrada no paciente permite estabelecer uma relação que facilita e promove o envolvimento e a auto gestão do paciente gerando uma maior satisfação, assim como uma maior adesão aos tratamentos e subsequentemente com efeitos ao nível da saúde (Ribeiro & Amaral, 2008). Em relação aos estereótipos que atribuímos por vezes de forma automática, é evidenciado que eles podem ser uma barreira e influenciar de uma forma negativa esta interação (Nunes, 2007). Estes geram atitudes preconceituosas e discriminatórias em relação a determinados grupos ou pessoas que pelas suas características (e.g. etnia, idade, sexo) podem ser assim mais suscetíveis de obter uma menor qualidade nos serviços de saúde (Nelson, 2004). Neste estudo iremos nos focar no preconceito baseado na idade a que se dá o nome de idadismo.

O idadismo, neste contexto, é relevante porque a população mundial tem vindo a envelhecer, logo poderá ser esta quem mais recorrerá aos serviços de saúde (Nelson, 2004).

A literatura refere, principalmente, a existência de idadismo na população mais velha no contexto da saúde (Kite et al., 2004; Palmore et al., 2005) e menciona existir um tratamento diferenciado e uma preferência para tratar pessoas jovens em relação a pessoas idosas por diferentes profissionais de saúde, inclusive enfermeiros (Ayalon & Tesch-Römer, 2018; Lagacé et al., 2012; Rozanova et al., 2006; Schroyen et al., 2018).

Na revisão da literatura as direções apontam para o desejo da implementação no contexto educacional da saúde de estratégias que promovam a empatia (Derksen et al., 2013), estimulem o foco no paciente (Bensing et al., 2001) e que combatam o idadismo (Söderhamn et al., 2001) Como referido estas desempenham um papel em vários aspetos da interação que por sua vez se relacionam com uma melhor saúde por isso parece pertinente perceber se é possível afeta los no sentido evolutivo que se pretende. Como podemos assim trabalhar estas variáveis?

Uma das estratégias que é mencionada como tendo efeito na mudança de atitudes e de comportamentos é a tomada de perspectiva. Esta é definida como a capacidade de se colocar no lugar do outro para compreendê-lo. A tomada de perspectiva encontra-se bastante relacionada com a indução da empatia e na investigação para combater o preconceito (Chen et al., 2015; Hepper et al., 2014; Laganá et al., 2019; Vescio et al., 2003), no entanto dentro do contexto da saúde não tem sido muito usada. Assim pretendemos induzir a tomada de perspectiva tendo em conta dois cenários, tomar a perspectiva de uma pessoa jovem e o tomar a perspectiva de uma pessoa idosa, numa situação relacionada com a saúde.

Este trabalho está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda as relações sociais entre os profissionais de saúde e os pacientes no contexto de saúde e a sua influência na qualidade dos cuidados de saúde assim como na saúde do paciente. É realizado um enquadramento das variáveis em estudo, a empatia, a abordagem centrada no paciente e o idadismo mostrando a sua importância e o papel que desempenham nas relações do contexto da saúde assim como o impacto e as repercussões que têm na saúde. De seguida, introduz-se a estratégia tomada de perspectiva usada como manipulação para diminuir o preconceito, aumentar os níveis de empatia e incentivar uma abordagem mais centrada no paciente.

No segundo capítulo é apresentada a metodologia usada no presente estudo. Aqui apresenta-se o design experimental, a caracterização da amostra e é feita a descrição dos instrumentos das medidas (i.e., empatia, abordagem centrada no paciente e idadismo). No fim, é ainda explicado pormenorizadamente o procedimento de implementação do protocolo do estudo.

No terceiro capítulo, são apresentados os resultados encontrados neste estudo e as análises estatísticas utilizadas. Apresentam-se as análises descritivas e as inferências estatísticas que nos permitem testar as hipóteses. No fim apresentam-se as correlações das variáveis em estudo.

No quarto capítulo é apresentada a discussão dos resultados obtidos neste estudo. Esta parte compreende uma análise crítica dos resultados baseada na revisão da literatura e indica as limitações do estudo e sugestões para estudos futuros. De seguida abordamos as implicações práticas terminando com uma página de considerações finais.

CAPÍTULO 1

Enquadramento teórico

1.1. A relação social no contexto da saúde

A relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os pacientes tem implicações ao nível psicológico, social e comportamental e que por sua vez têm impacto no sucesso e qualidade dos tratamentos (Riedl & Schüßler, 2017). Estes efeitos enquadram-se na definição de saúde da Organização Mundial da Saúde que a define como um bem-estar físico, psicológico e social e não só a ausência da doença.

Deste modo a comunicação e os aspetos relacionais no contexto da saúde são apontados como fatores importantes na interação “profissional de saúde” versus “paciente”. Segundo o Relatório de Gestão de Risco de 2015 da *Harvard Medical School*, 55% das más práticas e erros médicos nos cuidados da saúde está associada a uma interação débil e distante entre os profissionais de saúde e os pacientes (Hoffman et al., 2016).

Em geral as dinâmicas que ocorrem numa interação são complexas por serem constituídas por várias e diferenciadas variáveis. Assim, na dinâmica entre o profissional de saúde e o paciente existem variáveis que estão subjacentes e que podem ser facilitadoras ou inibidoras de uma relação de qualidade nomeadamente os aspetos comunicacionais, (e.g. expressões, comunicação não verbais, gestos), os nossos esquemas cognitivos (e.g. estereótipos), a nossa perceção do outro, os níveis de altruísmo, a semelhança e proximidade com o outro, as características individuais do profissional de saúde (e.g. empatia, assertividade, cordialidade) e o tipo de abordagem (i.e. mais centrada no paciente ou no profissional de saúde/doença, Bensing et al., 2001; Nunes, 2007; Vala & Monteiro, 2013).

Este conjunto de fatores têm impacto na adesão à prevenção e aos tratamentos, na capacidade de autogestão no tratamento, numa participação mais ativa nas tomadas de decisão, na satisfação e no bem-estar do paciente e na precisão do diagnóstico e erros médicos (Bensing et al., 2001; Holmström & Röing, 2010; Nunes, 2007; Street et al., 2009).

Desta forma, a relação tem um impacto na qualidade dos cuidados de saúde prestados, na promoção da saúde e prevenção e tratamento da doença e consequentemente nos resultados da saúde (Bensing et al., 2001; Nunes, 2007). Os objetivos da Direção Geral da Saúde (2020),

passam por aplicar estratégias que foquem nestes aspetos centrais de promoção da saúde e prevenção da doença.

A empatia e uma abordagem centrada no paciente surgem na literatura como dimensões centrais para a obtenção de uma relação de qualidade no contexto da saúde enquanto processos cognitivos, como a atribuição de estereótipos relacionados com a idade, surgem como inibidores de uma comunicação de qualidade. Exploraremos estas dimensões em seguida.

1.2. Empatia

1.2.1. Definição

A etimologia da palavra vem do termo grego *empathia*, que quer dizer estar com os sentimentos, e sofrimento da pessoa, entrar em ressonância, em sintonia com outro mas observando de fora (Howe, 2012). O termo foi usado pela primeira vez pelo psicólogo Edward Titchener em 1909 (Howe, 2012). Esta é uma característica essencial nas relações de ajuda, sendo referenciada como relevante e benéfica nas interações entre os profissionais de saúde e os pacientes (Reynolds, 2017; Wagner & Bear, 2009). Esta foi o atributo mais referido dentro das atitudes humanistas dos médicos (Linn et al., 1987).

A definição do conceito não é consensual entre os investigadores sendo nomeada por estes como sendo uma atitude ou comportamento, uma característica da personalidade, uma emoção que se experiencia, uma capacidade cognitiva que se treina ou ainda como uma forma comunicacional (Reynolds, 2017).

Por outro lado existe a discussão se esta é constituída por um carácter mais afetivo (Clark, 1990; Howe, 2012) ou cognitivo (Hojat et al., 2001; Neumann et al., 2009). Como atributo afetivo define-se pela capacidade de sentir o estado psicológico e os sentimentos do outro através da capacidade de experienciar subjetivamente (i.e. como se fossem seus) antes de outros processos mentais ocorrerem, (Howe, 2012). Por outro lado há quem a defenda só como sendo um atributo cognitivo onde se define como a capacidade de nos colocarmos na posição do outro e identificarmos e percebermos o seu estado mental, relaciona-se mais com o perceber os sentimentos do outro em vez de senti-los (Hojat, 2016; Neumann et al., 2009). E ainda há quem descreva a empatia como, ambas, cognitiva e afetiva (Jeffrey, 2016; Reynolds, 2017).

Todavia a empatia é assumida por diferentes investigadores como uma capacidade que se pode treinar e desenvolver nas diferentes áreas da saúde (Hojat, 2016; Ouzouni & Nakakis, 2012; Pollak et al., 2011; Reynolds, 2017; Richardson et al., 2015; Ward et al., 2012)

1.2.2. Jefferson Scale Empathy

Mohammadreza Hojat é um professor investigador na área do comportamento humano que tem estudado e promovido a empatia na área educacional dos profissionais de saúde. Este define a empatia como: "...atributo predominantemente cognitivo (ao invés de emocional), que envolve uma compreensão (ao invés de sentimento) das experiências, preocupações e perspectivas do paciente, combinada com a capacidade de comunicar essa compreensão, e uma intenção de ajudar" (Hojat, 2009, p.413).

Na ausência de uma escala que medisse a empatia especificamente no contexto da saúde, Hojat et al., (2001) desenvolveram a Jefferson Scale Physician Empathy (JSPE). A JSPE é reconhecida e mencionada como uma das escalas mais pesquisada e mais utilizada no contexto profissional e educacional da saúde (Colliver et al., 2010) , sendo inúmeros os estudos que a usaram (Bourgault et al., 2015; Canale et al., 2012; D. Chen et al., 2007; Gholamzadeh et al., 2018; Laganá et al., 2019; Loureiro et al., 2011; Preusche & Wagner-Menghin, 2013; Suh et al., 2012). A escala já foi traduzida para mais de 53 idiomas (Hojat, 2016) . A escala original e as suas três versões têm evidenciado solidez e qualidades psicométricas satisfatórias em diferentes contextos e em diferentes amostras de estudantes e profissionais de saúde nas várias versões traduzidas, é também mencionada como a escala de empatia mais usada a nível mundial na investigação no contexto da formação em saúde (Hemmerdinger et al., 2007; Hojat, 2016; Preusche & Wagner-Menghin, 2013).

Apesar de ser uma escala amplamente utilizada ela demonstra uma fragilidade nos construtos e nos itens que a compõem. O fator tomada de perspectiva, e o fator capacidade de se colocar no lugar do outro apresentam similaridades na sua dimensão sendo assim de difícil distinção.

Ainda assim é comumente aceite como a escala mais usada para medir a empatia no contexto da saúde.

1.2.3. Características empáticas e repercussões na saúde

No contexto da saúde, uma interação com características empáticas é uma relação onde o profissional de saúde demonstra ter capacidades comunicacionais através da prática da escuta ativa, da compreensão, da sensibilidade e confiança (Reynolds, 2017). Reynolds & Scott, (1999) definem a empatia para o contexto de enfermagem como a capacidade do enfermeiro perceber o mundo do paciente (i.e. a sua experiência, o que sente, o que precisa) mas com a habilidade de retribuir esse mesmo entendimento para que o paciente sinta que o compreenderam.

As evidências no contexto profissional da saúde mostram, por um lado, que existe ausência ou baixa empatia nos enfermeiros (Bourgault et al., 2015; Hills & Knowles, 1983) mas também se encontram estudos onde se encontra a presença de empatia nestes e nos médicos (Fields et al., 2004). Nos estudantes de medicina encontra-se uma tendência para a diminuição da empatia nos últimos anos de formação e quando passa a estar presente o contacto com os pacientes (Bellini & Shea, 2005; Hojat et al., 2009; Neumann et al., 2011) assim como nos estudantes de enfermagem (Ward et al., 2012), e em outros estudos esta apresenta níveis moderados (Ouzouni & Nakakis, 2012).

Uma relação de qualidade no contexto de saúde está fortemente associada à presença da empatia (Decety & Fotopoulou, 2015; Mercer & Reynolds, 2002; Neumann et al., 2009; Pollak et al., 2011). A empatia tem um impacto relevante, direto ou indireto, ao nível psicológico, emocional e físico do paciente e na obtenção de resultados positivos (Hojat et al., 2013; Mercer & Reynolds, 2002; Reynolds, 2017). Quando o profissional de saúde tem atitudes e comportamentos mais empáticos os pacientes mostram mais satisfação e bem estar emocional (Derksen et al., 2013; Epstein et al., 2007; Kim et al., 2004; Pollak et al., 2011). Também há uma associação destes com um aumento da qualidade dos cuidados que se fornece ao paciente (Hojat et al., 2013). As atitudes empáticas têm também um impacto ao nível comportamental onde o paciente se mostra mais ativo, colaborante e envolvido no seu processo de saúde, aderindo aos tratamentos e à sua continuidade levando consequentemente a melhores resultados na saúde (Epstein et al., 2007; Flickinger et al., 2016; Hojat et al., 2013; Kim et al., 2004; Wagner & Bear, 2009). Os comportamentos empáticos estão relacionados com um maior suporte social sentido. Esta é uma dimensão com um grande impacto ao nível comportamental por ter influencia na percepção da auto-eficácia que segundo o Modelo da saúde é uma das variáveis mais importantes para a adopção de novos comportamentos de saúde (Decety & Fotopoulou, 2015; Neumann et al., 2009; Pollak et al., 2011; Wagner & Bear, 2009).

A empatia funciona também como facilitadora da expressividade do paciente permitindo que este transmita a sua narrativa de uma forma mais completa e clara levando a uma resposta mais efetiva do profissional de saúde (Reynolds, 2017).

A um nível emocional, demonstrou também ter efeito ao nível da redução da ansiedade e na diminuição da angústia (Derksen et al., 2013; Epstein et al., 2007). Em estudos com enfermeiros foi também evidenciada uma associação entre uma maior empatia expressada por estes com uma diminuição de *distress* psicológico nos pacientes (Olson & Hanchett, 1997) e com uma diminuição de ansiedade e depressão (La Monica et al., 1987). Ao nível mais fisiológico também se encontram evidências em resultados clínicos, como no caso dos diabetes onde se verificou um maior controle da hemoglobina e outras melhorias específicas dos diabetes (Hojat et al., 2011) e nos pacientes com uma constipação comum também se encontraram mudanças no sentido positivo da saúde (Rakel et al., 2011).

1.3. Abordagem centrada no paciente

1.3.1. Definição e princípios da abordagem centrada no paciente

A abordagem centrada no paciente assenta na ideia de uma atitude e foco no paciente, na pessoa, em oposição a uma atitude centrada na doença ou no profissional de saúde.

Estas duas perspetivas que se enquadram numa oposição existente na Medicina estão refletidas no modelo médico e no modelo biopsicossocial. O primeiro remonta ao sec. XIX, e aqui o foco é a doença e o diagnóstico, o segundo surge em oposição a este e é designado como o modelo biopsicossocial de Engel (Borrell-Carrió et al., 2004). Este último engloba o princípio de que no tratamento dos doentes há que ter em conta os diferentes fatores que influenciam o paciente (e.g. psicológicos, sociais) e que a experiência subjetiva do doente tem que ser considerada (Mead & Bower, 2000; Ribeiro & Amaral, 2008).

Assim, a abordagem centrada no paciente define-se pelo foco no paciente e na sua narrativa, estando esta abordagem integrada nos princípios da perspetiva biopsicossocial (Saha et al., 2008). Uma das primeiras definições gerais sobre o conceito foi transmitida por Balint (1969) que lhe atribuiu o termo “medicina centrada no paciente” e a definiu dizendo que todo o paciente tem que ser entendido e visto como um indivíduo único com as suas características e com a sua história. Esta ideia de uma abordagem centrada na pessoa já tinha sido desenvolvida por Rogers (2003) que defendia também o paciente como um indivíduo ativo no seu processo

de tratamento e desenvolvimento. Existem variadas definições e denominações à volta deste conceito, mas a ideia central que transmitem é a mesma, o foco no paciente.

Ao nível da conceptualização desta abordagem, Stewart et al., (2013) apresenta um modelo composto por quatro elementos centrais, estes fazem parte do que chamou Método Clínico Centrado no Paciente. O primeiro é “explorar a saúde, doença e a experiência da doença” que se resume a perceber as perceções e experiências da saúde e doença, sentimentos, ideias, efeitos, expectativas (Stewart et al., 2013 p.7). O segundo é “compreender a pessoa como um todo”, sua história, família, trabalho, suporte social, cultura, comunidade, etc (Stewart et al., 2013 p.7). O terceiro é “Encontrando um terreno comum” que fala nas prioridades, nos objetivos e gestão dos tratamentos e no papel de cada um nas tomadas de decisão e por último “melhorando a relação entre o paciente e o profissional de saúde” (Stewart et al., 2013 p.7).

O uso de uma abordagem centrada no paciente na interação entre os profissionais de saúde e os seus pacientes está associada a uma maior satisfação dos pacientes e dos resultados de saúde nestes. Os fatores envolvidos são a qualidade da interação, uma atitude singular para com o paciente, o envolvimento deste nas tomadas de decisão, a partilha de informação, a presença de suporte afetivo e a auto-gestão dos pacientes (Rathert et al., 2013; Wagner & Bear, 2009). Em alguns estudos é reportada a preferência desta abordagem pelos pacientes (Dowsett et al., 2000; Little et al., 2001).

1.3.2. Repercussões na saúde

A adoção dos princípios da abordagem centrada no paciente, é apontada como um determinante para a qualidade da interação entre o profissional de saúde e o paciente e para a qualidade dos cuidados de saúde e nos seus resultados (Ribeiro & Amaral, 2008; Stewart et al., 2013).

Assim, a atitude centrada no paciente tem se mostrado relacionada com uma maior satisfação por parte dos pacientes (Krupat, Yeager, et al., 2000; Mast et al., 2005; Rathert et al., 2013; Stewart et al., 2000) e também por parte dos médicos (Stewart et al., 2000). Surge também relacionada a uma melhoria ao nível emocional associada a uma diminuição de preocupação e desconforto (Mast et al., 2005; Stewart et al., 2000). Existem também evidências de uma maior adesão e de uma melhor resposta ao tratamento (Haskard Zolnieriek & Dimatteo, 2009), assim como uma maior autogestão dos cuidados relacionados com a saúde ou doença (Rathert et al., 2013) e ainda uma redução de erros médicos e queixas por más práticas (Gong et al., 2015; Stewart et al., 2000). Outros resultados mostram a associação de uma abordagem centrada no paciente com melhores resultados clínicos, menos sintomas e menor risco de morte durante um ano após o enfarte agudo do miocárdio (Fremont et al., 2001; Meterko et al., 2010). Assim, as evidências mostram resultados clínicos positivos quando o profissional de saúde adota uma interação onde coloca o foco no paciente (Bechel et al., 2000; Rathert et al., 2013).

Este tipo de abordagem traz também benefícios para os sistemas de saúde pois está relacionado com menores custos para estes (Bertakis & Azari, 2011)

1.4. Idadismo

1.4.1. Definição

O termo idadismo, *ageism*, surgiu com Robert Butler em 1969 para se referir à discriminação contra indivíduos baseada na sua idade (Marques, 2011). Apesar de se poder encontrar atitudes idadistas contra os mais jovens, alguns estudos mostram que este tipo de preconceito se encontra mais presente relativamente ao grupo etário das pessoas mais velhas (Palmore et al., 2005). Em relação a outras categorias sociais (e.g. etnia, sexo, religião), o preconceito pela idade é aquela que é mais aceite na sociedade, não sendo alvo de críticas ou vergonha, como no caso de outras categorias sociais (Nelson, 2004).

As atitudes idadistas podem assumir três formas, uma são as crenças ou os estereótipos que criamos em relação às pessoas idosas, quando os colocamos num único grupo e lhes atribuímos determinadas características, neste caso negativas (i.e. incapacidade, debilidade). Outra forma esta relacionada com o preconceito ou sentimentos que temos em relação ao grupo e por fim os atos de discriminação relacionados com um lado mais comportamental (Marques, 2011).

Neste estudo, estamos particularmente interessados na avaliação da componente referente aos estereótipos da pessoa idosa.

1.4.2. Estereótipos

Os estereótipos são definidos como estruturas cognitivas onde organizamos o nosso conhecimento e as nossas expectativas (Vala & Monteiro, 2013). Na comunicação com o outro tendemos a categorizar o outro num determinado grupo consoante as suas características (e.g. etnia, sexo, idade), e sobre o qual temos formuladas determinadas crenças ou comportamentos e onde fazemos generalizações que por vezes se mostram falsas e exageradas (Vala & Monteiro, 2013). Estas construções, muitas vezes erróneas, e que geram filtros, são o resultado das nossas experiências vividas dentro de uma determinada cultura, sociedade e de uma determinada educação aliadas, a um nível mais individual, às nossas próprias características.

Deste modo, a atitude do profissional de saúde é influenciada por questões raciais, de género, idade (Wandner et al., 2015). A ativação dos estereótipos e os julgamentos e avaliações baseados nas categorias vão influenciar a forma como profissional de saúde percebe, comunica e interage com o paciente (Balsa et al., 2003).

Na literatura encontram-se efeitos negativos na saúde em consequência de atitudes discriminatórias associadas aos estereótipos em grupos minoritários (e.g. pacientes hispânicos, índios Americanos) por parte de enfermeiras e médicos estudantes (Bean et al., 2014; Travis et al., 2012). Na categoria de género também há uma tendência de tratar as mulheres de uma forma diferenciada (e.g. menor participação nas tomadas de decisão, Travis et al., 2012) assim como com as pessoas de um nível de educação mais baixo (e.g. facultam menos informação) (Nunes, 2007).

No nosso estudo pretende-se investigar o efeito da atribuição de estereótipos relacionados com a idade, que neste caso, falamos dos grupos etários das pessoas jovens e das pessoas idosas que são as faixas etárias que são mais alvo de diferenciação e julgamento.

Em Marques et al. (2006) fez-se um estudo sobre quais os estereótipos atribuídos às pessoas jovens e idosas. Neste foram atribuídos mais traços estereotípicos positivos às pessoas jovens (85,2%) do que às idosas (42,1%), assim como no estudo de Perdue & Gurtman, (1990) onde se encontraram mais traços negativos em relação às pessoas idosas. Assim, alguns dos traços estereotípicos positivos encontrados nas pessoas jovens foram os de saudáveis, rápidos, ativos, entre outros, e das mais idosas foram os de maduro, sábios, experientes. Relativamente a alguns dos atributos negativos relacionados com as pessoas jovens revelaram-se os traços de precipitados e irresponsáveis e das pessoas idosas surgiram o de esquecidos, dependentes, doentes e lentos, (Marques et al., 2006). É de salientar que os estereótipos negativos das pessoas

idosas podem se acionar implicitamente mais rapidamente refletindo a sua maior acessibilidade por estarem mais presentes nos contextos (Perdue & Gurtman, 1990).

Neste estudo iremos também abordar o modelo de conteúdo estereotípico de (Fiske et al., 2002) que apresenta uma perspectiva em que os estereótipos surgem como multidimensionais, onde podem surgir simultaneamente como positivos e ou negativos e onde o estereótipo positivo não invalida o preconceito. O modelo contempla a dinâmica de duas dimensões: afetuoso e competente revelando que quando se atribui a característica de afetuoso a alguém se atribui igualmente o atributo de incompetência ou o seu contrário (Fiske et al., 2002). No caso das pessoas idosas estas são classificadas no quadrante como mais afetuosos e menos competentes refletindo assim uma expressão idadista associada ao paternalismo e que se denomina como *Doddering but dear*, que é uma forma de um idadismo mais subtil (Cuddy & Fiske, 2002). Assim, a partir daqui é possível perceber de uma forma mais implícita se o idadismo está presente.

1.4.3. Idadismo flagrante e subtil

O idadismo apresenta-se como flagrante quando os abusos, insultos e os maus tratos, seja com um contorno físicos, psicológico ou sexual são explícitos ou como idadismo subtil onde a discriminação surge de uma forma implícita, ignorando o outro, negligenciando ou abandonando, ou através de comportamentos de ajuda excessiva, ajudar quando estes não pretendem, ou de proteção exagerada que revela ao mesmo tempo uma de atitude de superioridade e de paternalismo (Marques, 2011).

O denominado *Elderly speak* muito encontrado no contexto de saúde, é também uma forma de idadismo subtil que se caracteriza por linguagem infantilizada e discurso simplificado como dizer frases curtas e repetir muitas vezes as frases, falar mais devagar e mais alto, tratar por querido (Palmore et al., 2005; Schroyen et al., 2018). Este tipo de discurso afeta a auto estima e a dignidade sentida pelas pessoas mais velhas (Nelson, 2004; Palmore et al., 2005).

Estas atitudes paternalistas, condescendentes, associadas ao estereótipo *Doddering but dear*, fazem com que as pessoas idosas ajam em conformidade com a forma como os tratam, acomodando-se e reforçando a ideia da incapacidade e dependência, perpetuando ainda mais os padrões do idadismo o que se torna prejudicial no contexto da saúde (Ben-Harush et al., 2017; Lagacé et al., 2012; Marques, 2011).

1.4.4. Idadismo e a saúde

A importância do idadismo na interação social em diferentes contextos ganhou mais relevância nestas duas últimas décadas principalmente em relação às pessoas mais velhas, (Ayalon & Tesch-Römer, 2018; Palmore et al., 2005). Este tema é ainda mais importante no contexto de saúde devido à situação demográfica atual e futura.

No mundo estima-se que população idosa duplique até 2050, e neste momento na Europa já atingiu os 25% (Nações Unidas, n.d.). Em Portugal, os números do índice de envelhecimento no passado, em 1961, eram de 27.5% e agora são de 161%, 161 idosos por 100 jovens (Pordata, 2020). A esperança média de vida também tem vindo a aumentar e em 2020 as pessoas com 65 anos ou mais representam 22% da população total (Pordata, 2020). Assim, naturalmente, esta será uma população com maior proeminência nos serviços de saúde. Dentro deste panorama as instituições de saúde, e outras da sociedade, vêm-se perante um desafio constante ao qual têm de se adaptar.

Na área da saúde os estudos mostram que existem atitudes idadistas principalmente em sociedades culturalmente idadistas (Palmore et al., 2005). Esta é perpetuada por meio da linguagem (e.g. velho, senil, inativo, debilitado), das imagens (i.e. através da apresentação de imagens e ideias sugestivas de estereótipos), entre outros (e.g. políticas dos governos) (Marques, 2011; Palmore et al., 2005).

1.4.4.1. Existe idadismo nos estudantes e profissionais de saúde?

Alguns estudos mostram que o idadismo contra as pessoas mais velhas parece ser mais recorrente por parte dos profissionais de saúde (para uma revisão ver Palmore et al., 2005).

Na revisão de literatura são mencionadas atitudes idadistas por parte dos profissionais e estudantes da área da saúde para com esta população (Ayalon & Tesch-Römer, 2018; Fitzgerald et al., 2003; Kaempfer et al., 2002; Wilkinson & Ferraro, 2004). Na área de enfermagem encontram-se alguns estudos que revelam evidências de atitudes negativas (Furlan et al., 2009; Getting et al., 2002; Rababa et al., 2020) ou neutras (Hweidi & Al-Obeisat, 2006) da parte dos enfermeiros para com estes. Nos estudantes de enfermagem encontram-se atitudes pouco positivas ou menos favoráveis em relação aos mais velhos (Hweidi & Al-Obeisat, 2006; Plonczynski et al., 2007; Ryan & McCauley, 2004; Söderhamn et al., 2001). E em alguns estudos mencionam que as atitudes idadistas decrescem em relação ao 1º ano (Holroyd et al., 2009) e em outros, pelo contrário, que melhoram nos anos posteriores (Lambrinou et al., 2009).

Todavia também se encontram evidências de atitudes positivas em relação às pessoas idosas, tanto nos profissionais (Liu et al., 2015; Mellor et al., 2007) como nos estudantes (Karlin et al., 2006; Pan et al., 2009).

Na enfermagem a escolha da geriatria parece ser a menos prestigiada em relação a outras especialidades, sendo considerada uma escolha de segunda categoria (Marques, 2011; Palmore et al., 2005) por isso evidenciam-se poucas escolhas nesta área profissional e de estudo (Palmore et al., 2005), refletindo assim um desinteresse pelas questões relacionadas com envelhecimento por parte dos profissionais de saúde (Marques, 2011; Nelson, 2004)

1.4.4.2. Atitudes e comportamentos idadistas

No contexto de saúde evidenciam-se comportamentos diferenciados para com as pessoas idosas e as pessoas jovens. As pessoas mais velhas são menos envolvidos nas tomadas de decisão e é lhes facultada menos informação (Adelman et al., 2000; Ben-Harush et al., 2017; Chang et al., 2020), o que vai de encontro à percepção da incapacidade que se tem dos membros deste grupo etário (Minichiello et al., 2000). Os profissionais de saúde tendencialmente são menos respeitosos e otimistas com as pessoas idosas, envolvendo-se menos (Adelman et al., 2000) e ignorando-os mais (Ben-Harush et al., 2017). Assim como a forma de comunicar parece alterar-se com estes (*Elderly speak*) mas não com os jovens (Schroyen et al., 2018).

No artigo americano de Ouchida e Lachs (2019) é apresentada a dinâmica entre os profissionais de saúde e os seus estagiários/internos onde através da linguagem usada e de caricaturar (e.g. imitação de determinadas características físicas, como débeis) feita em relação a este grupo é feita a perpetuação da discriminação e preconceito em relação às pessoas idosas. Os profissionais de saúde tendem a categorizar os pacientes mais velhos nos extremos. Por um lado são considerados exigentes, inflexíveis, resistentes ao tratamento, desinteressados, por outro lado outros vêem-nos como dependentes, passivos, infantilizados, doentes, inativos não envolvidos na sua cura (Ayalon & Tesch-Römer, 2018; Ben-Harush et al., 2017; Getting et al., 2002; Palmore et al., 2005). Esta forma de os ver promove exatamente os respetivos comportamento (Ben-Harush et al., 2017) .

No estudo de Billings (2006) também se verificam comportamentos de distanciamento por parte dos profissionais de saúde e igualmente uma tendência para tomar decisões pelas pessoas idosas, como decidindo que informação lhes facultar, o que demonstra uma ausência de foco no paciente. Estas atitudes de distância, desconsideração e de pouca compreensão também se opõem à ideia da empatia. Assim, uma abordagem mais centrada no paciente e empática

também está associada a atitudes menos idadistas no contexto da saúde (Billings, 2006; Gholamzadeh et al., 2018)

1.4.4.3. Idadismo e decisões clínicas

Na área da saúde muitas vezes tomam-se decisões baseadas na idade do paciente levando a decisões diferenciadas que podem levar a uma prestação de cuidados de saúde deficiente.

Devido ao estereótipo de doente há uma tendência de minimizar os sintomas deste grupo com a ideia errônea de que fazem parte da idade e que não há nada a fazer, (Minichiello et al., 2000; Palmore et al., 2005) levando a decisões prejudiciais à saúde como por exemplo a não prescrição de medicação (Cherubini et al., 2012), ao não encaminhamento para fazer análises ou outros diagnósticos mais detalhados assim como à não sugestão para intervenções médicas comprovadas, e ainda uma menor atenção para com cuidados preventivos, isto comparativamente com os pacientes mais jovens (Palmore et al., 2005; Robb et al., 2002). No estudo de Hillerbrand e Shaw (1990) onde os participantes jovens e idosos reportaram os mesmos sintomas psicológicos, o grupo das pessoas idosas foi menos referenciado para a área de psiquiatria ou psicologia.

Também à medida que vamos envelhecendo verifica-se uma diminuição do número de tratamentos recomendados e a suspensão de tratamentos de suporte de vida nos mais velhos em comparação com o mais novos (Chang et al., 2020; Robb et al., 2002). Assim como é bastante referido na literatura a exclusão destes dos ensaios clínicos quando são a população mais interessada para muitas das doença, como é o caso do Alzheimer (Ayalon & Tesch-Römer, 2018; Chang et al., 2020; Palmore et al., 2005).

Desta forma, verifica-se uma diferenciação no tratamento entre estes dois grupos etários e uma preferência para tratar os mais novos em relação aos mais velhos etários (Palmore et al., 2005; Robb et al., 2002). Em consequência poderá não ser facultado o tratamento adequado às pessoas idosas (Marques, 2011).

1.4.5. Combater o idadismo

O efeito do idadismo reflete-se em diferentes níveis do paciente, psicológico, físico e cognitivo (Dionigi, 2015). Estas atitudes e comportamentos idadistas influenciam a forma como o paciente se sente motivado para aderir, recusar e manter os tratamentos, podendo levar à não

procura de assistência médica, e influencia a adoção de medidas preventivas que prolonguem a sua saúde, (Chang et al., 2020; Palmore et al., 2005) assim como a adequabilidade do tratamento como também a sua duração e frequência (Chang et al., 2020). De uma forma geral tem um efeito negativo na qualidade de saúde do paciente (mortes mais cedo) pondo em causa a qualidade dos cuidados de saúde facultada às pessoas mais velhas (Marques, 2011)

Uma menor discriminação etária parece ser influenciada por um maior conhecimento do processo de envelhecimento, por uma maior aquisição de informação sobre o paciente, por uma interação social mais frequente com as pessoas idosas saudáveis e pelo nível de formação do profissional de saúde (Liu et al., 2015). Algumas das estratégias apontadas para a redução do idadismo incluem um maior contacto intergeracional, uma maior exposição às características das pessoas mais velhas, expor e sensibilizar para os estigmas e estereótipos, treinar habilidades comunicacionais e o uso da tomada de perspectiva (Nelson, 2004).

A tomada de perspectiva foi usada no estudo de Galinsky e Moskowitz (2000), onde se pedia para os participantes se colocarem no lugar de uma pessoa mais velha e descrever o dia dessa pessoa, os resultados mostraram um tendência do aumento de avaliações favoráveis juntamente com uma diminuição de expressões de conteúdo estereotípico negativo em relação às pessoas idosas.

Assim, usaremos a tomada de perspectiva como estratégia para combater o idadismo. Esta estratégia também funciona como estímulo à evolução da empatia e de uma abordagem mais centrada no paciente que por sua vez se relaciona com menores atitudes idadistas (Billings, 2006; Gholamzadeh et al., 2018; Laganá et al., 2019).

1.5. Tomada de perspectiva

1.5.1. Definição

A tomada de perspectiva é um processo psicológico que envolve um processo cognitivo ativo (Ku et al., 2015) em que a pessoa intui o que a outra pessoa está a pensar, a sentir e qual o seu estado mental (Epley & Caruso, 2008), ou seja, é a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro. Para o fazer entramos no modo de simulação através dos mesmos mecanismos neurais e cognitivos que usamos para nos entender a nós próprios (Saxe, 2012). Esta capacidade mental está relacionada com a Teoria da mente e desenvolve-se nos primeiros anos vida surgindo quando conseguimos distinguir-nos do outro e nos apercebemos que o estado mental do outro difere do nosso (Epley & Caruso, 2008; Happé, 2003). Esta habilidade é central para nos darmos

com os outros pois através dela explicamos o nosso comportamento e predizemos e interpretamos o que o outro pensa, diz, sente. Apesar de todos passarmos por este processo de tomada de consciência nem todos o desenvolvem de uma forma equivalente (Epley & Caruso, 2008).

Segundo Epley & Caruso (2008), este processo envolve várias etapas. A adoção desta estratégia requer primeiramente que a ativemos e esta ativação requer ação para algo que pode necessitar de motivação, desejo ou uma instrução explícita para tal ativação. Acontecendo essa ativação estamos no processo de tomar a perspectiva e nesta fase, tendencialmente e de uma forma automática, é a nossa perspectiva que surge primeiro, a partir do nosso mapa mental mas é esperado e desejável que consigamos ir para além da nossa perspectiva e assim quando nos colocarmos no lugar do outro será mais fácil experienciar o que o outro sente, pensa, vive e experiencia. Numa fase seguinte é preciso usar informação sobre o alvo. A passagem pelas várias etapas pode ser interrompida gerando assim barreiras à concretização da tomada de perspectiva.

Desta forma, a ativação e a automaticidade deste processo podem ser trabalhadas através da prática explícita, e eventualmente repetida e frequente de tomar a perspectiva do outro que por sua vez ajudam a ativar o processo e a diminuir os automatismos (Epley & Caruso, 2008). Isto reflete-se no processo de atribuição de estereótipos e das atitudes idadistas assim como em outros processos de comunicação e da relação nomeadamente da empatia e da abordagem centrada no paciente. Deste modo, para a pudermos usar em benefício da sociedade podemos induzi-la e treiná-la com esse propósito.

Outro autor, Batson (2012), enumera quatro dimensões onde a tomada de perspectiva pode atuar: evocação da empatia, redução do preconceito e da atribuição de estereótipos, na compreensão dos desejos, pensamentos e intenções do outro e no entendimento do ambiente que nos rodeia numa determinada situação.

1.5.2. Como tomar a perspectiva do outro?

Esta estratégia pode ser induzida recorrendo a diferentes recursos como vídeo, fotografias, vinhetas e imagens virtuais (Galinsky & Todd, 2014; Oh et al., 2016)

A tomada de perspectiva pode ser manipulada de duas formas designadamente, a *imagine-other perspective* e a *imagine-self perspective*. Na primeira é pedido para nos colocarmos no lugar do outro, visualizando o que o outro está a sentir, pensar e experienciar, na segunda é

pedido para os participantes imaginarem o que o outro podia estar a sentir, pensar, entre outros, mas como se eles fossem aquela pessoa (Batson, 2012)

Batson (2012) menciona que usar uma ou outra forma depende das circunstâncias em que é usado. No entanto sublinha que tomar a perspetiva através da *imagine-self perspective* pode levar à fusão de nós com o outro e por isso o uso da estratégia pode ficar comprometida. Também menciona que pode existir uma projeção incompleta, enviesada que pode inibir uma atitude de compreensão empática.

1.5.3. Efeitos na empatia e na abordagem centrada no paciente

A empatia e a tomada de perspetiva relacionam-se pelos seus aspetos cognitivos. Os processos neurais que ocorrem na indução da empatia através da tomada de perspetiva são explorados no artigo de Ruby e Decety (2004). Vários estudos evidenciam que tomar a perspetiva induz a empatia (Hepper et al., 2014; Laganá et al., 2019; Ryn et al., 2014) e que esta funciona muitas vezes como mediadora para alcançar outros objetivos (e.g. reduzir estereótipos, viés intergrupais) (Chen et al., 2015; Laganá et al., 2019; Vescio et al., 2003). No estudo de Blatt et al. (2010), sobre a interação entre os médicos e os pacientes, a estratégia de tomada de perspetiva aumentou o nível da satisfação em todas as três situações experimentais tendo como mediador a empatia induzida pela tomada de perspetiva.

A abordagem centrada no paciente pressupõe uma interação baseada numa atitude de entendimento da perspetiva do paciente e da sua condição (Nisenzon et al., 2011; Street Jr et al., 2019), considerando a pessoa como um todo (Stewart et al., 2013) e aceitando-a incondicionalmente (Rogers, 2003). Encontramos dois estudos qualitativos que abordam a ligação da tomada de perspetiva com o desenvolvimento de uma abordagem mais centrada no paciente. No estudo de (Kumagai et al., 2009) os médicos residentes interagiram com pessoas diabéticas e ouviram as suas histórias na primeira pessoa para que através da perspetiva do doente explorassem a sua vivência com a doença, houve um ganho de consciência da forma como estes experienciam a doença crónica. Num outro estudo foi feita a visualização de vídeos educacionais realizados por pacientes com síndrome de tourette (Graham et al., 2014) onde os temas e categorias que surgiram no estudo foram concordantes com a prática da medicina centrada no paciente.

No entanto, não foram encontrados estudos com a estratégia tomada de perspetiva que medissem quantitativamente e de forma explícita a abordagem centrada no paciente após sua aplicação.

1.5.4. Efeitos no idadismo

Na literatura encontramos variados estudos que demonstram efeito desta estratégia na diminuição de preconceitos e discriminação. Em dois estudos diferentes expuseram os participantes à visualização de um vídeo com cenas de discriminação racial para com um homem negro e depois do visionamento pediram aos participantes que se colocassem no lugar deles e pedindo para imaginar o que aqueles sentiam, pensavam (Dovidio et al., 2004; Todd et al., 2011). Os resultados mostraram uma atenuação das expressões automáticas de viés racial, sendo a avaliação inter-racial e os comportamentos interpessoais mais favoráveis a quem foi induzida a tomada de perspectiva. Em outro estudo onde a manipulação passava por ouvir uma entrevista de um afroamericano, foi solicitado aos sujeitos para se colocarem no lugar deste e imaginar o que ele sentiu e como a situação afetou a vida dele, aqui também se encontraram melhoria das atitudes intergrupais ao nível do viés racial (Vescio et al., 2003).

Num contexto mais próximo à presente investigação, o contexto da saúde, também encontramos evidências da redução do preconceito racial no tratamento da dor (Drwecki et al., 2011). Num outro estudo sobre a estigmatização de pessoas com sida (VIH) os participantes que tomaram a perspectiva reportaram atitudes mais positivas, o procedimento de manipulação integrava a audição de uma entrevista a uma suposta pessoa com VIH onde depois pediram aos sujeitos para se colocar no lugar e imaginar o que ela sentiu e como a situação afetou a vida dela (Batson et al., 1997).

No entanto, na literatura encontram-se poucos estudos que se refiram em simultâneo à categoria idade e a tomada de perspectiva no contexto clínico. No estudo de Wandner (2015) encontramos estas três variáveis, neste são dadas pistas sobre a idade, sexo e raça usando virtualmente imagens de caras com variantes dentro das respetivas categorias, a tomada de perspectiva mitigou a influência destas sobre o gerenciamento da dor levando a uma maior reflexão sobre a dor e a perspectiva do paciente, os participantes do grupo de controle eram mais influenciados pelas categorizações (i.e. idade, sexo, raça). Em outro estudo, fora do contexto da saúde, encontramos igualmente a idade (i.e. no grupo etário das pessoas idosas) como potencial fator de estigmatização, juntamente com outros dois grupos, turcos e afro-americanos, onde a indução da tomada de perspectiva teve um efeito nas avaliações atribuídas aos exogrupos tendo sido avaliados de uma forma mais positiva (Todd & Burgmer, 2013). Igualmente no estudo de Galinsky e Moskowitz (2000), encontrou-se um aumento de avaliações favoráveis

juntamente com uma diminuição de expressões de conteúdo estereotípico negativo em relação às pessoas idosas.

Apesar dos resultados encontrados na literatura em relação ao efeito da tomada de perspectiva no preconceito há alguns estudos que demonstram um efeito contrário (Oh et al., 2016; Pierce et al., 2013; Skorinko & Sinclair, 2013), em que a tomada de perspectiva pode aumentar a atribuição de estereótipos, principalmente quando há menos informação sobre o grupo estigmatizado.

Contudo as evidências mostram que a tomada de perspectiva tem um papel importante como estratégia que parece funcionar na maioria dos estudos por isso decidimos usar para evocar a empatia e uma atitude mais centrada no paciente, e reduzir o idadismo.

1.6. O presente estudo

Com base no enquadramento teórico sabe-se que o idadismo, a empatia e a abordagem centrada no paciente têm um papel determinante para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença devido ao impacto (positivo ou negativo) que têm na relação entre o profissional de saúde e o paciente.

Assim, atitudes pouco empáticas e pouco centradas no paciente, bem como atitudes idadistas refletem relações com pouca conexão entre o profissional de saúde e o paciente. Por essa razão torna-se importante perceber como promover a qualidade da relação. Uma das formas será induzir a empatia e uma abordagem centrada no paciente e, combater o idadismo através da diminuição dos estereótipos do envelhecimento.

Desta forma, um dos nossos objetivos principais neste estudo é usar uma estratégia que cause efeito nestas variáveis, neste caso a tomada de perspectiva. Deste modo iremos aplicar e testar esta estratégia em estudantes de enfermagem.

A interação entre enfermeiros e pacientes é mencionada como central, os enfermeiros representam em número um grupo significativo entre os profissionais de saúde, tendo bastante contacto com os pacientes e estando transversalmente em diversas áreas: hospitais, ambulatório, cuidados de longa duração e paliativos, reabilitação, centros de saúde, serviços de cuidados ao domicílio (Riley, 2015). Por isso é relevante trabalhar estes construtos dentro desta população. Este estudo irá decorrer com estudantes de enfermagem e não com profissionais porque o nosso objetivo é tentar perceber como é que se está atualmente a fazer a preparação para o futuro desempenho da enfermagem.

Na literatura existem alguns estudos que investigam o uso da tomada de perspectiva na indução da empatia mas poucos em relação ao efeito na abordagem centrada no paciente no contexto da saúde. E são escassos os artigos que referem a estratégia da tomada de perspectiva em contexto da saúde envolvendo o preconceito baseado na idade. O preconceito em relação à etnia e ao género têm sido mais estudados do que a discriminação baseada na idade (Palmore et al., 2005). Adicionalmente temos pouca documentação sobre o idadismo na área da saúde em Portugal (Marques, 2011). Assim, o presente estudo pretende contribuir para a subexploração dentro deste âmbito com o objetivo de contribuir para um possível uso desta estratégia na área educacional da saúde.

Também não são encontrados na literatura estudos que usem a tomada de perspectiva e que comparem estes dois grupos-alvo, pessoas idosas com pessoas jovens. Por outro lado também não existem investigações onde se especule se tomar a perspectiva do próprio grupo (endogrupo) funciona melhor do que em relação a um membro do outro grupo (exogrupo) dentro da categoria idade, por isso consideramos este estudo inovador podendo contribuir para a expansão da literatura neste tópico.

Dentro deste contexto a questão central que se coloca é se estes tipos de exercícios de tomar a perspectiva do outro são importantes, ou não, para treinar e levar os estudantes a adotar novos comportamentos e atitudes.

1.6.1. Objetivos e hipóteses

Neste estudo pretende-se, assim, explorar em estudantes de enfermagem a possível influência da tomada da perspectiva no preconceito, na empatia e na abordagem centrada no paciente e comparar se há diferenças entre tomar a perspectiva de uma pessoa jovem ou de uma pessoa idosa.

Por isso, um dos objetivos mais específico é de que ao assumir a perspectiva tanto de uma pessoa jovem como de uma pessoa idosa, ou seja, colocarem-se no lugar do outro, os estudantes de enfermagem diminuam o preconceito, ao estereotiparem menos, e aumentem a empatia e a abordagem centrada no paciente.

Um outro objetivo específico é comparar se tomar a perspectiva de um indivíduo jovem é igual a tomar a perspectiva de uma pessoa idosa ou se é diferente nas diferentes variáveis dependentes e condições.

Assim, neste enquadramento teórico as hipóteses elaboradas para o presente estudo foram as seguintes:

Hipótese 1 - Espera-se mais empatia nas condições onde se assume a tomada de perspectiva da pessoa jovem e a tomada de perspectiva da pessoa idosa do que nas condições exercício neutro e ausência de exercício.

Hipótese 2 - Espera-se uma abordagem mais centrada no paciente nas condições tomada de perspectiva da pessoa jovem e tomada de perspectiva da pessoa idosa do que nas condições exercício neutro e ausência de exercício.

Hipótese 3 - Espera-se menos atribuição de estereótipos nas condições tomada de perspectiva da pessoa jovem e tomada de perspectiva da pessoa idosa no paciente do que nas condições exercício neutro e ausência de exercício.

Hipótese 4 - Uma vez que os participantes em estudo são jovens, esperamos que os efeitos da tomada de perspectiva funcionem melhor quando o alvo é a pessoa jovem de que quando é a pessoa idosa (efeito de interação).

CAPÍTULO 2

Método

2.1. Design

O presente estudo teve um *design* experimental unifatorial de medidas independentes (intersujeitos) com quatro níveis (Field & Hole, 2002). Os participantes foram aleatoriamente distribuídos pelas duas condições experimentais (VI), tomada de perspectiva da pessoa idosa, tomada de perspectiva da pessoa jovem e pelas duas condições de controlo, exercício neutro e ausência de exercício.

Cada estudante participou em uma única condição e forneceu três pontuações: a da avaliação da empatia, da avaliação da abordagem centrada no paciente e a pontuação da atribuição de traços estereotípicos a dois grupos alvos (i.e. pessoas idosas e pessoas jovens).

2.2. Participantes

A população do estudo incidiu sobre estudantes da área da saúde. A amostra é constituída por alunos do 1º ano (Ano letivo 2019/2020) de uma escola superior de enfermagem situada em Lisboa onde foi utilizada uma amostra por conveniência. O 1º ano é formado por oito turmas com o total de 299 alunos. Noventa não participaram por ausência ou por decisão voluntária e dos que participaram (209), foram anulados 26 (i.e. três não assinaram o consentimento, nove deixaram o questionário incompleto e onze fizeram o exercício solicitado incorretamente). A amostra final ficou com 183 participantes: 38 na condição tomada de perspectiva da pessoa idosa, 47 na tomada de perspectiva da pessoa jovem, 48 na condição de controlo com exercício neutro e 50 na condição de controlo ausência de exercício.

Como critério de inclusão estabeleceu-se que os estudantes pertencessem ao 1º ano do curso de enfermagem para garantir que ainda estivessem na fase inicial do curso.

2.2.1. Caracterização sócio demográfica

Na presente amostra a maior parte dos participantes têm idades entre 17 e 20 anos (90.2%), no entanto o intervalo de idades dos respondentes situa-se entre os 17 e os 48 anos de idade. A

maioria da nossa amostra é constituída por mulheres (91.8%), e os participantes eram maioritariamente de nacionalidade portuguesa (95,6%), como se pode ver no quadro 2.1.

Ao nível do percurso académico a maioria frequenta pela primeira vez esta universidade (97,3%) e a maior parte (88%) não frequentou outro curso anteriormente. Uma minoria de participantes (10,4%) responderam ter experiência na área dos cuidados da saúde.

As escolhas dos estudantes relativamente à especialidade a seguir recaem na sua maioria na área da Pediatria e da Saúde Materna e Obstetrícia (43.2%), seguidas por a área da Cirurgia/Bloco operatório (14.2%) sendo que áreas como Geriatria (1.6%) e cuidados continuados (1%) são escolhas menos preferidas, assim como a área da saúde mental (1%). Uma parte dos estudantes não respondeu ou não sabe qual a especialidade que vai seguir (29%) (Quadro 2.1).

Quadro 2.1. - Caracterização sócio demográfica

| | <i>n</i> | % |
|---------------------------------|----------|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 168 | 91.8 |
| Masculino | 15 | 8.2 |
| Nacionalidade | | |
| Portuguesa | 175 | 95.6 |
| Outras | 8 | .4.4 |
| Vive com os avós | | |
| Sim | 9 | 4.9 |
| Não | 171 | 93.4 |
| 1ª vez a frequentar curso | | |
| Sim | 178 | 97.3 |
| Não | 5 | 2.7 |
| Frequentou outro curso | | |
| Sim | 22 | 12.0 |
| Não | 161 | 18.0 |
| Especialidade a seguir | | |
| Pediatria | 49 | 26.8 |
| Saúde Materna e Obstetrícia | 30 | 16.4 |
| Bloco operatório/Cirurgia | 26 | 14.2 |
| Outros | 25 | 13.6 |
| Não sabe/ Não responde | 53 | 29.0 |
| Exp. Profissional área da saúde | | |

| | | |
|-----|-----|------|
| Sim | 19 | 10.4 |
| Não | 164 | 89.6 |

Nota. $N = 183$ ($n = 91.8$ para cada condição). Participantes tinham uma média de 19.6 de idade ($DP = 60.22$), e a idade dos participantes não diferiu por condição

Nas questões sobre a frequência e qualidade do contacto com os avós quase metade dos estudantes (49.7%) diz que convive entre uma vez por semana a quase todos os dias com os avós e mais de metade (70.5%) considerou que o encontro foi muito bom ou foi bom. Relativamente à questão de se viviam com os avós uma pequena percentagem respondeu que sim (4.9%). Em relação à saúde da pessoa idosa com quem passam mais tempo aproximadamente metade dos participantes (49.1%) considerou que esta tem uma saúde de razoável a boa, e 29,5% dos participantes consideraram que apresentavam uma saúde má (muito ou em parte). Menos participantes (17.5 %) responderam que a saúde nem era má nem boa. A média das idades dos indivíduos mencionados é de 73 anos.

2.3. Instrumentos

O questionário aplicado ao estudo era composto por três partes contínuas (Anexo A). Na primeira parte aplicou-se a manipulação, composta por um exercício escrito com diferentes cenários, aos dois grupos experimentais e ao grupo de controlo exercício neutro. Na segunda parte foi avaliada a empatia, a abordagem centrada no paciente e a atribuição de estereótipos. Na terceira responderam a questões sócio demográficas e a um questionário sobre a relação com pessoas idosas. Os participantes da condição de controlo, ausência de exercício, não elaboraram qualquer exercício escrito.

2.3.1. Manipulações

A manipulação é composta por quatro cenários: tomada de perspectiva da pessoa idosa, tomada de perspectiva da pessoa jovem, exercício neutro e ausência de exercício.

A manipulação incide sobre a estratégia tomada de perspectiva e para a sua realização foi pedido aos respondentes que realizassem um exercício escrito que tinha como intuito fazer emergir a capacidade de tomar a perspectiva do outro.

O exercício de tomada de perspectiva foi adaptado de Galinsky e Moskowitz, (2000). No estudo de Galinsky é mostrada uma foto de um homem mais velho aos participantes e é lhes

pedido que escrevam um dia típico da vida daquele instruindo-os que se colocassem no lugar daquele e se imaginassem como se fossem aquela pessoa.

No presente estudo recorreu-se a uma vinheta, pedindo aos participantes que lessem um enunciado onde era solicitado que escrevessem um texto sobre o dia de uma pessoa que iria ter uma consulta médica. O exercício remetia para dois cenários possíveis designadamente a tomada de perspetiva da pessoa idosa e a tomada de perspetiva de uma pessoa jovem. No primeiro era pedido ao participante que se colocasse no lugar da pessoa de 79 anos e que de seguida descrevesse o dia dessa pessoa até à hora de uma suposta consulta de rotina no hospital, tendo em conta o que ela sentiu, pensou e experienciou. No segundo cenário era pedido o mesmo, mas a personagem da narrativa era uma pessoa mais nova, 25 anos. O exercício escrito foi elaborado na terceira pessoa do singular, designada por *imagine-other perspective* (e.g. “A Sra. Ema tem 79 anos e teve ontem uma consulta de rotina no hospital. Coloque-se no lugar da Sr^a Ema imaginando o que esta experienciou. Tenha em conta o que ela sentiu, pensou e fez desde o acordar até o momento da consulta. [Ex: “A Sra. Ema ...”]).

A nossa investigação é composta por dois grupos de controlo. Para obter um grupo de controlo mais semelhante com os grupos das condições experimentais pediu-se ao grupo de controlo do exercício neutro para fazer um exercício escrito elaborando uma narrativa sobre o seu primeiro dia de aulas.

No protocolo do grupo de controlo ausência de exercício realizam-se apenas as respostas aos questionários das medidas, as variáveis dependentes.

2.3.2. Empatia

Com o objetivo de medir a atitude dos estudantes em relação à empatia foi utilizada a Escala Jefferson de Empatia - Versão para Estudantes das Profissões de Saúde (JSE-HPS; Fields et al., 2011) uma das versões da escala original *Jefferson Scale Physician Empathy* (JSPE) desenvolvida por Hojat et al. (2001) para estudantes de medicina. A escala original foi adaptada e validada para a população portuguesa por Magalhães et al. (2010), designando-se por Escala de Empatia para Médicos versão para estudantes, JSPE-VP.

A JSPE e suas subseqüentes versões, foram criadas com o objetivo de responder à falta de um instrumento que medisse especificamente a empatia no contexto dos cuidados de saúde e que avaliasse os aspetos relacionais entre o médico/profissionais de saúde e o paciente (Hojat, 2016; Hojat et al., 2001).

A versão original foi revista e modificada ligeiramente para equilibrar os itens ao nível da sua elaboração e para melhorar a sua compreensão para traduções futuras (Hojat, 2016). Adicionalmente foram realizadas pequenas adaptações no conteúdo para esta poder ser aplicada a diferentes populações no contexto da saúde gerando diferentes versões. As versões finais são: *Jefferson Scale of Empathy-Health Professionals version* (JSE-HP), para aplicar na população de médicos e outros profissionais de saúde (Hojat et al., 2002a), *Jefferson Scale of Empathy* (JSE-S) para ser aplicada aos estudantes de medicina (Hojat et al., 2001) e a *Jefferson Scale of Empathy - Health Professions Student version* (JSE- HPS) (Fields et al., 2011), criada para poder ser aplicada a estudantes de outras profissões de saúde que não as de medicina sendo esta a usada no presente estudo.

Os estudos indicam que as várias versões têm validade psicométrica (Hemmerdinger et al., 2007; Hojat, 2016; Hojat et al., 2002a; Magalhães et al., 2010).

Para se usar a escala adaptada contactou-se a respetiva equipa portuguesa que nos remeteu para o autor original. A equipa do *Center for Research in Medical Education and Health Care* do *Jefferson Medical College* de Filadélfia (EUA) respondeu ao nosso contacto solicitando uma pequena explicação do estudo, (e.g. o tipo de participantes, objetivos, etc). Neste seguimento foi nos facultada a versão portuguesa da JSE-HPS que difere essencialmente da JSE-S na substituição da palavra “médico” (e.g. item 15 - *Empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso do médico no tratamento é limitado*) por “profissional de saúde” (e.g. *Empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso do profissional de saúde é limitado*).

A JSE-HPS é constituída por um total de 20 itens que têm como objetivo avaliar a atitude dos estudantes da área da saúde em relação à empatia. As três subescalas que a compõem são: a tomada de perspectiva, com dez itens, a compaixão, com oito itens e a capacidade de se colocar no lugar do paciente, com dois itens. A subescala tomada de perspectiva relaciona-se com a capacidade do profissional de saúde compreender o que o paciente experiencia, sente e pensa e é mencionada por Hojat (2016) como o elemento principal da empatia (e.g. item 9 “ Os profissionais de saúde devem tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando lhes prestam cuidados ”; item 10 “ Os pacientes valorizam a compreensão dos seus sentimentos por parte do profissional de saúde, a qual, por si só, é terapêutica”). A dimensão da compaixão refere-se à atenção do profissional de saúde para com as emoções e experiências do paciente mas com

consciência da separação emocional existente entre ambos (e.g. item 7 “Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante na entrevista com o paciente”; e o item 18 “Os profissionais de saúde não deveriam deixar-se influenciar por laços pessoais fortes com os seus pacientes e respetivos familiares”). A dimensão capacidade de se colocar no lugar do paciente

avalia a dificuldade de o participante se colocar no lugar do outro, esta é constituída por dois itens (e.g. item 3 “É difícil para um profissional de saúde ver as coisas do ponto de vista dos pacientes” e o item 6 “ Como as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas do ponto de vista dos pacientes”; Hojat et al., 2001, 2002).

A escala de resposta é de tipo Likert e é constituída por sete pontos que variam entre 1, (Discordo totalmente) e 7 (Concordo totalmente). Dos vinte itens, dez são cotados de forma direta, de um a sete, e os restantes dez itens são invertidos estando redigidos na forma negativa. Os valores *missing* foram substituídos pela média e só se consideraram os questionários que tivessem menos de quatro (inclusive) *missings* conforme os critérios exigidos pelo protocolo da aplicação da *Jefferson Scale Empathy*. Relativamente aos resultados da escala estes dizem-nos que quanto mais superior o valor mais haverá uma concordância com a atitude empática por parte dos respondentes (Hojat, 2016).

A versão original apresenta razoáveis qualidades psicométricas no geral. A validade de critério convergente foi confirmada através da correlação significativa da JSPE com outras dezasseis medidas semelhantes (e.g. Interpersonal Reactivity Index [IRI; Davis, 1983] *empathetic concern* [$r = .41$], a *perspective taking* [$r = .29$] e a *fantasy* [$r = .24$]) e a validade de critério discriminante foi confirmada com medidas conceptualmente irrelevantes para a empatia (e.g. *self-protection*; Hojat, 2001). Esta versão originou quatro fatores mas após uma revisão à escala (Hojat et al., 2002b, 2002a) os mesmos autores apresentaram um modelo trifatorial, estabilizando a estrutura em três fatores. A versão original apresentou um valor de consistência interna bom com um valor de alfa de *Cronbach* de .89 (Hojat et al., 2001), e a versão revista o valor obtido do alfa foi de .81 (Hojat et al., 2002b).

No estudo da adaptação da escala JSPE (original) para português (Magalhães et al., 2010) realizou-se uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com o modelo trifatorial. A adequabilidade do modelo foi moderada para 19 itens (CFI = 0.83). O valor melhorou (CFI = 0.89) ao retirar mais dois itens com fragilidades. O valor de consistência interna para os dezassete itens foi de .76 (Magalhães et al., 2010).

No estudo de Fields et al., 2011, examinaram-se as propriedades psicométricas da versão JSE-HPS, correspondente à usada neste estudo onde o valor de consistência interna foi de .78 (Fields et al., 2011).

No presente estudo, inicialmente, fez-se uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) à escala total replicando (Hojat et al., 2002a). O valor de medida de adequação da amostra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0.721, situando-se entre 0.7 e 0.8, a recomendação em relação à AFE é boa (Field, 2009). Também o teste de esfericidade de Bartlett mostrou que as variáveis

se correlacionavam significativamente com um $p < .001$ ($\chi^2(190) = 773.02, p < .001$), indicando que são suficientemente grandes para uma Análise de Componentes Principais (ACP). Assim, realizou-se a AFE, através do método ACP com rotação ortogonal *Varimax* aos 20 itens em análise. A análise não replicou o modelo de três fatores com a solução fatorial que os autores da versão original propõem (Hojat et al., 2002b, 2002a).

Na sequência destes resultados e tomando em consideração a versão portuguesa (Magalhães et al., 2010) onde se realizou uma AFC ao modelo de três fatores e também tendo em conta o estudo de Hojat & Gonnella (2015) onde se realizou uma ACP com rotação oblíqua fixando-a em três fatores decidiu-se realizar uma nova AFE fixando a análise a três fatores.

Numa nova análise preliminar à escala confirmou-se a validade da análise fatorial pelo índice de KMO (.761) e pelo teste de esfericidade de Bartlett ($p < .001$ ($\chi^2(120) = 589.76, p < .001$)). De seguida realizou-se uma AFE com rotação oblíqua *direct oblimin*.

Na primeira análise exploratória foram retirados, tendo em consideração os valores das cargas fatoriais e a dimensão da amostra, os itens, 2, 4, 18 e 19 por apresentarem valores inferiores a .37 (Field, 2009). O item 12 foi eliminado do fator 3 por diminuir significativamente o coeficiente de consistência interna alfa de *cronbach*, fazendo passar o valor do alfa de .438 para .528. Recorrendo novamente ao critério KMO para os restantes itens, obteve-se um valor de .762 (valor bom de acordo com Field, 2009) e todos os valores do KMO para os itens individuais foram maiores que .602, o que é acima do valor limite aceitável de .5 (Field, 2009). O teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2(105) = 541.97, p < .001$, indicou que as correlações entre os itens são significativamente grandes para uma ACP. Fazendo novamente uma AFE obteve-se uma estrutura fatorial equivalente à escala original (Hojat et al., 2002a; Hojat & Gonnella, 2015) onde os três fatores explicam 45.24% da variância total

O Quadro 2.2. apresenta os dados resultantes da AFE, as cargas fatoriais e a percentagem de variância explicada mais os *eigenvalues*. O fator 1, tomada de perspectiva, ficou com um estrutura de sete itens todos eles com cargas fatoriais superiores a .5, o fator 2, compaixão, reteve seis itens com cargas fatoriais superiores a .495 e o terceiro fator corresponde à capacidade de se colocar no lugar do outro, e ficou composto com dois itens tal como na escala original. Segundo Velicer & Fava (1998) um fator com dois itens não dá estabilidade ao próprio mas resolvemos manter como o original.

A fiabilidade da nossa escala e suas dimensões foi avaliada pelo índice de consistência interna alfa de *Cronbach*. A avaliação da empatia ($\alpha = .74$) e da subescala tomada de perspectiva ($\alpha = .75$) demonstrou uma consistência interna satisfatória. A subescala compaixão também apresentou um alfa aceitável ($\alpha = .65$). No entanto a subescala capacidade de se colocar no lugar

do outro aparenta ter uma baixa fiabilidade ($\alpha = .53$) mas sendo esta escala composta por apenas dois itens é também esperado um valor de alfa baixo, neste caso é pertinente e vemos o valor da correlação (Field, 2009). A correlação entre o item 6 e o item 3 é de $r = .366, p < .01$, logo os itens correlacionam-se entre si.

Tendo a correlação um valor médio e significativo e sendo os alfas aceitáveis decidiu-se prosseguir para o uso da escala total e suas dimensões.

Quadro 2.2. Resultado de uma análise fatorial à Jefferson Scale Empahy (Versão JSE-HPS)

| Itens da JSE-HPS | Fatores | | |
|--|-------------|-------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Fator 1: Tomada de Perspetiva | | | |
| 16. A compreensão do profissional de saúde do estado emocional dos seus pacientes e de suas famílias é um componente importante da relação profissional de saúde -paciente | .742 | .263 | .094 |
| 15. A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso do profissional de saúde é limitado. | .717 | .226 | .108 |
| 20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente. | .714 | .360 | -.036 |
| 9. Os profissionais de saúde devem tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando lhes prestam cuidado. | .631 | .173 | -.070 |
| 10. Os pacientes valorizam a compreensão dos seus sentimentos por parte do profissional de saúde, a qual, por si só, é terapêutica. | .576 | .279 | -.062 |
| 17. Os profissionais de saúde deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados | .569 | .085 | -.176 |
| 13. Os profissionais de saúde devem tentar compreender o que se passa na mente dos seus pacientes, prestando atenção a suas pistas não-verbais e a sua linguagem corporal | .522 | .136 | .154 |
| Fator 2: Compaixão | | | |
| 11. As doenças só podem ser curadas com tratamento específico; portanto, os laços emocionais dos profissionais de saúde com os seus pacientes não têm uma influência significativa nos resultados do tratamento. (R) | .194 | .724 | .191 |
| 1. A compreensão dos profissionais de saúde sobre os sentimentos dos seus pacientes e os sentimentos das famílias dos seus pacientes não influencia os resultados do tratamento. (R) | .114 | .703 | -.160 |
| 8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia os resultados do tratamento. (R) | .238 | .646 | .046 |
| 7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante na entrevista com o paciente. (R) | .236 | .519 | .121 |
| 14. Eu acredito que a emoção não tem lugar no tratamento de doenças médicas. (R) | .339 | .514 | .365 |
| 5. O senso/sentido de humor do profissional de saúde contribui para um melhor resultado clínico. (R) | .284 | .496 | -.338 |
| Fator 3: Capacidade de se colocar no lugar do outro | | | |
| 3. É difícil para um profissional de saúde ver as coisas do ponto de vista dos pacientes (R) | -.057 | .002 | .714 |
| 6. Como as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas do ponto de vista dos pacientes. (R) | .046 | .101 | .680 |
| <i>Eigenvalues</i> | 3.680 | 1.644 | 1.462 |
| Variância Explicada (Variância Total Explicada) = 43,24% | 24.53% | 10.96% | 9.75% |
| Consistência interna (alpha de Cronbach) | .75 | .65 | .53 |

Nota. $N = 183$. O método de extração usado foi a análise de componentes principais com rotação oblíqua (*oblimin* com a normalização de *Kaiser*) com fixação a três fatores. As cargas fatoriais acima de .37 encontram-se em bold. Itens inversamente pontuados estão assinalados com um R.

2.3.3. Abordagem centrada no paciente

Para avaliar a abordagem centrada no paciente na relação entre o profissional de saúde e o paciente foi utilizada a escala *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS) de Krupat, Yeager, et al. (2000) que inicialmente foi construída com 33 itens mas posteriormente foi revista e reduzida a 18 itens (Krupat, Rosenkranz, et al., 2000). Esta escala foi traduzida e adaptada para português por Grilo et al. (2018).

A escala é constituída por 18 itens que avaliam se as atitudes dos participantes demonstram um comportamento mais centrado no paciente ou mais focado na doença e no médico. Este instrumento é composto por duas dimensões: *sharing* e *caring*. A dimensão *sharing* é composta por nove itens e reflete duas subdimensões: até que ponto o respondente pensa que (se) as tomadas de decisões e o poder devem ser partilhados entre o profissional de saúde e o paciente; até que ponto deve haver partilha de informação por parte do profissional de saúde (e.g. item 5 “Os pacientes deveriam confiar no saber do enfermeiro e não procurarem, pelos seus próprios meios, informação sobre o seu estado”; e item 9 “Os utentes deveriam ser tratados como parceiros dos enfermeiros, com igualdade de poder e estatuto”). O fator *caring* é constituído por nove itens, e reflete duas subdimensões: o quanto os profissionais de saúde têm a atenção, o cuidado, de dar apoio e conforto aos pacientes; o quanto olham para o paciente como um todo tratando-o para além dos sintomas (e.g. item 7 “Se os enfermeiros forem realmente bons na prestação de cuidados a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante”; e o item 16 “Não é muito importante saber informações sobre a cultura e o passado do utente para tratar a doença de uma pessoa” (Krupat, Rosenkranz, et al., 2000; Krupat, Yeager, et al., 2000). Da escala total existem três itens (9, 13, 17) elaborados inversamente. Esta escala é aplicável tanto a profissionais de saúde como a pacientes (Krupat, et al, 2000). E também é referida como uma escala muito usada em investigações na área da educação de profissionais de saúde (Grilo et al., 2018).

A escala de cotação é de tipo Likert e é composta por sete pontos que variam em intensidade entre 1 (Concordo completamente) e 6 (Discordo completamente). Segundo Krupat, Rosenkranz, et al. (2000). Uma pontuação maior que 5.00 é alta e indica que os participantes têm uma abordagem mais centrada no paciente, uma pontuação menor ou igual que 4.57 é baixa,

indicando uma abordagem centrada na doença ou no profissional de saúde, um resultado médio encontra-se no intervalo entre 4.57 e 5.00. O resultado total da escala é obtido através da média aritmética dos valores dos 18 itens. Na nossa adaptação ocorreu um erro de formatação que originou a exclusão do item 18.

A fiabilidade da consistência interna da escala original com 18 itens foi satisfatória para a escala total ($\alpha = .73$) e para a subescala *sharing* ($\alpha = .67$) mas a subescala *caring* demonstrou uma baixa consistência interna ($\alpha = .52$) (Krupat, Rosenkranz, et al., 2000).

Na versão adaptada de Grilo et al. (2018) foi realizada uma ACP, com rotação *varimax* e fixação prévia de dois fatores. A análise apresentou uma estrutura fatorial um pouco diferente da original. De seguida e considerando a versão original procederam a uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) onde o valor do CFI foi superior a .90. A escala total apresentou um valor de alfa de *Cronbach* satisfatório ($\alpha = .65$) mas apresentou uma consistência interna baixa para as subescalas *sharing* ($\alpha = .56$) e *caring* ($\alpha = .50$) segundo Field (2009).

A análise no presente estudo foi conduzida com 17 itens. A medida Kaiser-Meyer-Olkin validou a adequação da amostra para a análise, $KMO = .644$ (valor medíocre, mas aceitável de acordo com Field, 2009) e todos os valores do KMO para os itens individuais foram $> .614$, o que é acima do valor limite aceitável de .5 (Field, 2009). O teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2(136) = 353.87$, $p < .001$, indicou que as correlações entre os itens também são significativamente grandes para uma ACP.

Uma ACP foi conduzida aos respetivos itens recorrendo à rotação ortogonal *varimax* sem determinação prévia dos fatores, contudo não se replicou a estrutura fatorial original. A escala apresentou uma estrutura fatorial com sete fatores, muito diferente da estrutura original com dois fatores. Desta forma, decidiu-se seguir o procedimento da fixação de dois fatores à semelhança dos autores da versão portuguesa. Assim, fez-se uma nova ACP com rotação ortogonal *varimax* fixando em dois fatores. Os itens com cargas fatoriais inferiores ao recomendado, tendo em consideração o tamanho da amostra .37 (Field, 2009), foram retirados (itens 10,13,5,14). Após a eliminação dos itens procedeu-se a uma nova análise e o item 12 mostrou uma solução fatorial baixa sendo assim também retirado. A distribuição dos itens pelos dois fatores não refletiu as dimensões propostas (*sharing e caring*). Muitos itens apresentaram-se na dimensão oposta à identificada na estrutura original. Assim, a solução fatorial encontrada não replicou a encontrada por (Grilo et al., 2018), não se encontrou qualquer semelhança com a escala original (Quadro 2.3).

Quadro 2.3. Resultado de uma análise fatorial à Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)

| PPOS | Fatores | |
|--|-------------|-------------|
| | 1 | 2 |
| 4. Muitas vezes é melhor para os utentes não terem uma explicação completa da sua condição física. | .628 | .134 |
| 7. Se os enfermeiros forem realmente bons na prestação de cuidados a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante. | .604 | .367 |
| 6. Quando os enfermeiros fazem muitas perguntas sobre o passado do paciente, estão a intrometer-se demasiado em assuntos pessoais. | .589 | .133 |
| 8. Muitos utentes continuam a fazer perguntas, apesar de não estarem a aprender nada de novo. | .550 | -.130 |
| 3. A parte mais importante da consulta de enfermagem é o tratamento físico. | .500 | .118 |
| 16. Não é muito importante saber informações sobre a cultura e o passado do utente para tratar a doença de uma pessoa | .456 | .250 |
| 15. O utente tem que ter sempre presente que é o enfermeiro que manda. | .097 | .677 |
| 9. Os utentes deveriam ser tratados como parceiros dos enfermeiros, com igualdade de poder e estatuto. (R) | -.395 | .607 |
| 1. É o enfermeiro que deve decidir o que é conversado durante a consulta de enfermagem. | .203 | .555 |
| 2. Apesar de hoje em dia o serviço de saúde ser menos personalizado, este é um pequeno preço a pagar pelos avanços na área da saúde. | .198 | .480 |
| 11. Se as principais ferramentas do enfermeiro forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso. | .220 | .426 |
| 17. O humor é um dos principais ingredientes utilizado pelo enfermeiro no tratamento do utente. (R) | -.017 | .375 |

Nota. $N = 183$. O método de extração usado foi a análise de componentes principais com rotação orthogonal (*varimax with Kaiser normalization*) com fixação a dois fatores. As cargas fatoriais acima de .37 encontram-se em bold. Itens inversamente pontuados estão assinalados com um R.

As subescalas do PPOS, *sharing* e *caring*, revelaram uma baixa confiabilidade, designadamente, $\alpha = .559$ e $\alpha = .504$. Na escala total encontrada o valor de alfa é aceitável, $\alpha = .637$, por isso, ainda assim, decidiu-se usar a escala global mas não considerando as subescalas.

2.3.4 Traços estereotípicos

Para medir os traços estereotípicos atribuídos a pessoas jovens e idosas usámos um instrumento com base nos dados obtidos no artigo de Marques et al. (2006) em que retirámos quatro traços positivos e negativos das pessoas jovens e quatro traços positivos e negativos das pessoas idosas. E usámos outros dois traços, a competência e a afetuosidade, retirados do modelo de conteúdo de estereótipos de Fiske et al. (2002).

A escala baseada em Marques et al. (2006) é composta por duas partes uma em que se questiona em que grau aqueles traços são tipicamente associados às pessoas idosas e outra que questiona em relação às pessoas jovens. Cada uma das partes é composta por oito traços que espelham traços estereotípicos positivos da pessoa idosa (e.g. sábios) e da pessoa jovem (e.g. criativos) e traços negativos da pessoa idosa (e.g. dependentes) e da pessoa jovem (e.g. irresponsáveis).

Nesta medida a escala de likert varia de 1 a 7 em que no valor mais baixo o participante “Discorda totalmente” com a atribuição de determinado traço à pessoa idosa ou jovem e no valor mais alto “Concorda totalmente”.

O instrumento baseado no modelo de Fiske et al. (2002) avalia de uma forma menos evidente para o participante o processo de estereotipar acedendo a dimensões mais inconscientes deste (Fazio & Olson, 2003). Como a avaliação funciona de uma forma implícita minimiza a enviesamento da resposta por desejabilidade social (Greenwald et al., 2009). Pretende-se com este medir a existência de um idadismo mais subtil.

Esta escala é composta por dois itens, “competentes” e “afetuosos”, em que perguntamos ao participante em que grau é que associam as pessoas idosas e jovens a estes dois traços numa escala de 1 a 7, variando de “Não são nada assim” a “São muito assim”.

2.4 Procedimento

O presente estudo decorreu numa escola superior de enfermagem situada em Lisboa em contexto de sala de aula. Nesta investigação realizou-se um pré-teste do questionário a cinco alunas de fim de curso para garantir a compreensão e a aplicação do questionário em geral, e em particular do exercício inerente à manipulação, assim como inferir o tempo aproximado de resposta ao questionário total.

A autorização para a aplicação do estudo em contexto de sala de aula e a apreciação do projeto pela Comissão de Ética foram solicitados através do envio de um e-mail para os órgãos responsáveis da faculdade de enfermagem em estudo. Na solicitação efetuada foi anexada a proposta do estudo, um formulário próprio para o efeito onde constavam as informações principais deste, o pedido de autorização, uma breve nota biográfica, uma breve justificação e fundamentação teórica do estudo e o questionário total (inclui o consentimento informado e o *debriefing*). A Comissão de Ética atribuiu um parecer positivo com algumas recomendações que foram seguidas.

A aplicação dos instrumentos foi efetuada presencialmente (face-a-face), pelo investigador, através de questionários em formato de papel. A recolha de dados decorreu durante dois dias em sala de aula durante o horário letivo em oito turmas distintas do 1^a ano, estas encontravam-se agrupadas em quatro horários diferentes (i.e. duas turmas por aula). O questionário total foi aplicado uma única vez a cada aluno e conseqüentemente cada participante fez parte apenas de uma das condições existentes (i.e. tomada de perspectiva da pessoa idosa ou tomada de perspectiva da pessoa jovem ou exercício neutro ou ausência de exercício). O tempo estimado para a realização era de 20 min.

Na fase inicial da aplicação salientou-se verbalmente a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, ressaltando que após a leitura do consentimento informado bem como no decorrer da participação os participantes poderiam desistir e proceder à devolução dos questionários. Foi mostrada disponibilidade para esclarecer quaisquer dúvidas que fossem surgindo no decorrer do preenchimento.

O questionário total entregue era composto pelo consentimento informado, os exercícios de manipulação, os questionários das medidas, a escala de frequência de contacto com os avós, os dados sócio - demográficos e uma folha final de fecho solicitando o contacto caso houvesse interesse em assistirem a uma apresentação dos resultados.

Primeiramente os participantes leram o consentimento informado (Anexo B) onde constava a informação do tema em geral do estudo, as informações sobre confidencialidade, o anonimato e a participação voluntária finalizando com os contactos para qualquer questão que surgisse posteriormente.

Em seguida, os participantes liam o enunciado com o exercício escrito da condição experimental ou da condição de controle exercício neutro. Nos questionários do grupo de controle ausência de exercício não era apresentado qualquer exercício.

Depois das manipulações avaliaram-se as medidas dependentes (i.e. empatia, a abordagem centrada no paciente e os traços estereotípicos) através do preenchimento dos questionários. E no fim preencheram informação sobre a frequência do contacto com os avós e facultaram os dados sócio demográficos.

Para minimizar enviesamentos reduziu-se ao mínimo as instruções dadas mas achou-se pertinente reforçar a ordem de preenchimento e ainda elucidar sobre a cotação das escalas devido o mesmo valor espelhar ideias contrárias (i.e. 1- Concordo Totalmente na escala JSE - HPS e 1 – Discordo Totalmente na escala PPOS). Relativamente à informação acerca do propósito do estudo esta foi fornecida parcialmente de modo a que não causasse enviesamentos nas manipulações.

No final da aplicação total os participantes tiveram acesso ao *debriefing* com uma explicação mais detalhada do estudo (Anexo C).

CAPÍTULO III

Resultados

Os resultados das análises estatísticas são apresentados neste capítulo. As análises foram realizadas de acordo com as hipóteses formuladas. Os dados recolhidos após a aplicação do estudo foram introduzidos numa base de dados e de seguida analisados através do software de processamento de dados estatísticos SPSS, versão 26.

Em primeiro lugar, procedemos a uma análise descritiva das variáveis dependentes em estudo (ver Quadro 3.1 no Anexo D).

3.1 Pressupostos das ANOVAS *one-way*

Em segundo lugar, procedemos à realização da confirmação dos pressupostos das Anovas *one-way*, designadamente a normalidade da distribuição das variáveis em estudo e a homogeneidade das variâncias. Estes foram avaliados com recurso ao teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) com correção de Lilliefors e ao teste Levene (Field, 2009). A análise de pressupostos foi realizada na análise às escalas JSE-HPS e à PPOS.

A escala da empatia na condição tomada de perspectiva da pessoa idosa, $D(36) = 0.13$, $p = .103$, na condição da tomada de perspectiva da pessoa jovem, $D(46) = 0.11$, $p = .173$, e no exercício neutro $D(48) = 0.09$, $p = .200$, apresentou uma distribuição normal. A condição ausência de exercício, $D(49) = 0.16$, $p < .05$, foi significativamente não normal. O pressuposto da homogeneidade da variância para a escala da empatia foi validado através do teste Levene, $F(3, 174) = 0.19$, $p = .900$.

Respetivamente à subescala tomada de perspectiva, verificou-se um K-S de $D(46) = 0.10$, $p = .200$, na condição tomada de perspectiva da pessoa jovem e um K-S de $D(49) = 0.12$, $p = .068$ na ausência de exercício, demonstrando uma distribuição normal. As condições tomada de perspectiva de uma pessoa mais velha, $D(36) = 0.15$, $p < .05$, e o exercício neutro, $D(48) = 0.13$, $p < .05$, foram ambas significativamente não normais.

Na componente compaixão a condição da tomada de perspectiva da pessoa idosa, $D(36) = 0.19$, $p < .05$, da tomada de perspectiva da pessoa jovem, $D(46) = 0.14$, $p < .05$, e do exercício neutro, $D(48) = 0.15$, $p < .05$, foram todas significativamente não normais. O grupo de controlo ausência de exercício, $D(49) = 0.08$, $p = .200$, revelou ter uma distribuição normal.

Na dimensão capacidade de se colocar no lugar do outro, o teste de K-S foi de $D(36) = 0.12, p = .185$, $D(46) = 0.10, p = .200$ e de $D(49) = 0.08, p = .200$, respetivamente para as condições de tomada de perspectiva da pessoa idosa, tomada de perspectiva da pessoa jovem e ausência de exercício, verificando-se a normalidade da distribuição da variável em estudo. A condição exercício neutro $D(48) = 0.14, p = .02 (p < .05)$, foi significativamente não normal.

O pressuposto de homogeneidade de variância foi validado com o teste Levene. As variâncias foram iguais nas três componentes para as quatro condições: tomada de perspectiva, ($F(3, 174) = 1.98, p = .900$), compaixão ($F(3, 174) = 0.15, p = .926$), capacidade de se colocar no lugar do outro ($F(3, 174) = 0.10, p = .960$).

Em relação à abordagem centrada no paciente na condição da tomada de perspectiva da pessoa jovem, $D(46) = 0.17, p < .001$ esta foi significativamente não normal. A tomada de perspectiva da pessoa idosa, $D(36) = 0.13, p = .94$, o exercício neutro $D(48) = 0.09, p = .200$ e a condição ausência de exercício, $D(50) = 0.09, p = .200$, apresentaram uma distribuição normal. O pressuposto da homogeneidade da variância para a escala global foi validado através do teste Levene ($F(3, 174) = 3.57, p < .01$).

Os resultados encontrados em ambas as escalas mostram que em alguns casos as distribuições das variáveis não seguiram o pressuposto da distribuição normal contudo como referido em Maroco (2007) os estudos demonstram que os testes paramétricos, nomeadamente a ANOVA, são robustos à violação do pressuposto da normalidade quando a amostra não é extremamente pequena, por isso não foi necessário efetuar correções ou transformações de dados.

3.2. Análise das hipóteses do estudo

Em terceiro lugar, efetuaram-se as análises inferenciais aos dados das diferentes medidas em estudo tendo em conta as hipóteses apresentadas.

3.2.1 Efeito da tomada de perspectiva na empatia

Primeiramente, avaliámos se as condições experimentais, tomada de perspectiva da pessoa idosa e a tomada de perspectiva da pessoa jovem, afetam significativamente a dimensão da empatia e se ocorrem diferenças entre ambas as condições, assim, recorreu-se à ANOVA *one-way*,

seguida da análise de comparações múltiplas através do teste *post-hoc* HSD de Tukey como descrito em Field (2009).

Na análise à escala total da empatia não se verificaram efeitos estatisticamente significativos, ($F(3, 179) = 0.83, p = .481, partial n^2 = .051$), nas diferentes condições experimentais e de controlo.

As médias observadas das respostas foram superiores para a condição tomada de perspectiva da pessoa jovem de 88.55 ($DP = 9.24$) e de seguida para a condição tomada de perspectiva da pessoa mais velha de 86.94 ($DP = 7.47$). Para o grupo de controlo exercício neutro os valores foram de 86.68 ($DP = 8.74$) e os valores mais baixos do nível de empatia verificaram-se no grupo de controlo ausência de exercício de 85.78 ($DP = 9.36$; Figura 3.1).

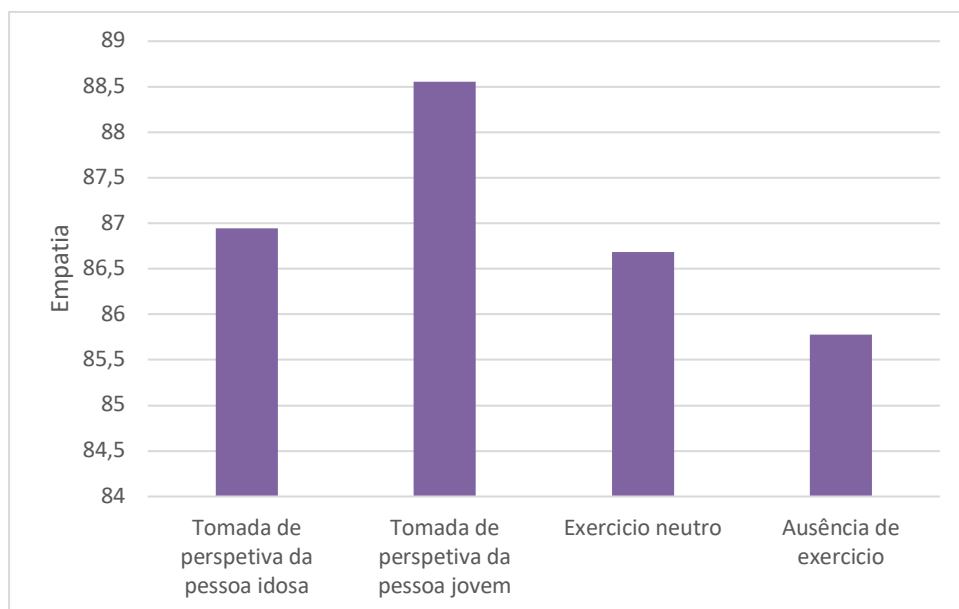


Figura 3.1 – Efeito da manipulação tomada de perspectiva na variável empatia

De seguida procedemos a uma ANOVA *one-way* às subescalas. Os resultados demonstraram que houve efeitos significativos entre as condições na subescala da dimensão tomada de perspectiva, $F(3, 179) = 3.22, p = .024, partial n^2 = .051$. O teste *post-hoc* HSD de Tukey revelou que o exercício da tomada de perspectiva da pessoa jovem afetou significativamente os níveis de empatia destes estudantes em relação aos estudantes do grupo de controlo ausência de exercício, I.C. a 95% [0.518; 5.945]; $p = .012$.

A condição ausência de exercício apresentou os níveis mais baixos de empatia, ($M = 40.30, DP = 6.19$), seguida pelos estudantes que fizeram o exercício de tomada de perspectiva da pessoa

idosa, ($M = 41.65$, $DP = 4.57$) e pelo grupo de controle exercício neutro ($M = 42.06$, $DP = 5.38$). Os estudantes que fizeram o exercício de tomada de perspectiva da pessoa jovem ($M = 43.53$, $DP = 3.98$) foram os que se mostraram mais empáticos e capazes de se colocar no lugar do outro (Figura 3.2).

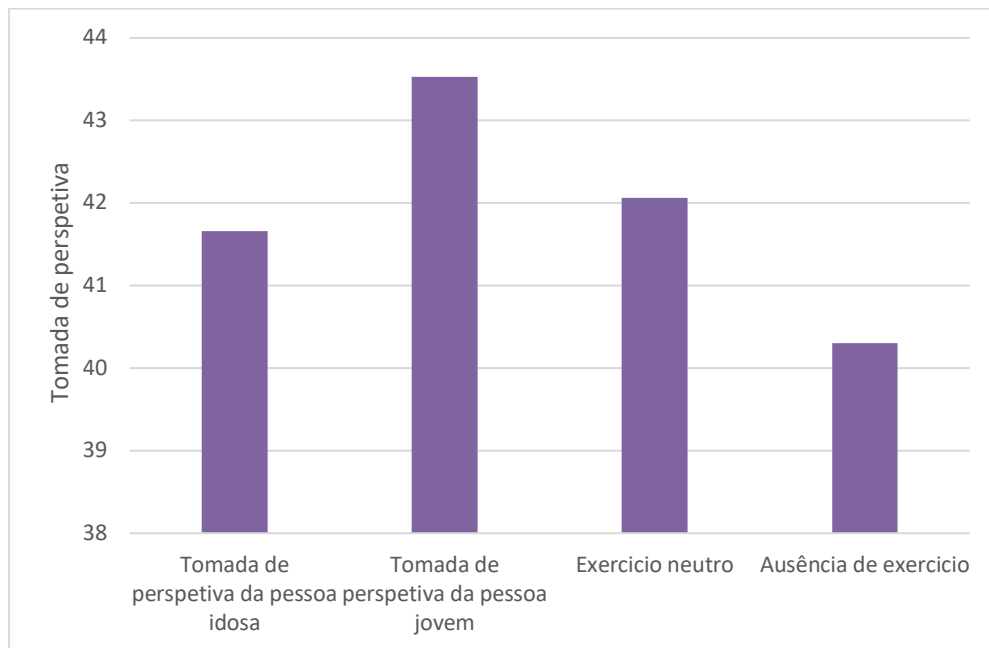


Figura 3.2 – Efeito da manipulação tomada de perspectiva na variável tomada de perspectiva

Não se encontraram efeitos estatisticamente significativos da condição experimental sobre as dimensões compaixão ($F(3, 179) = 0.23$, $p = .873$, $partial n^2 = .004$) e colocar-se no lugar do paciente ($F(3, 179) = 0.88$, $p = .449$, $partial n^2 = .015$). Na componente compaixão as médias das respostas foram de 36.42 ($DP = 4.88$), 35.84 ($DP = 4.67$), 35.78 ($DP = 5.41$) e 35.54 ($DP = 4.75$), respectivamente para o grupo de tomada de perspectiva da pessoa mais velha, grupo de controle ausência de exercício, grupo da tomada de perspectiva da pessoa jovem e grupo de controle com exercício neutro (Figura 3.3). A média mais alta foi a dos participantes do grupo da tomada de perspectiva da pessoa idosa mostrando uma tendência para estes sentirem mais compaixão.

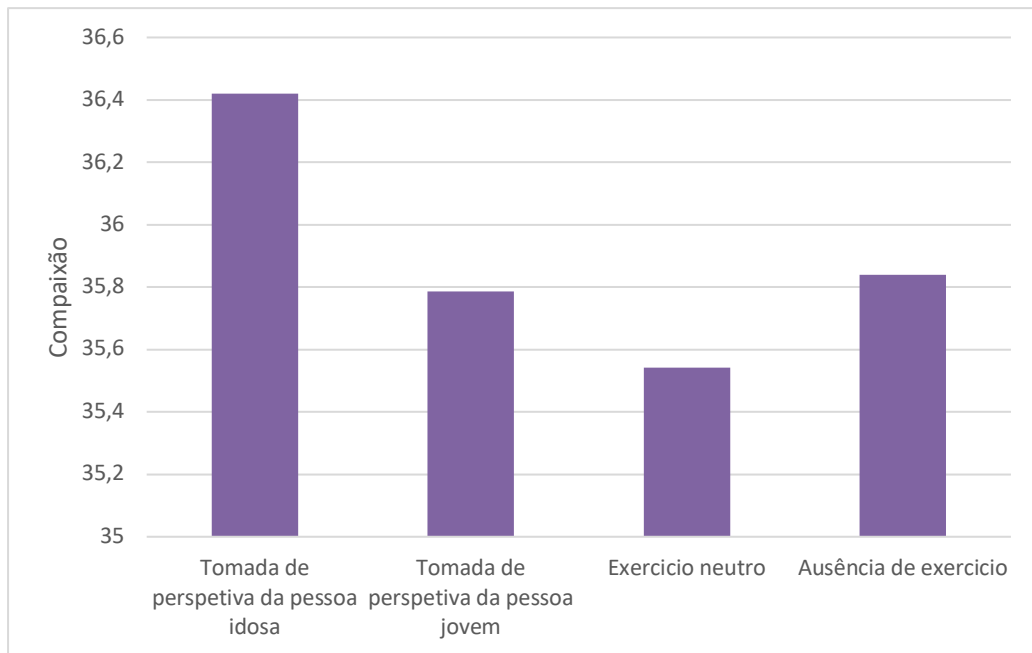


Figura 3.3 – Efeito da manipulação tomada de perspectiva na variável Compaixão

Na capacidade de se colocar no lugar do outro as médias foram de 8.86 ($DP = 2.29$), 9.08 ($DP = 2.13$), 9.23 ($DP = 2.37$) e 9.64 ($DP = 2.32$) respectivamente para o grupo de grupo de tomada de perspectiva da pessoa idosa, grupo de controle exercício neutro, grupo da tomada de perspectiva do jovem, o grupo de controle ausência de exercício (Figura 3.4).

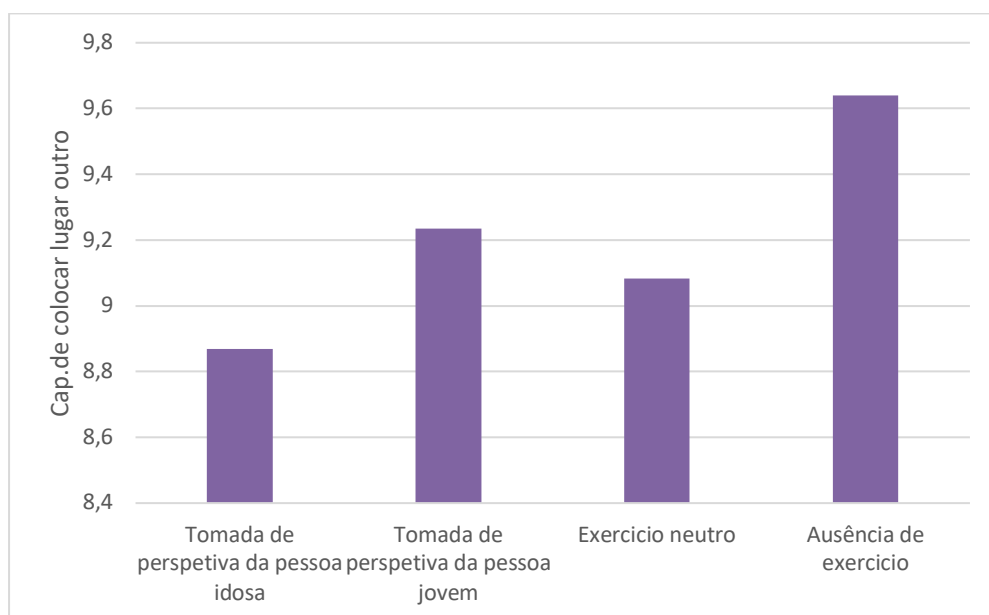


Figura 3.4 – Efeito da manipulação tomada de perspectiva na variável capacidade de se colocar no lugar do outro

Estes resultados demonstram que não houve efeitos na empatia de uma forma geral mas apenas na subescala tomada de perspectiva onde os estudantes se mostraram mais empáticos.

3.2.2. Efeito da tomada de perspectiva na abordagem centrada no paciente

Como as qualidades psicométricas das subescalas não são suficientemente boas e a estrutura original não se replicou optou-se por fazer a análise para a escala global que apresenta valores de consistência interna adequados para a análise.

De modo a verificar os efeitos na variável abordagem centrada no paciente recorreu-se à ANOVA *one-way*, seguida do teste *post-hoc* HSD de *Tukey*. A comparação das médias através da ANOVA permitiu verificar que não há diferenças estatisticamente significativas entre as quatro condições experimentais ($F(3, 174) = 0.40, p = .750, \text{partial } n^2 = .018$).

As médias das respostas foram para a condição tomada de perspectiva da pessoa mais velha de 4.02 ($DP = 0.64$), para a condição tomada de perspectiva da pessoa jovem de 4.06 ($DP = 0.47$), para a grupo de controle exercício neutro de 4.09 ($DP = 0.51$) e para o grupo de controle ausência de exercício de 4.13 ($DP = 0.37$) (Figura 4.5). Os valores das médias situam-se abaixo dos 4.57 indicando uma abordagem pouco centrada no paciente (Krupat, Rosenkranz, et al., 2000). Os estudantes da condição tomada de perspectiva da pessoa idosa foram os que obtiveram o valor inferior, mas não se obtiveram resultados significativos.

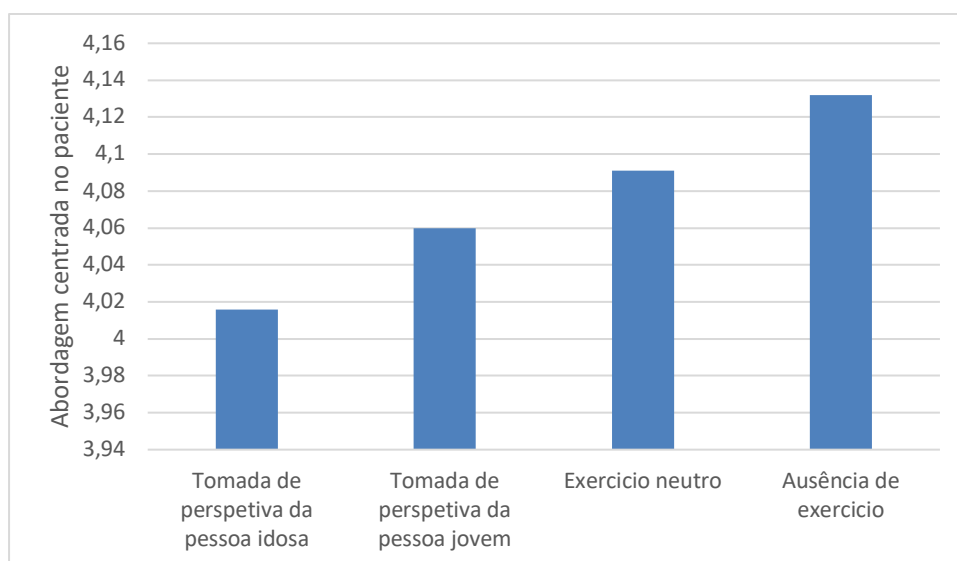


Figura 3.5 – Efeito da manipulação tomada de perspectiva na variável abordagem centrada no paciente

3.2.3 Efeito da tomada de perspectiva na atribuição de traços estereotípicos

Na análise aos traços estereotípicos baseado em Marques et al. (2006) pretendeu-se fazer uma comparação de médias entre condições e perceber o efeito da estratégia tomada de perspectiva na atribuição de estereótipos, ou seja, se seria menor nos grupos experimentais.

Na análise procedeu-se à ANOVA *one way* analisando item a item por condição e não houve efeitos significativos por isso apresentamos as médias no seu conjunto sem ter em consideração as condições.

Assim, seguindo uma metodologia semelhante à de Marques et al. (2006) fizemos uma análise item a item com o intuito de perceber como os participantes representam o grupo alvo das pessoas idosas e das jovens e através dos estereótipos que lhes atribuem.

No Quadro 3.2. apresentamos a lista dos atributos avaliados com indicação da média, dos limites de intervalo de confiança e dos respetivos desvios padrão.

A análise da intensidade da associação dos traços estereotípicos aos grupos alvo foi realizada considerando os intervalos de confiança tal como proposto por Brazão e Garcia-Marques, (2004). Desta forma considerou-se que, se o intervalo de confiança de um atributo não incluir o valor 4 e a sua média estiver acima de 4 pode-se inferir com um grau de confiança de 95% que o atributo é considerado pelos participantes como sendo associado ao grupo alvo (pessoa jovem ou pessoa idosa). Se o intervalo de confiança de um atributo não incluir o valor 4 e a sua média estiver abaixo de 4, pode-se inferir com um grau de confiança de 95%, que o atributo não é considerado pelos participantes como sendo associado ao grupo alvo.

Os nossos resultados demonstram que os participantes caracterizam o grupo alvo das pessoas idosas com os traços positivos do grupo, maduros ($M = 5.66$, IC 95% [5.50, 5.85]) e sábios ($M = 5.5$, IC 95% [5.34, 5.68]), segundo Marques et al. (2006). O traço dependente aparece em seguida ($M = 4.42$, $DP = 1.26$) no entanto este surge ligeiramente fora do intervalo de confiança. As pessoas idosas não foram vistas pelos participantes como doentes ($M = 3.59$, $DP = 1.47$), traço estereotípico negativo que é tendencialmente atribuído às pessoas idosas (Marques et al., 2006).

Em relação ao grupo alvo dos jovens os respondentes consideraram os jovens primeiramente como mais precipitados, ($M = 5.73$, $DP = 0.98$), depois como criativos ($M = 5.68$, $DP = 1.01$), e a seguir como saudáveis, ($M = 5.25$, $DP = 1.01$). De seguida surge o traço irresponsáveis, ($M = 4.6$, $DP = 1.16$) apresentando-se marginalmente fora do intervalo de confiança para a atribuição deste como representante do grupo alvo jovem. Estes correspondem

aos estereótipos negativos e positivos atribuídos a este grupo, estando de acordo com o esperado (Marques et al., 2006).

Quadro 3.2. - Atributos segundo valores médios decrescentes de estereotipicidade que os participantes consideram como associados às pessoas idosas e às pessoas jovens

| Traços estereotípicos | | | | |
|--------------------------------------|-------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Intervalo de Confiança de 95% | | | | |
| Traços estereotípicos | Média | Limite Inferior | Limite Superior | Desvio padrão |
| Traços estereotípicos pessoas idosas | | | | |
| Maduros | 5.66 | 5.50 | 5.85 | 1.19 |
| Sábios | 5.51 | 5.34 | 5.68 | 1.57 |
| Dependentes | 4.42 | 4.23 | 4.59 | 1.26 |
| Criativos | 4.31 | 4.10 | 4.48 | 1.32 |
| Precipitados | 3.91 | 3.66 | 4.14 | 1.59 |
| Saudáveis | 3.80 | 3.65 | 3.93 | 0.94 |
| Doentes | 3.59 | 3.38 | 3.81 | 1.47 |
| Irresponsáveis | 2.86 | 2.66 | 3.06 | 1.34 |
| Traços estereotípicos pessoas jovens | | | | |
| Precipitados | 5.73 | 5.58 | 5.87 | 0.98 |
| Criativos | 5.68 | 5.52 | 5.82 | 1.01 |
| Saudáveis | 5.25 | 5.08 | 5.38 | 1.01 |
| Irresponsáveis | 4.63 | 4.47 | 4.80 | 1.16 |
| Dependentes | 4.19 | 3.97 | 4.41 | 1.14 |
| Sábios | 3.75 | 3.57 | 3.92 | 1.19 |
| Maduros | 3.61 | 3.46 | 3.76 | 1.02 |
| Doentes | 2.57 | 2.40 | 2.74 | 1.55 |

Nota. N=183. A bold encontram-se os traços que se encontram dentro do intervalo de confiança a 95%

A análise efetuada aos traços retirados do modelo de conteúdo estereotípico (Fiske et al., 2002) permite verificar de uma forma mais fina como os estudantes avaliam o grupo alvo das pessoas jovens e das idosas.

Na análise ANOVA *one way* efetuada aos traços retirados do modelo de conteúdo estereotípico não houve efeitos significativos por condição por isso analisamos a média global sem ter em consideração as condições.

Desta forma, realizámos uma ANOVA de medidas repetidas a dois fatores. As variáveis foram combinadas num desenho fatorial de 2 (idade: pessoa jovem versus pessoa idosa) x 2 (traço: afetuoso versus competente). Ambos os fatores foram intra-participantes.

Todos os efeitos reportados são significativos com o $p < .001$, os contrastes revelam um efeito principal do alvo, idade, $F(1,182) = 82.85, p < .001, partial n^2 = .313$, o que significa que

houve uma diferença estaticamente significativa na avaliação das pessoas idosas ou das jovens. Deste modo, a avaliação das pessoas idosas ($M = 5.37$, $DP = 0.61$) obteve uma média superior em relação à avaliação das pessoas jovens ($M = 4.71$, $DP = 0.65$), o que significa que os participantes avaliaram melhor as pessoas idosas. Também se verificou um efeito principal do traço que está a ser atribuído, $F(1,182) = 23.20$, $p < .001$, $partial n^2 = .113$, que demonstra que houve uma diferença estatisticamente significativa entre a avaliação do traço afetuoso e do traço competente. Assim, o traço afetuoso ($M = 5.19$, $DP = 0.61$) obteve uma média superior ao traço competente ($M = 4.88$, $DP = 0.61$), pelo que os participantes avaliaram como mais afetuosos no geral.

Por fim, verificou-se um efeito de interação significativo entre a idade e o traço, $F(1,182) = 94.97$, $p < .001$, $partial n^2 = .343$, o que mostra que avaliar os traços competente e afetuoso é significativamente afetado pelo grupo a que se refere, neste caso se for das pessoas jovens ou das pessoas idosas, como se pode observar no Figura 3.6.

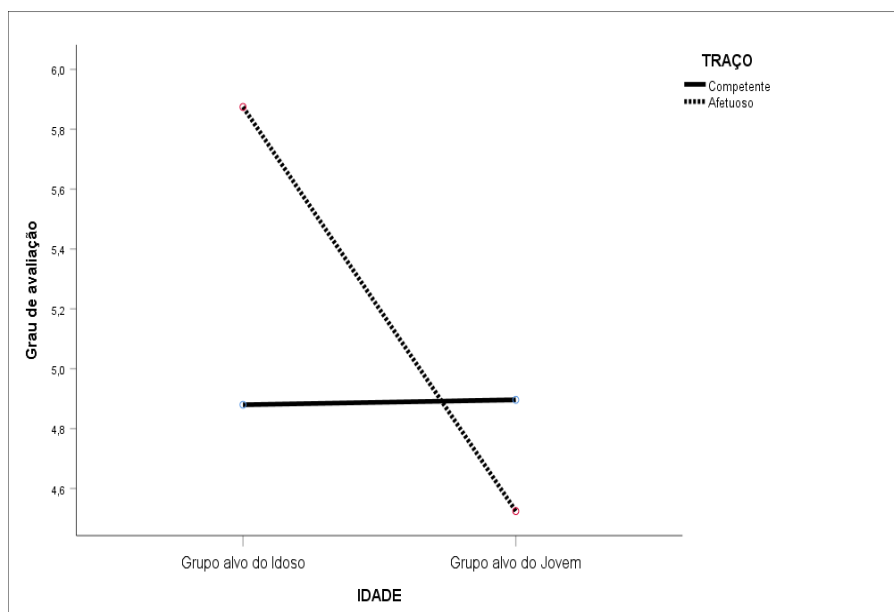


Figura 3.6. Gráfico da média obtida nos dois fatores dos grupos alvos

Para explorar melhor os resultados dos efeitos testamos a significância através das comparações planeadas. Verificou-se que grupo alvo das pessoas idosas são vistos significativamente como mais afetuoso ($M = 5.87$; $DP = 0.99$) que competentes ($M = 4.88$; $DP = 1.11$), $F(1,728) = 78.98$, $p < .001$ e que os jovens são caracterizados significativamente como mais competentes ($M = 4.90$; $DP = 0.99$) do que afetuoso ($M = 4.52$; $DP = 1.16$), $F(1,728) = 11.02$, $p = .001$.

3.3. Correlações

Por último, realizou-se uma análise correlacional entre as variáveis da empatia, da abordagem centrada no paciente, e dos traços estereotípicos e as diferentes condições através do coeficiente de Pearson.

Analisando as correlações, verifica-se uma correlação positiva e significativa entre a empatia e a abordagem centrada no paciente, $r = .354, p < .05$.

Em relação aos traços estereotípicos apresenta-se uma associação entre a dimensão tomada de perspectiva (medida pela sub-escala referente a esta dimensão) e os traços de conteúdo estereotípico verificando-se uma correlação significativa com associação fraca com o traço do idoso afetuoso, $r = .179, p < .05$, e com os traços afetuoso, $r = .155, p < .01$, e competente, $r = .171, (p < .01)$ do jovem. No entanto, não se verificou uma correlação entre a tomada de perspectiva (medida pela escala) e a avaliação da competência das pessoas idosas (Ver Quadro 3.3. no Anexo E)

CAPÍTULO 4

Discussão

4. Discussão dos Resultados

A prestação de serviços de cuidados de saúde com qualidade está associada com a presença da empatia, com uma abordagem centrada no paciente, com a ausência de idadeísmo e a diminuição de preconceitos e discriminação. A importância destas variáveis incide na qualidade dos cuidados de saúde através do papel que desempenham na qualidade e no resultado da interação entre os diferentes profissionais de saúde e os pacientes (Bensing et al., 2001; Derksen et al., 2013; Söderhamn et al., 2001). Dentro dos profissionais de saúde os enfermeiros destacam-se pelo papel central que têm nos cuidados de saúde e por serem o grupo que se encontra em maior número nos serviços de saúde (Riley, 2015).

Assim, estes componentes (i.e., empatia, abordagem centrada nos pacientes e idadeísmo) interferem na relação dos enfermeiros com os pacientes gerando insatisfação nos pacientes e maus cuidados de saúde e diante disso observam-se piores resultados na saúde. Paralelamente as pessoas mais velhas, devido às categorizações sociais, são tendencialmente tratadas de forma desigual tendo efeitos negativos no seu bem-estar e saúde (Adelman et al., 2000; Ben-Harush et al., 2017).

Por isso, o objetivo do presente estudo pretendeu investigar o efeito que a estratégia tomada de perspectiva, em duas diferentes condições, tem nos níveis da empatia, abordagem centrada no paciente e nos estereótipos atribuídos pelos estudantes de enfermagem. Para além disto, pretendia-se ainda perceber que diferenças existem entre os estudantes que tomaram a perspectiva da pessoa idosa (exogrupo) e os que tomaram a da pessoa jovem (endogrupo). Neste sentido, foram formuladas quatro hipóteses.

A primeira hipótese permitiu testar se existia mais empatia nas condições onde se assumia a tomada de perspectiva da pessoa jovem e a tomada de perspectiva da pessoa idosa do que nas condições de controlo, nomeadamente exercício neutro e ausência de exercício.

Os nossos resultados confirmaram esta hipótese, porém só parcialmente porque só se verificaram numa das dimensões da empatia e só se verificaram numa das condições da tomada de perspectiva, nomeadamente na tomada de perspectiva do jovem. Os resultados demonstraram que os estudantes que tomaram a perspectiva da pessoa jovem tiveram uma atitude

significativamente mais empática do que os estudantes do grupo de controlo que não fizeram qualquer exercício, revelando que a estratégia teve algum efeito na indução da empatia.

Assim, podemos dizer que a aplicação desta estratégia pode ter um impacto nas perceções, nas atitudes e comportamentos dos estudantes porque parece provocar mudanças na forma como os estudantes integram e olham o paciente. Isto poderá gerar mais compreensão e levar a atitudes mais altruístas assim como a melhorias dos vínculos sociais (Epley & Caruso, 2008) e também poderá levar ao desenvolvimento de aspetos de atenção para com o outro, tendo assim implicação na melhoria das interações sociais entre os profissionais de saúde e os pacientes, o que afetará de uma forma positiva o nível emocional, psicológico e físico destes (Blatt et al., 2010; Epley & Caruso, 2008). Paralelamente, este resultado parece mostrar que através da elaboração de um exercício simples é possível diminuir a automaticidade de só vermos as coisas da nossa perspetiva, pelo menos no grupo da tomada de perspetiva dos jovens, tal como é possível criar uma representação mental da pessoa (processo de simulação mental) e tomar a perspetiva desta.

Os dados deste estudo são consistentes com outros onde também se usou a tomada e perspetiva como estratégia para se induzir a empatia e onde, conseqüentemente, se encontraram efeitos, nomeadamente: atitudes mais empáticas e uma maior conexão e vínculo com as histórias dos pacientes por parte de estudantes de medicina, (Blatt et al., 2010), alteração nas perceções e atitudes mais positivas em relação a pessoas idosas por parte de estudantes de enfermagem (Chen et al., 2015) e mudanças no comportamento de estudantes e profissionais de enfermagem relativamente ao tratamento da dor em pessoas afro-americanas (Drwecki et al., 2011).

Porém, como referido, este efeito não ocorreu nas duas manipulações da tomada de perspetiva pois, quando foi pedido aos estudantes para se colocarem no lugar da pessoa idosa, não se verificaram os mesmos efeitos significativos. Estes resultados parecem evidenciar algum grau de idadeísmo em relação às pessoas mais velhas por parte dos participantes, replicando os resultados de estudos anteriores (Ben-Harush et al., 2017; Chang et al., 2020).

Uma explicação para este resultado prende-se com o tipo de exercício de tomada de perspetiva que foi realizado.

Neste caso, verifica-se que o exercício poderá não ter sido suficiente para transpor a barreira da automaticidade do idadeísmo em relação às pessoas idosas. Neste caso, talvez seja necessário um outro tipo de exercício de tomada de perspetiva, com outros instrumentos, e que levem a uma maior efetividade na ativação e concretização da tomada de perspetiva. Esta ideia encontra fundamento no estudo de Oh et al., (2016) em que os resultados demonstraram que a tomada

de perspectiva funcionou melhor nos participantes que foram expostos a um exercício em um ambiente virtual imersivo, onde se fundiam com a imagem da pessoa idosa, do que os que fizeram um exercício de simulação mental mais simples.

Por outro lado, os resultados só se observaram numa das facetas da empatia, a tomada de perspectiva. Em relação à dimensão compaixão e à capacidade de se colocar no lugar do outro não se encontraram efeitos significativos.

Uma das explicações para este resultado poderá estar na escala de empatia utilizada já que se verificou que esta apresentou uma estrutura pouco estável em termos psicométricos. Em primeiro não se conseguiu replicar a escala original e a sua estrutura fatorial à semelhança do que aconteceu nos artigos Fjortoft et al., (2011) e Williams et al., (2013). Em segundo lugar, as qualidades psicométricas da escala são apenas aceitáveis tal como encontrado em outras versões traduzidas (Leombruni et al., 2014; Shariat & Habibi, 2013). Em terceiro, o fator capacidade de se colocar no lugar do outro, no qual não se obtiveram resultados, não apresenta estabilidade por ser constituído apenas por dois itens (Velicer & Fava, 1998) e não se correlacionou com os outros dois fatores da escala, correlacionando-se com a escala total de uma forma muito fraca.

A segunda hipótese formulada no presente estudo indicava a existência de uma abordagem mais centrada no paciente nas condições da tomada de perspectiva da pessoa jovem e da tomada de perspectiva da pessoa idosa no paciente do que nas condições exercício neutro e ausência de exercício. No entanto, os resultados do presente estudo não permitiram confirmar esta hipótese.

Uma das possíveis explicações para não se ter encontrado efeitos da manipulação pode estar relacionada, mais uma vez, com a medida utilizada. No nosso estudo não conseguimos replicar a estrutura fatorial da escala original e mesmo limitando os fatores a dois, número de dimensões da escala original (i.e. *sharing* e *caring*), estas não apresentam boas medidas de confiabilidade e a escala global apresenta apenas um alfa de cronbach aceitável. No entanto, é importante considerar que apesar destas fragilidades verificaram-se, no entanto, associações significativas e no sentido esperado entre a escala de abordagem centrada no paciente e a escala de empatia, o que indica boa validade de construto destas escalas. Este assunto será mais debatido na secção referente às “Limitações e estudos futuros” do presente estudo.

Uma hipótese também plausível para a inexistência de efeitos da manipulação na abordagem centrada no paciente é de que pode existir maiores dificuldades na alteração desta variável. Pensamos que esta dimensão poderá ser mais complexa e que talvez o presente estudo não contemple todas as variáveis em análise, e que por isso só esta estratégia não seja o suficiente para provocar alterações nesta dimensão. De facto, esta abordagem implica partilhar informação e decisões, dar controlo ao paciente, ou seja, partilhar o poder, fazer escuta ativa e

entre outras variáveis. Stewart et al., (2013) refere que ensinar e apreender uma abordagem centrada no paciente é exigente devido à própria natureza do construto.

Por essa razão talvez seja necessário recorrer a outro tipo de intervenção ou de outro tipo de exercícios mais elaborados e longos do que o proposto no presente estudo para que se verifique o efeito pretendido (Epley & Caruso, 2008).

Nos dois estudos qualitativos encontrados, o de Graham et al., (2014) e de Kumagai et al., (2009), encontrou-se uma ligação entre a tomada de perspectiva e uma abordagem mais centrada no paciente, ao contrário do nosso estudo. No primeiro a tomada de perspectiva acontece através da visualização de vídeos feitos por pacientes sobre a sua doença e no segundo através das histórias de pacientes com diabetes contadas na primeira pessoa e ambas geraram mudanças nas atitudes dos participantes para com os doentes. No entanto, nestes estudos, as intervenções foram mais complexas e demoradas, requerendo outro tipo de ferramentas, de recursos, o que não seria possível no contexto desta investigação.

Deste modo, tanto a adoção da estratégia tomada de perspectiva da pessoa idosa como a da pessoa jovem não demonstraram ter um impacto na forma como os participantes posicionam os pacientes na sua interação.

Relativamente a uma análise mais exploratória aos dados em geral verificou-se que estes estudantes, seguindo a classificação e divisão da pontuação média de (Krupat, Rosenkranz, et al., 2000), apresentaram uma tendência para uma abordagem centrada na doença e no profissional de saúde e não centrada no paciente.

Assim, os resultados deste estudo parecem indicar que colocar o paciente numa posição de igualdade parece ser algo mais difícil, o que também pode gerar mais dificuldade na mudança de atitudes e comportamentos que sigam a linha de uma abordagem mais centrada no paciente.

A nossa terceira hipótese indicava menos atribuição de estereótipos ao paciente nas condições tomada de perspectiva da pessoa jovem e tomada de perspectiva da pessoa idosa do que nas condições exercício neutro e ausência de exercício. Porém, os resultados demonstram que não houve efeitos da manipulação nos traços estereotípicos (Marques et al., 2006) nem no modelo de conteúdo estereotípico (Fiske et al., 2002), logo a hipótese não se confirmou, ou seja, tanto os estudantes que adotaram a estratégia tomada de perspectiva, tal como os que não a adotaram atribuíram os traços estereotípicos de uma forma semelhante em todas as condições em estudo. Este resultado vai no sentido contrário de outros estudos (Galinsky & Todd, 2014), onde se conseguiu apresentar efeitos do uso da tomada de perspectiva na discriminação, nas categorizações e em avaliações feitas baseadas na idade.

Porém, embora não se tenha encontrado efeitos na manipulação, foi possível explorar que representações os estudantes fazem das pessoas idosas e das jovens, assim como se existe idadismo. Numa primeira conclusão, os dados da escala de Fiske et al., (2002) que mede traços paternalistas de uma forma subtil mostram nos que os estudantes de enfermagem acham as pessoas idosas mais afetuosas do que competentes revelando o estereótipo *Doddering but dear* (Cuddy & Fiske, 2002). Estes veem a pessoa idosa como muito simpática, calorosa mas também como menos competente, o que demonstra a existência de algum grau de idadismo benevolente (Cuddy & Fiske, 2002). No entanto, este é um idadismo subtil, relacionando-se com uma atitude paternalista para com este grupo. Este tipo de atitude para com os pessoas mais velhas é consistente com o encontrado em outros estudos (Lagacé et al., 2012; Schroyen et al., 2018).

A correlação encontrada entre a afetuosidade atribuída às pessoas idosas e a dimensão tomada de perspectiva, e a ausência de associação com a competência reforça esta ideia de que existe uma atitude idadista no sentido em que revela que o grau em que os participantes são capazes de tomar a perspectiva dos doentes não tem efeito na perceção de competências das pessoas idosas, somente da sua afetuosidade. Em relação aos jovens verificou-se uma correlação direta da dimensão tomada de perspectiva com ambos os traços, afetuoso e competente, e ao mesmo tempo, na escala consideram-nos um pouco mais competentes que afetuosos, correspondendo à imagem de estatuto social alto, contrária assim à imagem das pessoas idosas. Também se revelou uma visão mais positiva sobre estes pois partilham o estereótipo positivo e só em parte o negativo da pessoa jovem que existe na sociedade (i.e. criativos, saudáveis e precipitados).

Uma segunda conclusão é a hipótese de ter havido desejabilidade social, quando responderam aos traços estereotípicos de Marques et al. (2006), ou seja, os estudantes caracterizaram as pessoas idosas com os traços positivos que normalmente lhes são atribuídos (i.e. sábios e maduros), no entanto, e ao contrário do encontrado no estudo de Marques et al. (2006) e do que seria esperado não lhes atribuíram o estereótipo típico negativo doente e a correspondência com o traço dependente é fraca. Este resultado vai contra os estudos neste domínio (Marques et al., 2006), assumindo um papel ainda mais predominante se considerarmos que é neste contexto de saúde que os nossos participantes exercerão a sua profissão futura. No entanto, em medidas onde há uma menor desejabilidade social, como é o caso da medida de competência e afetuosidade de Fiske e colaboradores (2002) os participantes revelam idadismo subtil e benevolente em relação às pessoas idosas.

Este resultado é também contraditório com o facto de os estudantes revelarem um elevado grau de contacto com os avós e de boa qualidade, devido a este facto seria de esperar que fossem

menos idadistas. Isto pode acontecer porque talvez haja uma dissociação entre os avós que eles conhecem e as pessoas idosas que eles pensam como gerais. Este resultado poderá ser explorado futuramente.

A última hipótese deste estudo esperava que os efeitos da tomada de perspectiva funcionem melhor quando o alvo é uma pessoa jovem do que quando é uma pessoa idosa, uma vez que os participantes em estudo são jovens.

Apesar de não se atingir a significância estatística os efeitos apontam na direção desta hipótese pois, foi apenas quando tomaram a condição da pessoa jovem é que se verificou um efeito da manipulação em relação à condição de controlo. Logo há uma ligeira tendência para que a tomada de perspectiva seja maior quando os participantes, que são maioritariamente indivíduos jovens, se colocam no lugar da pessoa jovem do que quando se colocam no lugar da pessoa idosa, sugerindo uma dificuldade em tomar a perspectiva desta.

Sendo os jovens o grupo de referência, em relação aos participantes, isto poderá revelar que é mais fácil colocarmo-nos no lugar do grupo a que pertencemos (i.e. endogrupo), por nos sentirmos mais próximos destes. Por outro lado, pode ser mais difícil obter mudanças nas atitudes em relação aos membros de outros grupos (i.e. exogrupo), visto que aparentam uma maior dificuldade em se colocarem no lugar destes, pelo menos neste contexto.

Esta possibilidade de ser mais difícil colocarmo-nos no lugar de alguém mais distante pode se dar no início do processo da tomada de perspectiva pois a informação a que acedemos nestes casos, quando simulamos mentalmente, pode não funcionar, ou porque não é suficiente ou porque se tem distanciamento (Batson, 2012; Epley & Caruso, 2008), dando origem a uma falha no processo de tomar a perspectiva. Outra explicação poderá estar relacionada com o fenómeno *Terror Management Theory* que poderá dificultar a tomada de perspectiva. Esta é mencionada como uma possível causa de distanciamento com os mais velhos por provocar um sentimento da realidade da morte a que todos estamos sujeitos, mas a que automaticamente nos protegemos dessa realidade (Nelson, 2004). Por outro lado encontramos-nos perante dois grupos que no contexto de saúde são tratados de forma desigual (Robb et al., 2002) e isso também se poderá refletir como tomam a perspectiva de cada um. Seriam necessários outros estudos que investigassem estas hipóteses

4.1. Limitações e estudos futuros

O presente estudo apresenta algumas limitações por isso a interpretação dos resultados deve ser feita com alguma cautela. Uma limitação deste trabalho foi sem dúvida os instrumentos que não replicaram as estruturas originais e mostraram algumas fragilidades. A escala JSE-HPS e a PPOS não funcionaram com esta população apesar da amostra ser grande, apresentando ambas uma estrutura fatorial diferente em relação à original.

À semelhança de outras versões traduzidas (Fjortoft et al., 2011; Williams, Boyle, et al., 2013), não se conseguiu replicar o modelo trifatorial da escala JSE-HPS.

Assim, a escala apresenta qualidades psicométricas apenas razoáveis. Deste modo, talvez seja necessário refletir sobre a sua robustez pois em vários estudos são referenciadas fragilidades (Costa et al., 2017; Fjortoft et al., 2011; Leombruni et al., 2014; Williams, Brown, et al., 2013), apesar de ser uma escala muito usada e conceituada no contexto da saúde.

Relativamente à escala PPOS esta apresentou-se como uma medida pouco aceitável pois também não foi possível replicar a solução fatorial da versão original. Esta não mostrou os mesmos fatores, mostrando outras dimensões e mesmo fazendo uma análise fixando em dois fatores a estrutura não mostrou qualquer semelhança com as dimensões originais. Assim, a fiabilidade e consistência desta escala apresenta-se muita baixa refletindo reduzidas qualidades psicométricas.

Outras das limitações deste estudo prende-se com a amostra recolhida. Sendo uma amostra de conveniência este estudo só foi conduzido numa faculdade da área da saúde e numa localização específica o que pode comprometer a sua generalização.

Outro possível limite é ao nível da manipulação da tomada de perspetiva. Ainda que tenhamos conseguido obter alguns resultados significativos estes não aconteceram em ambas as intervenções. Uma explicação possível para estes resultados é que talvez as instruções dadas para ativar o processo não tenham sido suficientes para criar motivação suficiente para a primeira etapa do processo ou para ir além da sua própria perspetiva, dos participantes. Por isso talvez seja necessário repensar como melhorar o exercício em si. Uma opção é elaborar outros exercícios de tomada de perspetiva com outra estrutura ou com outro tipo de instrumentos e materiais que conseguissem ter um impacto no processo mental subjacente à tomada de perspetiva e investigar o que funciona melhor nas diferentes situações.

Uma das hipóteses seria usar além do texto uma foto de uma pessoa idosa e outra de uma pessoa mais jovem (Galinsky e Moskowitz, 2000). Outra hipótese, que seria uma linha de investigação interessante de explorar mais no contexto de saúde, seria o uso de narrativas apresentada em vídeos, histórias, literatura que aborde experiências de doenças ou outras questões dentro do contexto da saúde como feito em alguns estudos (Charon, 2001; Graham et

al., 2014; Kumagai et al., 2009). Estas parecem conseguir trabalhar dimensões mais complexas ou barreiras mais difíceis de transpor como a questão de se colocar no lugar de alguém que nos é mais distante, como demonstrados em diversos estudos. Este tipo de aplicação mais complexa é encontrado na Medicina Narrativa onde a tomada de perspectiva acontece de uma forma mais indireta (Charon, 2001). Esta estratégia usa a escrita e a leitura reflexiva propondo um trabalho mais profundo sendo referenciada para melhorar a relação no contexto da saúde (Charon, 2006; Stewart et al., 2013) e onde se insere o desenvolvimento da atenção, da conexão, empatia entre outros (Charon, 2001). Este tipo de estratégias poderá ser pensada para futuros estudos.

No caso da dimensão abordagem centrada no paciente também parece que um exercício simples seja um limite à mudança e talvez seja necessário algo mais estruturado como em (Kumagai, 2008). No entanto a intervenção neste estudo é complexa pela sua morosidade e disponibilidade necessária, aqui os estudantes são expostos às narrativas dos pacientes e ao contacto com os voluntários que tratam destes, depois são efetuadas discussões em grupo onde se fazem exercícios de tomada de perspectiva e role-play. Por isso seria importante investigar no sentido de se encontrar um exercício ou intervenção adequada e aplicável e que funcionasse mas que não fosse tão complexo como a do estudo mencionado, mas também não tão simples como a do presente estudo que parece não funcionar. No entanto, no âmbito desta tese, não seria possível aplicar certas manipulações devido a questões de praticabilidade por questões de logística ou de tempo.

Ainda no que diz respeito ao exercício da manipulação não se poderá descartar a hipótese de *imagine-self perspective* funcionar melhor porque apesar de este ser mais criticado por poder criar uma certa confusão entre o nosso *self* e o outro (i.e. o que é nosso e o que é do outro) também é referido que quando é dada pouca informação este poderá ser uma melhor opção (Batson, 2012)

Outra proposta ao nível metodológico seria incluir o instrumento *manipulation check* à semelhança de outros estudos (Blatt et al., 2010; Hepper et al., 2014; Todd et al., 2011), onde se averigua se os estudantes estavam efetivamente a tomar a perspectiva e o quanto estavam, obtendo assim informação pertinente para perceber os resultados.

Outro limite neste estudo e a ter em conta é a desejabilidade social. Os valores descritivos da escala de JSE demonstram que eles concordam muito com o ter uma atitude empática sendo esta uma atitude mais desejável e aceitável socialmente. Este é um dos problemas dos questionários de auto-relato, a escala JSE é bastante explícita naquilo que pretende o que também é uma das suas fraquezas. Tal como nas medidas de atribuição de traços estereotípicos explícitos onde se observou que as respostas foram tendencialmente sensíveis a este fenómeno

ao excluírem o estereótipo de doente como característica de uma pessoa idosa. A utilização de medidas mais implícitas poderá ser uma solução importante para estudos futuros.

4.2. Implicações teóricas e práticas

No geral, as descobertas neste estudo sugerem que é possível com o uso de um exercício simples de tomada de perspectiva alterar atitudes e comportamentos na interação que ocorre entre profissionais de saúde e pacientes em contexto de saúde promovendo uma melhoria na forma de se relacionarem podendo gerar uma diminuição do distanciamento social que por vezes surge neste contexto da saúde.

No presente estudo apresentaram-se, especificamente, melhorias nas atitudes empáticas, demonstrando assim ter algumas implicações válidas no âmbito do desenvolvimento de intervenções para melhorar a empatia dentro do contexto da saúde, mesmo para pessoas idosas, neste caso elaborando exercícios mais eficazes de tomada de perspectiva. Com este estudo pode-se concluir, tal como outros estudos indicam que é possível treinar e induzir a estratégia tomada de perspectiva para promover a empatia.

Estas intervenções ao promoverem melhores interações no contexto de saúde trazem melhor qualidade de vida aos pacientes, melhores resultados na saúde e a longo prazo uma menor sobrecarga do Serviço Nacional de Saúde.

Ao nível teórico conseguimos perceber que a tomada de perspectiva da pessoa jovem foi mais funcional que a tomada de perspectiva da pessoa idosa levando-nos a sugerir que é mais fácil colocar-nos no lugar de alguém pertencente a um grupo mais próximo. Mas esta dificuldade de nos colocar no lugar da pessoa idosa e ao mesmo tempo o ter uma atitude paternalista associada ao *Doddering but dear* (Fiske et al., 2002) reflete a presença de algum grau de idadismo benevolente na forma como os nossos participantes percebem as pessoas mais velhas. Estes resultados têm implicações na vida real, sobretudo para o futuro contexto profissional enquanto enfermeiros que irão estar inseridos em unidades de saúde com pacientes idosos.

4.3. Considerações finais

Este estudo tinha como objetivo central verificar o efeito dos exercícios de tomada de perspectiva no aumento da empatia, da centração no paciente e no idadismo. O nosso estudo permitiu uma

confirmação apenas parcial deste efeito. Apesar de os resultados não serem muito significativos podem ser promissores para esta área podendo-se pensar como uma estratégia para mudar atitudes e comportamentos no contexto da saúde. No entanto, poderá ter que se melhorar as condições de manipulação por isso salienta-se a importância de apostar em exercícios mais profundos, mais longos, mas que sejam passíveis de ser implementados na formação em saúde. Como por exemplo alguns recursos da Medicina Narrativa que nos dão outra perspectiva do outro, a leitura, a escrita, a reflexão (Charon, 2001), que poderiam ser englobados na formação curricular.

Por outro lado, o que o estudo também mostra é um idadismo subtil, e não flagrante, por parte dos estudantes de enfermagem em relação às pessoas idosas que deve ser combatido até porque tem um impacto na saúde e bem-estar destas pessoas.

No nosso entender a formação no contexto de saúde deve ter um papel central no desenvolvimento das capacidades comunicacionais e relacionais dos profissionais de saúde, bem como com a mudança de atitudes e comportamentos relacionadas com os conceitos da investigação, que são referenciados, nesta área, como fundamentais para os resultados da saúde (Chang et al., 2020; Reynolds & Scott, 1999; Stewart et al., 2013).

Em suma podemos concluir que esta é uma estratégia muito útil e que funciona, visto termos a capacidade de criar representações mentais que conseqüentemente nos permitem entender e compreender melhor os outros quando somos levados a isso, mas que parece estar subaproveitada.

Referências Bibliográficas

- Adelman, R. D., Greene, M. G., & Ory, M. G. (2000). Communication between older patients and their physicians. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16(1), 1–24. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(05\)70004-5](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(05)70004-5)
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.044>
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269–276.
- Balsa, A. I., Seiler, N., McGuire, T. G., & Bloche, M. G. (2003). Clinical uncertainty and healthcare disparities. *American Journal of Law and Medicine*, 29(2–3), 203–219. <https://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1344&context=facpub>
- Batson, C. D. (2012). Two forms of perspective taking: Imagining how another feels and imagining how you would feel. In K. D. Markman, W. M. Klein & J. A. Suhr (Eds), *Handbook of Imagination and Mental Simulation* (pp. 267–279). Psychology Press.
- Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., Bednar, L. L., Klein, T. R., & Highberger, L. (1997). Empathy and Attitudes: Can Feeling for a Member of a Stigmatized Group Improve Feelings Toward the Group? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(1), 105–118. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.1.105>
- Bean, M. G., Focella, E. S., Covarrubias, R., Stone, J., Moskowitz, G. B., & Badger, T. A. (2014). Documenting Nursing and Medical Students' Stereotypes about Hispanic and American Indian Patients Meghan. *Physiology & Behavior*, 7(4). <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Bechel, D. L., Myers, W. A., & Smith, D. G. (2000). Does patient-centered care pay off? *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 26(7), 400–409. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(00\)26033-1](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(00)26033-1)
- Bellini, L. M., & Shea, J. A. (2005). Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Academic Medicine*, 80(2), 164–167. doi: 10.1097/00001888-200502000-00013.
- Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., Alon, S., Leibovitz, A., Golander, H., Haron, Y., & Ayalon, L. (2017). Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 14(1), 39–48. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0389-9>
- Bensing, J., Dulmen, S. Van, Kallerup, H., Visser, A., Borrell, F., Finset, A., Goedhuys, J., Langewitz, W., Mallinson, C., Peltenburg, M., Scho, T., & Zimmermann, C. (2001). The European Association for Communication in Healthcare. *Patient education and counselling*, 43, 1–4.

- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Medicina centrada no paciente: melhor qualidade com menores custos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 27(5), 482–486. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v27i5.10893>
- Billings, J. (2006). Staff perceptions of ageist practice in the clinical setting: Practice development project. *Quality in Ageing and Older Adults*, 7(2), 33–45. <https://doi.org/10.1108/14717794200600012>
- Blatt, B., Lelacheur, S., Galinsky, A. D., Simmens, S. J., & Greenberg, L. (2010). Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters? *Academic Medicine*, 85(9), 1445–1452. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181eae5ec>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals Of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>. Department
- Bourgault, P., Lavoie, S., Paul-Savoie, E., Grégoire, M., Michaud, C., Gosselin, E., & Johnston, C. C. (2015). Relationship Between Empathy and Well-Being Among Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 41(4), 323–328. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.10.001>
- Brazão, P., & Garcia-Marques, T. (2004). Valência de atributos pessoais e estereotipicalidade em relação aos skinheads. *Laboratório de Psicologia*, 2(1), 21–32. <https://doi.org/10.14417/lp.775>
- Canale, S. Del, Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243–1249. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182628fbf>
- Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(1), 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 15(286), 1897–1902. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-10-200111200-00022>
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-2-200701160-00021>
- Chen, A. M., Kiersma, M. E., Yehle, K. S., & Plake, K. S. (2015). Impact of the Geriatric Medication Game® on nursing students' empathy and attitudes toward older adults. *Nurse Education Today*, 35(1), 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.05.005>
- Chen, D., Lew, R., Hershman, W., & Orlander, J. (2007). A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1434–1438. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0298-x>
- Cherubini, A., Corsonello, A., & Lattanzio, F. (2012). Underprescription of beneficial medicines in older people: Causes, consequences and prevention. *Drugs and Aging*, 29(6), 463–475. <https://doi.org/10.2165/11631750-000000000-00000>
- Clark, K. B. (1990). Empathy: A neglected topic in psychological research. *American Psychologist*, 35(2), 187–190. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.2.187>
- Colliver, J. A., Conlee, M. J., Verhulst, S. J., & Dorsey, J. K. (2010). Rebuttals to Critics of Studies of the Decline of Empathy. *Academic Medicine*, 85(12), 1813–1814. <https://doi.org/doi:10.1097/ACM.0b013e3181faa3ed>
- Costa, M. J., Ferreira-Valente, M. A., & Costa, P. (2017). Escala de empatia para médicos: Versão para estudantes (JSE-SPV). In M. M. Gonçalves, L. S. de Almeida & M. R. Simões (Eds.), *Adaptação, Desenvolvimento e Sucesso Académico dos Estudantes do Ensino Superior: Instrumentos de avaliação (1st ed)* (Vol. 10, pp. 124–137). Associação

- para o Desenvolvimento a Investigação em Psicologia da Educação.
- Cuddy, A. J., & Fiske, S. T. (2002). Doddering but dear: Process, content, and function in stereotyping of older persons. In T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 3–26). MIT press.
- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: Unifying theories. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *8*(457), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00457>
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*, *63*(606), 76–84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
- Dionigi, R. A. (2015). Stereotypes of Aging: Their Effects on the Health of Older Adults. *Journal of Geriatrics*, *2015*, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2015/954027>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Plano Naciobal de saúde revisão e extensão a 2020*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pdf.aspx>
- Dovidio, J. F., Ten Vergert, M., Stewart, T. L., Gaertner, S. L., Johnson, J. D., Esses, V. M., Riek, B. M., & Pearson, A. R. (2004). Perspective and prejudice: Antecedents and mediating mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *30*(12), 1537–1549. <https://doi.org/10.1177/0146167204271177>
- Dowsett, S. M., Saul, J. L., Butow, P. N., Dunn, S. M., Boyer, M. J., Findlow, R., & Dunsmore, J. (2000). Communication styles in the cancer consultation: Preferences for a patient-centered approach. *Psycho-Oncology*, *9*(2), 147–156.
- Drwecki, B. B., Moore, C. F., Ward, S. E., & Prkachin, K. M. (2011). Reducing racial disparities in pain treatment: The role of empathy and perspective-taking. *Pain*, *152*(5), 1001–1006.
- Epley, N., & Caruso, E. M. (2008). Perspective Taking: Misstepping into others' shoes. In K. D. Markman, W. M. Klein & J. A. Suhr (Eds), *Handbook of Imagination and Mental Simulation* (pp. 295–309). Psychology Press.
- Epstein, R. M., Hadee, T., Carroll, J., Meldrum, S. C., Lardner, J., & Shields, C. G. (2007). “Could this be something serious?”: Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(12), 1731–1739. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0416-9>
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual Review of Psychology*, *54*, 297–327. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145225>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock'n'roll)*. Sage.
- Field, A., & Hole, G. (2002). *How to design and report experiments*. Sage.
- Fields, S. K., Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Kane, G., & Magee, M. (2004). Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation and the Health Professions*, *27*(1), 80–94. <https://doi.org/10.1177/0163278703261206>
- Fields, S. K., Mahan, P., Tillman, P., Harris, J., Maxwell, K., & Hojat, M. (2011). Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider - student version. *Journal of Interprofessional Care*, *25*(4), 287–293. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.566648>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(6), 878–902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Fitzgerald, J. T., Wray, L. A., Halter, J. B., Williams, B. C., & Supiano, M. A. (2003).

- Relating Medical Students' Knowledge, Attitudes, and Experience to an Interest in Geriatric Medicine. *Gerontologist*, 43(6), 849–855.
<https://doi.org/10.1093/geront/43.6.849>
- Fjortoft, N., van Winkle, L. J., & Hojat, M. (2011). Measuring empathy in pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 75(6), 1–6.
<https://doi.org/10.5688/ajpe756109>
- Flickinger, T. E., Saha, S., Roter, D., Korthuis, P. T., Sharp, V., Cohn, J., Eggly, S., Moore, R. D., & Beach, M. C. (2016). Clinician empathy is associated with differences in patient-clinician communication behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. *Physiology & Behavior*, 176(1), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Fremont, A. M., Cleary, P. D., Hargraves, J. L., Rowe, R. M., Jacobson, N. B., & Ayanian, J. Z. (2001). Patient-centered processes of care and long-term outcomes of myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 16(12), 800–808.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.10102.x>
- Furlan, J. C., Craven, B. C., Ritchie, R., Coukos, L., & Fehlings, M. G. (2009). Attitudes towards the older patients with spinal cord injury among registered nurses: A cross-sectional observational study. *Spinal Cord*, 47(9), 674–680.
<https://doi.org/10.1038/sc.2009.23>
- Galinsky, A. D., & Moskowitz, G. B. (2000). Perspective-taking: Decreasing stereotype expression, stereotype accessibility, and in-group favoritism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(4), 708–724. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.4.708>
- Galinsky, A. D., & Todd, A. R. (2014). Perspective-Taking as a Strategy for Improving Intergroup Relations Evidence, Mechanisms, and Qualifications. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(7), 374–387.
- Getting, L., Fethney, J., McKee, K., Churchward, M., Goff, M., & Matthews, S. (2002). Knowledge, stereotyping and attitudes towards self ageing. *Australasian Journal on Ageing*, 21(2), 74–79. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2002.tb00421.x>
- 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>
- Gong, Y., Zhu, M., Li, J., Turley, J. P., & Zhang, J. (2015). In K. Kunh (Ed), *Medinfo 2007 Clinical Communication Ontology for Medical Errors. February*.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3022.9605>
- Graham, K. L., Green, S., Kurlan, R., & Pelosi, J. S. (2014). A Patient-Led Educational Program on Tourette Syndrome: Impact and Implications for Patient-Centered Medical Education. *Teaching and Learning in Medicine*, 26(1), 34–39.
<https://doi.org/10.1080/10401334.2013.857339>
- Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M. R. (2009). Understanding and Using the Implicit Association Test: III. Meta-Analysis of Predictive Validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(1), 17–41.
<https://doi.org/10.1037/a0015575>
- Grilo, Ana M., Santos, M. C., Rita, J. S., & Gomes, A. I. (2014). Assessment of nursing students and nurses' orientation towards patient-centeredness. *Nurse Education Today*, 34(1), 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.022>
- Grilo, Ana Monteiro, Santos Rita, J., Carolino, E. T., Gomes, A. I., & dos Santos, M. C. (2018). Centração no paciente: Contributo para o estudo de adaptação da patient-practitioner orientation scale (PPOS). *Psychology, Community & Health*, 6(1), 170–185.
<https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.148>
- Happé, F. (2003). Theory of Mind and the Self. *Annals of the New York Academy of Sciences*,

1001(1), 134–144.

- Haskard Zolnierok, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
- Hemmerdinger, J. M., Stoddart, S. D. R., & Lilford, R. J. (2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*, 7, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-24>
- Hepper, E. G., Hart, C. M., & Sedikides, C. (2014). Moving Narcissus: Can narcissists be empathic? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40, 1079–1091. <https://doi.org/doi:10.1177/0146167214535812>
- Hills, M. D., & Knowles, D. (1983). Nurses' levels of empathy and respect in simulated interactions with patients. *International Journal of Nursing Studies*, 20(2), 83–87.
- Harvard Medical Institutions Incorporated (2015). *Malpractice Risks in Communication failures:2015 Annual Benchmarking Report*. Crico Strategies. <https://doi.org/10.1088/2058-7058/29/6/29>
- Hojat, M. (2016). The Jefferson Scale of Empathy. In M. Hojat, *Empathy in Health Professions Education and Patient Care* (pp. 83–128). Springer.
- Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2015). Eleven years of data on the jefferson scale of empathy-medical student version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. *Medical Principles and Practice*, 24(4), 344–350. <https://doi.org/10.1159/000381954>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002a). Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002b). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further Psychometric Data and Differences by Gender and Specialty at Item Level. *Academic Medicine*, 77(10), S58–S60.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maio, V., & Gonnella, J. S. (2013). Empathy and Health Care Quality. *American Journal of Medical Quality*, 28(1), 6–7. <https://doi.org/10.1177/1062860612464731>
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359–364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J., & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349–365. <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182–1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
- Holmström, I., & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167–172. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.008>
- Holroyd, A., Dahlke, S., Fehr, C., Jung, P., & Hunter, A. (2009). Attitudes toward aging: Implications for a caring profession. *Journal of Nursing Education*, 48(7), 374–380. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090615-04>
- Howe, D. (2012). *Empathy: What it is and why it matters*. Macmillan International Higher Education.

- Hweidi, I. M., & Al-Obeisat, S. M. (2006). Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. *Nurse Education Today*, 26(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.06.003>
- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446–452. <https://doi.org/10.1177/0141076816680120>
- Kaempfer, D., Wellman, N. S., & Himburg, S. P. (2002). Dietetics students' low knowledge, attitudes, and work preferences toward older adults indicate need for improved education about aging. *Journal of the American Dietetic Association*, 102 (2), 197–202. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90048-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90048-9)
- Karlin, N. J., Emick, J., Mehls, E. E., & Murry, F. R. (2006). Comparison of Efficacy and Age Discrimination Between Psychology and Nursing Students. *Gerontology & Geriatrics Education*, 26(2), 81-96. <https://doi.org/10.1300/J021v26n02>
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation and the Health Professions*, 27(3), 237–251. <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
- Kite, M. E., Wagner, L. S., & Nelson, T. (2004). Attitudes toward older adults. In T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 129–161).
- Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: The effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 49–59. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00090-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00090-7)
- Krupat, E., Yeager, C. M., & Putnam, S. (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology and Health*, 15(5), 707–719. <https://doi.org/10.1080/08870440008405481>
- Ku, G., Wang, C. S., & Galinsky, A. D. (2015). The promise and perversity of perspective-taking in organizations. *Research in Organizational Behavior*, 35, 79–102. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2015.07.003>
- Kumagai, A. K. (2008). A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Academic Medicine*, 83(7), 653–658. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181782e17>
- Kumagai, A. K., Murphy, E. A., & Ross, P. T. (2009). Diabetes stories: use of patient narratives of diabetes to teach patient-centered care. *Advances in Health Sciences Education*, 14(3), 315–326. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9123-5>
- La Monica, E. I., Wolf, R. M., Madea, A. R., & Oberst, M. (1987). Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 1(3), 197–213.
- Lagacé, M., Tanguay, A., Lavallée, M. L., Laplante, J., & Robichaud, S. (2012). The silent impact of ageist communication in long term care facilities: Elders' perspectives on quality of life and coping strategies. *Journal of Aging Studies*, 26(3), 335–342. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.03.002>
- Laganá, L., Gavrilova, L., Carter, D., & Ainsworth, A. T. (2019). A Randomized Controlled Study on the Effects of a Documentary on Students' Empathy and Attitudes towards Older Adults. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Lambrinou, E., Sourtzi, P., Kalokerinou, A., & Lemonidou, C. (2009). Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse Education Today*, 29(6), 617–622. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.01.011>
- Leombruni, P., Di Lillo, M., Miniotti, M., Picardi, A., Alessandri, G., Sica, C., Zizzi, F., Castelli, L., & Torta, R. (2014). Measurement properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Empathy in Italian medical students. *Perspectives on Medical*

- Education*, 3(6), 419–430. <https://doi.org/10.1007/s40037-014-0137-9>
- Linn, L. S., Dimatteo, M. R., Cope, D. W., & Robbins, A. (1987). Measuring physicians' humanistic attitudes, values, and behaviors. *Medical Care*, 25(6), 504–515.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., & Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: Observational study. *British Medical Journal*, 322(7284), 468–472. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.468>
- Liu, Y., Norman, I. J., & While, A. E. (2015). Nurses' attitudes towards older people and working with older patients: An explanatory model. *Journal of Nursing Management*, 23(8), 965–973. <https://doi.org/10.1111/jonm.12242>
- Loureiro, J. E., Gonçalves-Pereira, M., Trancas, B., Caldas-de-Almeida, J. M., & Castro-Caldas, A. (2011). Empatia na relação médico-doente: evolução em alunos do primeiro ano de medicina e contribuição para a validação da escala Jefferson em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 24(S2), 431–442. <https://doi.org/10.20344/amp.1451>
- Magalhães, E., Dechamplain, A., Salgueira, A., & Costa, M. J. (2010, Fevereiro 4-6). *Empatia Médica : Adaptação e Validação de uma Escala Para Estudantes de Medicina* [Paper Presentation]. VII Simpósio Nacional de Investigação, Braga, Portugal. https://www.researchgate.net/publication/266572817_Empatia_Medica_Adaptacao_e_Validacao_de_uma_Escala_Para_Estudantes_de_Medicina
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Edições Silabo.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*.
- Marques, S., Lima, M. L., & Novo, R. (2006). Traços estereotípicos associados às pessoas jovens e idosas em Portugal. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 91–108. <https://doi.org/10.14417/lp.764>
- Mast, M. S., Kindlimann, A., & Langewitz, W. (2005). Recipients' perspective on breaking bad news: How you put it really makes a difference. *Patient Education and Counseling*, 58(2005) 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.05.005>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Mellor, P., Chew, D., & Greenhill, J. (2007). Nurses' attitudes toward elderly people and knowledge of gerontic care in a multipurpose health service (MPHS). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 37–41.
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(Suppl), S9–13.
- Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P. D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: The influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research*, 45(5), 1188–1204. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01138.x>
- Minichiello, V., Browne, J., & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: Views of older people. *Ageing and Society*, 20(3), 253–278. <https://doi.org/10.1017/S0144686X99007710>
- Nações Unidas. (n.d.). *Envelhecimento*. Centro Regional de Informação Para a Europa Ocidental. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Nelson, T. D. (2004). *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons*. MIT Press.
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013>

- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, *86*(8), 996–1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Nisenzon, A. N., Robinson, M. E., Bowers, D., Banou, E., Malaty, I., & Okun, M. S. (2011). Measurement of patient-centered outcomes in Parkinson's disease: What do patients really want from their treatment? *Parkinsonism and Related Disorders*, *17*(2), 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2010.09.005>
- Nunes, J. M. (2007). Comunicação em contexto clínico. *Lisboa: Bayer Health Care*, 1.
- Oh, Y. S., Bailenson, J., Weisz, E., & Zaki, J. (2016). Virtually old: Embodied perspective taking and the reduction of ageism under threat. *Computers in Human Behavior*, *60*, 398–410.
- Olson, J., & Hanchett, E. (1997). Nurse-Expressed Empathy, Patient Outcomes, and Development of a Middle-Range. *The Journal of Nursing Scholarship*, *29*(1), 71–76.
- Ouchida, K., & Lachs, M. (2019). Not for Doctors Only: Ageism in Healthcare. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, *39*(3), 1–3. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_587-1
- Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2012). An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Science Journal*, *6*(3), 534–552.
- Palmore, E., Branch, L., & Harris, D. (2005). *Encyclopedia of ageism*. Psychology Press.
- Pan, I. J., Edwards, H., & Chang, A. (2009). Taiwanese nursing students' attitudes toward older people. *Journal of Gerontological Nursing*, *35*(11), 50–55. <https://doi.org/10.3928/00989134-20090903-01>
- Perdue, C., & Gurtman, M. . (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, *26*(3), 199–216.
- Pierce, J. R., Kilduff, G. J., Galinsky, A. D., & Sivanathan, N. (2013). From Glue to Gasoline: How Competition Turns Perspective Takers Unethical. *Psychological Science*, *24*(10), 1986–1994. <https://doi.org/10.1177/0956797613482144>
- Plonczynski, D. J., Ehrlich-Jones, L., Robertson, J. F., Rossetti, J., Munroe, D. J., Koren, M. E., Berent, G., & Hertz, J. (2007). Ensuring a knowledgeable and committed gerontological nursing workforce. *Nurse Education Today*, *27*(2), 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.04.004>
- Pollak, K. I., Alexander, S. C., Tulsy, J. A., Lyna, P., Coffman, C. J., Dolor, R. J., Gulbrandsen, P., & Østbye, T. (2011). Physician empathy and listening: Associations with patient satisfaction and autonomy. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *24*(6), 665–672. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.06.110025>
- Pordata (2020). *Retrato de Portugal - Edição 2020*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/ebooks/PT2020v20200710/mobile/index.html>
- Preusche, I., & Wagner-Menghin, M. (2013). Rising to the challenge: Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the adapted German version of the Jefferson Scale of Physician Empathy for Students (JSPE-S). *Advances in Health Sciences Education*, *18*(4), 573–587. <https://doi.org/10.1007/s10459-012-9393-9>
- Rababa, M., Hammouri, A. M., Hweidi, I. M., & Ellis, J. L. (2020). Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: Cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*, *22*(3), 593–601. <https://doi.org/10.1111/nhs.12701>
- Rakel, D., Barrett, B., Zhang, Z., Hoefl, T., Chewning, B., Marchand, L., & Scheder, J. (2011). Perception of Empathy in the Therapeutic Encounter: Effects on the Common Cold. *Patient Education and Counseling*, *85*(3), 390–397. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.009>.Perception

- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351–379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Reynolds, W. J. (2017). *The measurement and development of empathy in nursing*. Routledge. <https://books.google.pt/books?id=sFkPEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 363–370. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x>
- Ribeiro, M. M. F., & Amaral, C. F. S. (2008). Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(1), 90–97. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022008000100012>
- Richardson, C., Percy, M., & Hughes, J. (2015). Nursing therapeutics: Teaching student nurses care, compassion and empathy. *Nurse Education Today*, 35(5), e1–e5. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.016>
- Riedl, D., & Schüßler, G. (2017). The influence of doctor-patient communication on health outcomes: A systematic review. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 63(2), 131–150. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.2.131>
- Riley, J. B. (2015). *Communication in nursing*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.pt/books?id=aR2KCwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Robb, C., Chen, H., & Haley, W. (2002). Ageism in Mental Health and Health Care: A Critical Review. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(1), 1–12. <https://doi.org/10.1023/A>
- Rogers, C. R. (2003). *Terapia Centrada no cliente*. Edual - Editora da Universidade Autónoma de Lisboa. <https://doi.org/10.5613/rzs.47.2.2>
- Rozanova, J., Northcott, H. C., & McDaniel, S. A. (2006). Seniors and Portrayals of Intra-generational and Inter-generational Inequality in the Globe and Mail. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 25(4), 373–386. <https://doi.org/10.1353/cja.2007.0024>
- Ruby, P., & Decety, J. (2004). How would You feel versus how do you think She would feel? A neuroimaging study of perspective-taking with social emotions. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16(6), 988–999. <https://doi.org/10.1162/0898929041502661>
- Ryan, M., & McCauley, D. (2004). We built it and they did not come: knowledge and attitudes of baccalaureate nursing students toward the elderly. *The Journal of the New York State Nurses' Association*, 35(2), 5–9.
- Ryn, M. Van, Hardeman, R., Phelan, S. M., Burke, S. E., Przedworski, J., Allen, M. L., Burgess, D. J., Ridgeway, J., White, R. O., & John, F. (2014). Psychosocial predictors of attitudes toward physician empathy in clinical encounters among 4732 1st year medical students: A report from the CHANGES study. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 367–375. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.009>.Psychosocial
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275–1285. [https://doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)31505-4)
- Saxe, R. (2012). The happiness of the fish: Evidence for a common theory of one's own and others' actions. In K. D. Markman, W. M. Klein & J. A. Suhr (Eds), *Handbook of Imagination and Mental Simulation* (pp. 257–265). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203809846-26>
- Schroyen, S., Adam, S., Marquet, M., Jerusalem, G., Thiel, S., Giraudet, A. L., & Missotten,

- P. (2018). Communication of healthcare professionals: Is there ageism? *European Journal of Cancer Care*, 27(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/ecc.12780>
- Shariat, S. V., & Habibi, M. (2013). Empathy in Iranian medical students: Measurement model of the Jefferson Scale of Empathy. *Medical Teacher*, 35(1), e913–e918. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.714881>
- Skorinko, J. L., & Sinclair, S. A. (2013). Perspective taking can increase stereotyping: The role of apparent stereotype confirmation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(1), 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.07.009>
- Söderhamn, O., Lindencrona, C., & Gustavsson, S. M. (2001). Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Education Today*, 21(3), 225–229. <https://doi.org/10.1054/nedt.2000.0546>
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796–804.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. (2013). *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. CRC Press.
- Street Jr, R. L., Spears, E., Madrid, S., & Mazor, K. M. (2019). Cancer survivors' experiences with breakdowns in patient-centered communication. *Psycho-oncology*, 28(2), 423–429. <https://doi.org/10.1002/pon.4963>
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Suh, D. H., Hong, J. S., Lee, D. H., Gonnella, J. S., & Hojat, M. (2012). The Jefferson Scale of Physician Empathy: A preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. *Medical Teacher*, 34(6), 1198–1202. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.668632>
- Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., Richeson, J. A., & Galinsky, A. D. (2011). Perspective taking combats automatic expressions of racial bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(6), 1027–1042. <https://doi.org/10.1037/a0022308>
- Todd, A. R., & Burgmer, P. (2013). Perspective taking and automatic intergroup evaluation change: Testing an associative self-anchoring account. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(5), 786–802. <https://doi.org/10.1037/a0031999>
- Travis, C. B., Howerton, D. M., & Szymanski, D. M. (2012). Risk, Uncertainty, and Gender Stereotypes in Healthcare Decisions. *Women and Therapy*, 35(3–4), 207–220. <https://doi.org/10.1080/02703149.2012.684589>
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2013). *Psicologia social* (9th ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Velicer, W. F., & Fava, J. L. (1998). Effects of Variable and Subject Sampling on Factor Pattern Recovery. *Psychological Methods*, 3(2), 231–251. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.2.231>
- Vescio, T. K., Sechrist, G. B., & Paolucci, M. P. (2003). Perspective taking and prejudice reduction: The mediational role of empathy arousal and situational attributions. *European Journal of Social Psychology*, 33(4), 455–472. <https://doi.org/10.1002/ejsp.163>
- Wagner, D., & Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: A concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 692–701. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04866.x>
- Wandner, L. D., Torres, C. A., Bartley, E. J., George, S. Z., & Robinson, M. E. (2015). Effect of a perspective-taking intervention on the consideration of pain assessment and treatment decisions. *Journal of Pain Research*, 8, 809–818. <https://doi.org/10.2147/JPR.S88033>

- Ward, J., Cody, J., Schaal, M., & Hojat, M. (2012). The Empathy Enigma: An Empirical Study of Decline in Empathy Among Undergraduate Nursing Students. *Journal of Professional Nursing, 28*(1), 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.10.007>
- Wilkinson, J. A., & Ferraro, K. (2004). Thirty Years of Ageism Research. In T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons* (pp. 339–359).
- Williams, B., Boyle, M., & Earl, T. (2013). Measurement of empathy levels in undergraduate paramedic students. *Prehospital and Disaster Medicine, 28*(2), 145–149. <https://doi.org/10.1017/S1049023X1300006X>
- Williams, B., Brown, T., Boyle, M., & Dousek, S. (2013). Psychometric testing of the Jefferson Scale of Empathy Health Profession Students' version with Australian paramedic students. *Nursing and Health Sciences, 15*(1), 45–50. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00719.x>

ANEXOS

Anexo A – Protocolo do Estudo (Manipulação e Questionários)

Manipulação Tomada de Perspetiva da Pessoa Idosa

POR FAVOR NÃO VIRE A FOLHA ANTES DE EFETUAR O EXERCÍCIO
PEDIDO EM BAIXO

Faça um breve texto seguindo as instruções em baixo (5 minutos).

A Sra. Ema tem 79 anos e teve ontem uma consulta de rotina no hospital.

Coloque-se no lugar da Sr^a Ema imaginando o que esta experienciou. Tenha em conta o que ela sentiu, pensou e fez desde o acordar até o momento da consulta. (Ex: “A Sra. Ema ...”).

Manipulação Tomada de Perspetiva da Pessoa Jovem

POR FAVOR NÃO VIRE A FOLHA ANTES DE EFETUAR O EXERCICIO
PEDIDO EM BAIXO

Faça um breve texto seguindo as instruções em baixo (5 minutos).

A Sra. Ema tem 25 anos e teve ontem uma consulta de rotina no hospital.

Coloque-se no lugar da Sr^a Ema imaginando o que esta experienciou. Tenha em conta o que ela sentiu, pensou e fez desde o acordar até o momento da consulta. (Ex: “A Sra. Ema ...”).

Manipulação Exercício neutro

**POR FAVOR NÃO VIRE A FOLHA ANTES DE EFETUAR O EXERCÍCIO
PEDIDO EM BAIXO**

Faça um breve texto seguindo as instruções em baixo (5 minutos).

Escreva brevemente como foi o seu primeiro dia de aulas, diga o que experienciou tendo em conta o que sentiu, pensou e fez desde o acordar até esse momento.

Escala Jefferson de Empatia

Instruções: Usando uma caneta esferográfica, por favor, indique o seu nível/graude concordância ou discordância com cada uma das seguintes afirmações, marcando o círculo apropriado no lado direito de cada afirmação.

Por favor, use a seguinte escala de 7 pontos (*um número mais alto na escala indica maior concordância*): Marque uma e apenas uma resposta para cada afirmação.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo totalmente

Concordo Totalmente

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. A compreensão dos profissionais de saúde sobre os sentimentos dos seus pacientes e os sentimentos das famílias dos seus pacientes não influencia os resultados do tratamento..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Os pacientes sentem-se melhor quando seus prestadores de cuidados de saúde compreendem os seus sentimentos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. É difícil para um profissional de saúde ver as coisas do ponto de vista dos pacientes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Compreender a linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal na atenção à saúde..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. O senso/sentido de humor do profissional de saúde contribui para um melhor resultado clínico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Como as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas do ponto de vista dos pacientes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante na entrevista com o paciente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia os resultados do tratamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Os profissionais de saúde devem tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando lhes prestam cuidados..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Os pacientes valorizam a compreensão dos seus sentimentos por parte do | | | | | | | |

- profissional de saúde, a qual, por si só, é terapêutica.....
11. As doenças só podem ser curadas com tratamento específico; portanto, os laços emocionais dos profissionais de saúde com os seus pacientes não têm uma influência significativa nos resultados do tratamento
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que está acontecendo em sua vida pessoal não ajuda na compreensão das suas queixas físicas
13. Os profissionais de saúde devem tentar compreender o que se passa na mente dos seus pacientes, prestando atenção a suas pistas não-verbais e a sua linguagem corporal
14. Eu acredito que a emoção não tem lugar no tratamento de doenças médicas.....
15. A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso do profissional de saúde é limitado.....
16. A compreensão do profissional de saúde do estado emocional dos seus pacientes e de suas famílias é um componente importante da relação profissional de saúde -paciente.....
17. Os profissionais de saúde deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados
18. Os profissionais de saúde não deveriam deixar-se influenciar por laços pessoais fortes com os seus pacientes e respectivos familiares.....
19. Não gosto de ler literatura não médica nem aprecio outras formas de arte..
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente..

Patient-Practitioner Orientation Scale

Por favor, leia as afirmações seguintes referentes às atitudes face à interação enfermeiro-utente. Indique o seu grau de acordo para cada uma das afirmações colocando uma cruz (X) na resposta que considerar mais adequada.

Lembre-se que:

1. Concordo completamente

6. Discordo completamente

| | Concordo Completa mente | | | | | | Discordo Completa mente |
|--|-------------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1. É o enfermeiro que deve decidir o que é conversado durante a consulta de enfermagem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 2. Apesar de hoje em dia o serviço de saúde ser menos personalizado, este é um pequeno preço a pagar pelos avanços na área da saúde | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 3. A parte mais importante da consulta de enfermagem é o tratamento físico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 4. Muitas vezes é melhor para os utentes não terem uma explicação completa da sua condição física | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 5. Os pacientes deveriam confiar no saber do enfermeiro e não procurarem, pelos seus próprios meios, informação sobre o seu estado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 6. Quando os enfermeiros fazem muitas perguntas sobre o passado do paciente, estão a intrometer-se demasiado em assuntos pessoais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 7. Se os enfermeiros forem realmente bons na prestação de cuidados a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 8. Muitos utentes continuam a fazer perguntas, apesar de não estarem a aprender nada de novo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 9. Os utentes deveriam ser tratados como parceiros dos enfermeiros, com igualdade de poder e estatuto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 10. Geralmente, os utentes preferem ser tranquilizados a possuírem informação sobre a sua saúde | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 11. Se as principais ferramentas do enfermeiro forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 12. Quando os utentes discordam do enfermeiro, isso é um sinal de que este último não possui o respeito e a confiança do utente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |

- | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 13. As consultas de enfermagem não podem ser bem-sucedidas se colidirem com o estilo de vida e os valores do utente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. A maior parte dos utentes quer que as consultas de enfermagem decorram o mais depressa possível. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. O utente tem que ter sempre presente que é o enfermeiro que manda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Não é muito importante saber informações sobre a cultura e o passado do utente para tratar a doença de uma pessoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. O humor é um dos principais ingredientes utilizado pelo enfermeiro no tratamento do utente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Escala dos traços estereotípicos

1. Pense nas peçoas idosas. Em que medida acha que as peçoas idosas são:

1.1. SÁBIOS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

1.2. DEPENDENTES

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

1.3. DOENTES

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

1.4. PRECIPITADOS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

1.5. MADUROS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

1.6. CRIATIVOS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

1.7. SAUDÁVEIS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

1.8. IRRESPONSÁVEIS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

2. Pense nas peças jovens. Em que medida acha que as peças jovens são:

2.1. SÁBIOS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

2.2. DEPENDENTES

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

2.3. DOENTES

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

2.4. PRECIPITADOS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

2.5. MADUROS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

2.6. CRIATIVOS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

2.7. SAUDÁVEIS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

2.8. IRRESPONSÁVEIS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Concordo totalmente |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|

3. Pense novamente nas peçoas idosas. Em que medida acha que as peçoas idosas são:

3.1. COMPETENTES

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Não são nada assim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | São muito assim |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

3.2. AFETUOSOS

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Não são nada assim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | São muito assim |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

4. Pense novamente nas peçoas jovens. Em que medida acha que as peçoas jovens são:

4.1. COMPETENTES

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Não são nada assim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | São muito assim |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

4.2. AFETUOSOS

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Não são nada assim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | São muito assim |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

1. Pensando nos seus avós e na relação que tem com eles, responda:

Caso já não tenha avós presentes passe para a pergunta 1.3.

1.1. No último mês, com que frequência viu os seus avós?

| | | | | | | |
|-------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Nunca | 1 Vez por mês | 2 Vezes por mês | 3 Vezes por mês | 1 Vez por semana | Mais do que 1 vez por semana | Todos os dias |

Se a resposta na pergunta anterior foi “Nunca” (1), passe para a pergunta 1.3. Se a resposta foi entre 2 e 7, responda à pergunta seguinte.

Nesta questão responda numa escala de 1 a 7, em que 1 significa “Foi mau” e 7 “Foi bom”.

1.2. O que acha de estar com os seus avós?

| | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Foi mau | | | | | | Foi bom |

1.3. Pense na pessoa idosa com quem passa mais tempo. Como acha que é, em geral, a saúde dessa pessoa?

| | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Muito má | | | | | | Muito boa |

1.4. Que idade tem essa pessoa?

Dados sócio demográficos

Data: ____/____/2019

Sexo: Feminino Masculino

Idade _____ Nacionalidade _____

Vive com os seus avós?

Sim _____ Não _____ Não se aplica _____

Está pela 1ª vez a frequentar o 1º ano? Sim Não

Qual a especialidade que pretende seguir? _____

Frequência Universitária prévia (Outra educação/curso) Sim Não

Se sim, qual? _____

Experiência profissional na área dos Cuidados de Saúde? Sim Não

Se sim, diga em que contexto e por quanto tempo? _____

Anexo B - Consentimento informado

O presente estudo surge no âmbito do curso de Mestrado em Psicologia Social da Saúde a decorrer no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Este estudo é sobre o papel que o enfermeiro estabelece em contexto hospitalar com pessoas de diferentes idades com o objetivo de compreender como é que os enfermeiros percebem o dia a dia destas pessoas.

Para tal, venho solicitar a sua colaboração, que será muito valorizada, através do preenchimento de três questionários e de um breve exercício escrito, que terão uma duração aproximadamente de 20 minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação do estudo. Responda a todas as questões com a sua opinião, não existem respostas certas nem erradas.

A sua participação neste estudo é estritamente voluntária, pelo que poderá recusar participar ou interrompê-la a qualquer momento, se assim o entender e sem qualquer tipo de prejuízo. Para além de voluntária, todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, sendo utilizados para os objetivos desta investigação, e podendo ser alvo de disseminação em artigos científicos e conferências.

O estudo é realizado por Sofia Maria Barrocas sendo orientado pela Professora Doutora Sibila Marques e coorientado pela Professora Doutora Patrícia Pereira. Se pretender mais esclarecimentos sobre este, por favor contacte a autora pelo e-mail sofiamescudeiro@gmail.com

Face a estas informações, (Nome) _____
_____ declaro que aceito participar nesta
investigação.

Assinatura

Data: ____ / ____ / ____ _____

Muito obrigada pela sua colaboração.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito do curso de Mestrado em Psicologia Social da Saúde a decorrer no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Este estudo é sobre o papel que o enfermeiro estabelece em contexto hospitalar com pessoas de diferentes idades com o objetivo de compreender como é que os enfermeiros percebem o dia a dia destas pessoas.

Para tal, venho solicitar a sua colaboração, que será muito valorizada, através do preenchimento de três questionários que terão uma duração aproximadamente de 20 minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação do estudo. Responda a todas as questões com a sua opinião, não existem respostas certas nem erradas.

A sua participação neste estudo é estritamente voluntária, pelo que poderá recusar participar ou interrompê-la a qualquer momento, se assim o entender e sem qualquer tipo de prejuízo. Para além de voluntária, todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, sendo utilizados para os objetivos desta investigação, e podendo ser alvo de disseminação em artigos científicos e conferências.

O estudo é realizado por Sofia Maria Barrocas sendo orientado pela Professora Doutora Sibila Marques e coorientado pela Professora Doutora Patrícia Pereira. Se pretender mais esclarecimentos sobre este, por favor contacte a autora pelo e-mail

sofiamescudeiro@gmail.com

Face a estas informações, (Nome) _____
_____ declaro que aceito participar nesta
investigação.

Assinatura

Data: ____ / ____ / ____ _____

Muito obrigada pela sua colaboração.

Explicação da Investigação

Muito obrigada por ter participado neste estudo. Conforme adiantado no início da sua participação, o estudo incide sobre o papel e a abordagem que o enfermeiro estabelece em contexto hospitalar com pessoas de diferentes idades com o objetivo de compreender como é que os enfermeiros percebem o dia a dia destas pessoas e como se relacionam com estas.

Assim, no âmbito da sua participação temos como objetivo perceber se a tomada de perspetiva de pessoas de diferentes idades, exercício em que se pedia para pensar no dia de determinada pessoa, afeta a comunicação/relação dentro do respetivo contexto. Mais especificamente se afeta o grau de empatia, o tipo de abordagem e o nível de atribuição de estereótipos, sendo estes resultados importantes para a literatura ou intervenções futuras.

Reforçamos os dados de contacto que pode utilizar caso deseje colocar uma dúvida, partilhar algum comentário, ou assinalar a sua intenção de receber informação sobre os principais resultados e conclusões do estudo. Para este efeito contacte a autora Sofia Maria Barrocas pelo e-mail sofiamescudeiro@gmail.com.

Mais uma vez, obrigada pela sua participação.

Anexo D

Quadro 3.1. - Análise descritiva da empatia, abordagem centrada no paciente e dos traços

| | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio | | |
|---|-----|--------|--------|-------|--------|------------|---------|
| | | | | | Padrão | Assimetria | Curtose |
| Empatia | 183 | 47 | 104 | 86.97 | 8.79 | -0.91 | 1.66 |
| Tomada perspectiva | 183 | 20 | 49 | 41.87 | 5.24 | -1.04 | 1.60 |
| Compaixão | 183 | 20 | 42 | 35.86 | 4.90 | -1.05 | 1.16 |
| Capacidade colocar no lugar do outro | 183 | 3 | 14 | 9.22 | 2.32 | -.11 | -.35 |
| Abordagem centrada no paciente | 180 | 2.45 | 5.73 | 4.21 | .584 | -.281 | -.102 |
| Traços estereotípicos | | | | | | | |
| 6. Sábios | 183 | 1 | 7 | 5.51 | 1.157 | -.741 | .626 |
| 7. Maduros | 183 | 2 | 7 | 5.66 | 1.194 | -.914 | .432 |
| 8. Doentes | 183 | 1 | 6 | 3.59 | 1.472 | -.310 | -.849 |
| 9. Dependentes | 182 | 1 | 7 | 4.42 | 1.262 | -.129 | -.199 |
| 10. Saudáveis | 183 | 1 | 7 | 5.25 | 1.011 | -.543 | .346 |
| 11. Criativos | 183 | 2 | 7 | 5.68 | 1.016 | -1.001 | 1.294 |
| 12. Irresponsáveis | 183 | 1 | 7 | 4.60 | 1.162 | -.322 | .043 |
| 13. Precipitados | 183 | 2 | 7 | 5.72 | .987 | -1.137 | .845 |
| 14. Afetuosos (idosos) | 183 | 2 | 7 | 5.87 | .995 | -1.031 | 1.554 |
| 15. Competentes (idosos) | 183 | 1 | 7 | 4.88 | 1.113 | -.437 | .462 |
| 16. Afetuosos (jovens) | 183 | 1 | 7 | 4.52 | 1.166 | -.050 | -.213 |
| 17. Competentes (jovens) | 183 | 1 | 7 | 4.90 | .997 | -.327 | .273 |

Anexo E - Quadro 3.3.- Matriz de correlações das variáveis da empatia, abordagem centrada no paciente e das diferentes condições

| Variáveis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|---------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|----|
| 1.Empatia | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.Tomada de Perspetiva | .805** | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Compaixão | .794** | .374** | — | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Capacidade colocar lugar paciente | .292** | .001 | .049 | — | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Abordagem centrada no paciente | .354** | .370** | .217** | .045 | — | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Sábios | .166 | .193** | .079 | .026 | .081 | — | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Maduros | .078 | .102 | .000 | .064 | .069 | .286** | — | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Doentes | -.061 | .002 | .013 | -.263** | -.042 | .087 | -.100 | — | | | | | | | | | | | | |
| 9. Dependentes | .035 | .036 | .104 | -.166* | .116 | -.023 | .014 | .348** | — | | | | | | | | | | | |
| 10. Saudáveis | .042 | .069 | -.001 | .004 | -.097 | .207** | .071 | .053 | .156* | — | | | | | | | | | | |
| 11. Criativos | .115 | .203** | .004 | -.029 | .027 | .131* | .157* | -.008 | .016 | .281** | — | | | | | | | | | |
| 12. Irresponsáveis | .100 | .104 | .092 | -.051 | -.012 | .078 | .126* | .238** | .184** | .112 | .035 | — | | | | | | | | |
| 13. Precipitados | .112 | .128* | .055 | .019 | -.017 | .233** | .140* | .014 | -.006 | .296** | .281** | .269** | — | | | | | | | |
| 14. Afetuosos (idosos) | .128* | .179** | .031 | .015 | .119 | .334** | .001 | -.081 | .154* | .111 | -.027 | .090 | .250** | — | | | | | | |
| 15. Competentes (idosos) | .034 | .076 | -.041 | .041 | .045 | .218** | -.004 | .006 | .193** | .269** | .173** | .080 | .144* | .234** | — | | | | | |
| 16. Afetuosos (jovens) | .084 | .155* | -.003 | -.025 | -.069 | .113 | .087 | .106 | .065 | .189** | .113 | .045 | .025 | .221** | .098 | — | | | | |
| 17. Competentes (jovens) | .131* | .171* | .028 | .051 | .069 | .143* | .047 | -.044 | .164* | .162* | .128* | -.035 | .087 | .345** | .142* | .316** | — | | | |
| 18.Tomada perspetiva da pessoa idosa | -.001 | -.021 | .058 | -.080 | -.110 | .031 | -.010 | -.105 | -.117 | -.045 | .030 | -.021 | .011 | -.005 | 0,011 | .013 | -.022 | — | | |
| 19.Tomada perspetiva da pessoa jovem | .106 | .186* | -.010 | .001 | .024 | .034 | .075 | -.100 | .014 | .043 | .002 | .051 | .030 | .064 | -.039 | .011 | .004 | -.061* | — | |
| 20. Exercício neutro | -.019 | .021 | -.040 | -.038 | -.036 | -.080 | -.099 | .090 | .009 | -.072 | -.092 | -.009 | -.030 | -.047 | -.062 | -.025 | .009 | -.062* | -.069* | — |

**p < .01; * p < .05

