

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



**HABILIDADES SOCIAIS E ENFRENTAMENTO DE ESTRESSE EM
CUIDADORAS QUE ASSISTEM IDOSAS ACAMADAS, COM OU SEM
DEMÊNCIA**

Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues Pinto

Orientadora: Elizabeth Joan Barham

*São Carlos
Maio de 2012*

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



**HABILIDADES SOCIAIS E DE ENFRENTAMENTO DE ESTRESSE EM
CUIDADORAS QUE ASSISTEM IDOSAS ACAMADAS, COM OU SEM
DEMÊNCIA**

Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues Pinto¹

Orientadora: Elizabeth Joan Barham

Texto submetido para o exame de Defesa de dissertação no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

*São Carlos
Maio de 2012*

¹ Apoio CAPES

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

P659hs

Pinto, Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues.

Habilidades sociais e de enfrentamento de estresse em cuidadoras que assistem idosas acamadas, com ou sem demência / Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues Pinto. -- São Carlos : UFSCar, 2012.

75 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Idosos - psicologia. 2. Cuidadores de idosos. 3. Habilidades sociais. 4. Estresse. 5. Demência. I. Título.

CDD: 155.67 (20ª)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Francine Náthalie Ferraresi Pinto

São Carlos, 19/03/2012

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham (Orientadora e Presidente)

Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof.^a Dr.^a Anita Liberalesso Neri

Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP

Dr.^a Zilda Aparecida Pereira Del Prette

Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 09:0h no dia 19/03/2012.

Comissão Julgadora:

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham

Prof.^a Dr.^a Anita Liberalesso Neri

Prof.^a Dr.^a Zilda Aparecida Pereira Del Prette

Homologada pela CPG-PPGpsi na

_____ª Reunião no dia ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Azair Liane Matos do Canto de Souza

Coordenadora do PPGpsi

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	V
LISTA DE FIGURAS	VI
LISTA DE ANEXOS	VII
AGRADECIMENTOS	VIII
RESUMO	IX
ABSTRACT	X
INTRODUÇÃO	1
O CUIDADOR DE IDOSO COM DEMÊNCIA	3
SOBRECARGA DO CUIDADOR DE IDOSO	6
HABILIDADES SOCIAIS	9
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE ESTRESSE	13
PROBLEMA DE PESQUISA	15
OBJETIVOS	16
MÉTODO	17
ASPECTOS ÉTICOS	17
PARTICIPANTES	17
<i>Idade</i>	18
<i>Tempo no papel de cuidadora</i>	18
<i>Horas por dia</i>	19
<i>Renda</i>	19
<i>Escolaridade</i>	19
<i>Parentesco</i>	20
RECRUTAMENTO	21
LOCAL	22

INSTRUMENTOS	22
<i>Sobrecarga</i>	22
<i>Mini Exame do Estado Mental</i>	25
<i>Dados descritivos e levantamento de habilidades para cuidar de um idoso</i>	26
<i>Versão reduzida do Inventário de Habilidades Sociais</i>	27
<i>Versão reduzida do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Estresse</i>	28
<i>Questionário sobre Necessidades das Famílias</i>	29
ANÁLISE DE DADOS.....	30
RESULTADOS.....	32
SOBRECARGA	32
QUALIDADE DA RELAÇÃO	33
HABILIDADES SOCIAIS.....	34
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE ESTRESSE.....	36
RELAÇÕES ENTRE DIFERENTES HABILIDADES PSICOLÓGICAS E O BEM ESTAR DAS CUIDADORAS.....	36
NECESSIDADES.....	40
DISCUSSÃO	42
SOBRECARGA	42
QUALIDADE DA RELAÇÃO	43
HS E EEE NOS DOIS CONTEXTOS DE CUIDADO	44
NECESSIDADES DE AJUDA	47
LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50

REFERÊNCIAS.....	52
ANEXOS.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Correlações entre os escores médios para os fatores das escalas reduzidas de habilidades sociais e de estratégias de enfrentamento de estresse, com sobrecarga e qualidade da relação diádica	39
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Escolaridade das cuidadoras de acordo com o grupo.....	20
Figura 2. Parentesco das cuidadoras com a idosa, de acordo com o grupo. ...	21
Figura 3. Sobrecarga média das cuidadoras de idosas com e sem demência.	32
Figura 4. Médias das cuidadoras de idosas nas subescalas de sobrecarga. ...	33
Figura 5. Escores totais médios para Interação Positiva e Conflitos, da Escala da Relação Diádica, das cuidadoras de idosas com e sem demência.....	34
Figura 6. Escores médios das classes de habilidades sociais.	35
Figura 7. Escores Médios dos itens de habilidades sociais que não pertenciam a nenhuma classe.	35
Figura 8. Escores médios para os fatores (compostos pelos itens usados neste estudo) da escala de estratégias de enfrentamento de estresse das cuidadoras de idosas com e sem demência.	36

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Parecer do comitê de ética	63
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	64
ANEXO C - Inventário de Sobrecarga do Cuidador	66
ANEXO D - Escala de Relacionamento da Díade.....	68
ANEXO E - Mini Exame do Estado Mental - MEEM.....	69
ANEXO F - Dados descritivos e levantamento de habilidades para cuidar de um idoso.....	72

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer a Deus por me ajudar a trilhar esse caminho e me iluminar sempre que necessário, muito obrigada.

Aos meus pais e minhas irmãs, pelo carinho, apoio e confiança de que tudo daria certo.

Ao meu namorado Vítor, por estar sempre ao meu lado, me motivando e contribuindo para que a realização desse trabalho possível.

À minha orientadora Profa. Dra. Elizabeth Joan Barham pela constante compreensão, apoio e muitos ensinamentos e que muitas vezes foi mais que orientadora, foi uma amiga capaz de ouvir, alguém que eu sempre soube que poderia contar, mesmo nos momentos mais difíceis e de até de certo desânimo.

Às professoras Dra. Anita Liberasso Neri, Dra. Zilda A. P. Del Prette, Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini e Dra. Andréa Fortes-Burgos pela disponibilidade de apreciar esse trabalho.

Às professoras, colegas do mestrado e à equipe do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) pela oportunidade de adquirir novos conhecimentos.

À secretária do Programa de Pós Graduação em Psicologia, Marinéia T. Duarte, pela competência e constante dedicação em tudo que faz.

Muito Obrigada a todos.

Pinto, F.N.F.R. (2012). *Habilidades sociais e de enfrentamento de estresse em cuidadoras que assistem idosas acamadas, com ou sem demência*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. 75p.

Resumo

Segundo autores de uma meta-análise de 127 estudos sobre intervenções com cuidadores de idosos com demência, parece que os esforços para fortalecer estes cuidadores e reduzir sua percepção de sobrecarga ainda têm sido insuficientes. No entanto, as medidas de impacto das intervenções não avaliam melhorias específicas nas habilidades do cuidador para lidar com esta situação. Sendo assim, no presente estudo, objetivou-se: (a) identificar habilidades que podem ser importantes para alguém que cuida de um idoso com demência, focando o uso de habilidades sociais (HS) e estratégias de enfrentamento de estresse (EEE), (b) investigar as relações entre o uso de HS e EEE, e percepções de sobrecarga e da qualidade da relação com o idoso e (c) levantar as necessidades não supridas dos cuidadores. Participaram deste estudo 20 díades idosa-cuidadora, sendo que todas as idosas eram acamadas e altamente dependentes. As cuidadoras encontravam-se em um de dois contextos: cuidadoras de idosas lúcidas (GL; n = 10), ou cuidadoras de idosas que estavam com demência (GD; n = 10). Em entrevistas individuais domiciliares, as cuidadoras responderam a uma versão reduzida do *Inventário de Habilidades Sociais*, a uma versão reduzida da *Escala de Estratégias de Enfrentamento de Estresse*, a um *Questionário sobre Necessidades das Famílias*, a uma *Escala de Sobrecarga* e a uma *Escala da Qualidade da Relação Diádica*. Para comparar a frequência com a qual as cuidadoras usavam diferentes tipos de HS e EEE nestes dois contextos utilizou-se o teste-*t* para examinar conjuntos de itens e testes não paramétricos para examinar itens individuais. Usou-se o procedimento de correlação bivariado de *Pearson* para verificar a relação entre a frequência do uso de diferentes HS e de EEE, e as percepções de sobrecarga e de qualidade da relação diádica. O número de cuidadoras, em cada contexto, que indicou necessitar de apoio foi comparado usando o teste de Chi-quadrado. Observou-se que as cuidadoras do GD e GL eram muito similares no que diz respeito à qualidade da relação idoso-cuidador, mas as cuidadoras do GD relataram maior sobrecarga. Quanto ao uso de HS e EEE, observou-se que as cuidadoras em cada contexto apresentaram mais semelhanças do que diferenças, mas havia algumas diferenças específicas. As cuidadoras que relataram usar algumas HS e EEE com maior frequência se percebiam como tendo menos conflitos em sua relação com a idosa, e como tendo níveis menores de sobrecarga. Em relação às suas necessidades, uma proporção maior das cuidadoras do GD do que do GL relatou necessitar de maior apoio de outras pessoas e de maior acesso a serviços da comunidade. Assim, comparando cuidadoras cujas idosas eram acamadas e apresentavam, ou não, demência, foi possível detectar algumas especificidades ligadas ao cuidado de uma idosa com demência, que podem fundamentar o desenvolvimento e avaliação de novas intervenções.

Palavras-chave: *Cuidador; idosos; demência; dependência; habilidades sociais; estratégias de enfrentamento de estresse.*

Pinto, F.N.F.R. (2012). *Social skills and coping of family caregivers assisting elderly bedridden, with or without dementia*. Master's thesis in Psychology, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. 75p.

Abstract

According to the authors of a meta-analysis based on 127 studies reporting the effects of interventions conducted with caregivers of an elderly person with dementia, efforts to help these eldercare providers appear to have been largely ineffective in strengthening the caregivers and in reducing their sense of burden. However, improvements in the caregivers' abilities to handle their eldercare involvements were not evaluated. As such, the objectives of this study included: (a) identify abilities that may be important for someone who cares for an elderly person who has dementia, focusing on the use of social skills (SS) and coping skills (CS), (b) investigate the relationships among SS and CS, and perceived burden and relationship quality, and (c) identify the caregivers' unmet needs. Participants included 20 elder-caregiver dyads (women only); all the elders were bedridden and highly dependent. Their caregivers were in one of two situations: caregivers of bedridden elders with normal cognitive functioning (GL; n = 10), or caregivers of bedridden elders with dementia (GD; n = 10). During individual interviews conducted in their own home, the caregivers responded to a reduced version of the *Social Skills Inventory*, a reduced version of the *Ways of Coping Checklist*, the *Family Needs Evaluation*, the *Caregiver Burden Interview*, and the *Dyadic Relationship Scale*. The frequency with which the caregivers used different kinds of SS and CS was compared using Student's *t*-test for groups of items, and non-parametric tests for individual items. Pearson's bivariate correlation procedure was used to examine the relationships between the frequency with which the caregivers used SS and CS, and their perceptions of burden and of the quality of the relationship between themselves and their elderly relative. In addition, the number of caregivers in each context who expressed needs for assistance was compared using Chi-squared analyses. It was observed that the caregivers in the GD and GL were highly similar with respect to the quality of the relationship between the caregiver and the elderly care recipient, but the GD caregivers reported higher levels of burden. With respect to their use of SS and CS, the caregivers in each context presented more similarities than differences, but there were a few differences between the two groups. A greater frequency of use of these skills was associated with lower levels of relationship conflict, and with lower levels of burden. In terms of their needs, a greater proportion of the GD than the GL caregivers indicated that they needed more assistance from others and greater access to community-based services. In sum, based on a comparison between female caregivers assisting bedridden elderly relatives who were either lucid or who had dementia, it was possible to detect certain differences that arise among those who care for an elderly relative with dementia, along with many similarities between these two contexts, which can guide the development and evaluation of new interventions.

Keywords: *Caregiver, elderly, dementia, dependence, social skills, coping strategies.*

Com a elevação da expectativa de vida e subsequente aumento da porcentagem de pessoas com doenças crônico-degenerativas, torna-se cada vez mais provável que, no curso de vida, cada um de nós precise cuidar de uma pessoa idosa durante um período de tempo prolongado. No entanto, mesmo cuidando de alguém que se ama, assumir o papel de cuidador geralmente leva a um aumento no nível de estresse e a uma diminuição na qualidade de vida do cuidador (Cruz & Hamdan, 2008). Neste trabalho, pretende-se investigar algumas das habilidades pessoais e interpessoais que o cuidador precisa usar neste contexto, visando verificar a relação entre estas habilidades e indicadores do bem-estar psicológico do cuidador.

Em relação à dependência do idoso, existem dois grandes conjuntos de demandas: físicas e cognitivas. As físicas existem quando o idoso apresenta restrições de movimentos, que fazem com que este possa precisar de ajuda para comer, higienizar-se, deslocar-se dentro e fora de sua residência, entre outros. As demandas cognitivas dizem respeito aos idosos com demência, que não conseguem se lembrar de informações importantes, se comunicar adequadamente ou realizar tarefas baseadas no raciocínio. Devido ao comprometimento cumulativo da memória, com o tempo, o idoso com demência não se recorda de como realizar as tarefas diárias, o que acarreta também em dificuldades de saúde física e incapacidade física.

Uma das doenças crônico-degenerativas que faz com que o idoso necessite de um cuidador é a doença de Alzheimer (DA). O DSM-IV (1995) a define como “o desenvolvimento progressivo de déficits cognitivos múltiplos suficientemente severos para causar comprometimento nas ocupações cotidianas, sociais ou ocupacionais, incluindo comprometimento da memória e,

no mínimo, de um dos seguintes sintomas: afasia, apraxia, agnosia ou disfunção executiva”. Este tipo de demência tem predomínio dentro da população idosa, afetando em torno de 50% dentre os idosos com demência (Bottino *et al.*, 2005).

A doença de Alzheimer se caracteriza por início gradual e declínio cognitivo contínuo, mas há dificuldade em obter-se evidências patológicas diretas da presença da DA. Sendo assim, o diagnóstico apenas pode ser feito quando outras etiologias para demência são descartadas. Estima-se que 2 a 4% da população com mais de 65 anos apresentam este tipo de demência, aumentando sua prevalência com o aumento da idade (DSM IV, 1995).

A DA apresenta três fases: a leve, a moderada e a avançada (DSM IV, 1995). Na fase leve, o idoso apresenta pequenas dificuldades de linguagem e percepção (*agnosia*) ou na execução de atividades (*apraxia*). No entanto, as habilidades que dependem da memória não são afetadas por igual. As memórias mais antigas, a memória semântica e a memória implícita (memória de como fazer as coisas) não são tão afetadas como a memória de curto prazo (rodapé de tipos de memória). Os problemas de linguagem envolvem normalmente diminuição do vocabulário e dificuldades na fala, levando a um empobrecimento geral da linguagem. No entanto, a pessoa com DA leve consegue comunicar ideias básicas, apesar de ter dificuldades com certas tarefas motoras complexas (escrever, vestir-se, etc.) devido a dificuldades das capacidades executivas. Na fase moderada, a degeneração progressiva dificulta a independência, apresentando déficits na fala por não se lembrar de algumas palavras, o idoso perde progressivamente a capacidade de ler e escrever; tarefas diárias que antes eram “simples” tornam-se complicadas. Os

problemas de memória continuam a piorar e, com o passar do tempo, o idoso deixa de reconhecer as pessoas mais próximas. As manifestações psicológicas mais comuns são a apatia, irritabilidade e instabilidade emocional, chegando ao choro, ataques inesperados de agressividade ou resistência em receber ajuda por parte do outro. Na fase avançada, o idoso se encontra totalmente dependente, com comprometimento motor e verbal muito grave, sem conseguir desempenhar as tarefas mais simples, como, por exemplo, comer sem a ajuda dos outros. Ele também apresenta perda quase que total da memória. Além disso, quando comparamos de uma forma mais geral, idosos com DA leve se percebem como tendo uma qualidade de vida inferior a de idosos que vivem em situações semelhantes, porém sem DA (Bottino, Carvalho, Alvarez *et.al.*, 2002; Inouye, Pedrazzani & Pavarini, 2010).

O cuidador de idoso com demência

Quando os familiares de um idoso com demência conseguem se organizar para oferecer cuidados de boa qualidade no domicílio, este suporte (amor, afeição, preocupação e assistência) tende a reduzir os efeitos negativos do estresse causados pela doença do idoso (Ramos, 2002). É esta observação que motiva pesquisadores a buscar uma melhor compreensão deste contexto: para favorecer que a pessoa que assume o papel de cuidador de idoso tenha o maior êxito possível.

A definição de cuidador, segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999) é:

Cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal,

medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem (p.14).

Os cuidadores são, em sua maioria, do sexo feminino, sendo principalmente esposas e filhas dos idosos, com idades concentradas entre 50 e 65 anos, geralmente não têm emprego fixo ou trabalham apenas em empregos de tempo parcial e têm baixo nível econômico e educacional (Cruz & Hamdan, 2008; Luzardo, Gorini & da Silva, 2006; Santos & Pavarini, 2010). Os cuidadores podem ser classificados em primários ou secundários. O cuidador primário é aquele que tem a principal, total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados em domicílio, e o secundário é aquele que presta atividades complementares às do cuidador primário (Neri, 2006).

Complementando esta afirmação, Neno (2004) afirma que, no futuro, pelo menos um terço das pessoas idosas vai exercer o papel de cuidador de outra pessoa idosa. Segundo este autor, essas projeções podem, ainda, subestimar o quadro real, porque muitos cônjuges não reconhecem a atividade do cuidado como uma ocupação ou trabalho e consideram que cuidar do marido ou da esposa é apenas mais uma responsabilidade matrimonial, mantendo suas queixas e dificuldades restritas ao lar.

Num estudo feito por Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006), em que foram analisadas as principais mudanças que ocorrem quando um idoso cuida de outro idoso, foi demonstrado que há mudanças significativas quanto à saúde do idoso que é cuidador. Estes autores relatam que, depois de assumir esse papel, a maioria dos cuidadores passa a vivenciar problemas como: cansaço,

estresse, preocupação, aparecimento de doenças, aumento dos riscos para a saúde, mudanças no cotidiano e na autoestima.

No entanto, não são somente os cuidadores acima de 65 anos que apresentam estes problemas. Os estudos de Brodaty *et al.* (2003), de Von Kanel, Dimsdale, Patterson e Grant (2003) e de Pinto, M. F. (2009) mostraram que, de uma forma geral, depois que uma pessoa assume o papel de cuidador, a despeito de sua saúde inicial, ela passa a ter uma qualidade de vida pior, apresentando consequências psicológicas, físicas, sociais e financeiras, como por exemplo, maior probabilidade de adquirir doenças coronárias, maiores taxas de depressão, saúde física pior do que pessoas que não são cuidadores, isolamento social e custos financeiros diretos (por exemplo, para comprar medicamentos) e indiretos (por exemplo, impossibilidade de trabalhar). Em função de todos esses problemas, o cuidador pode apresentar uma sobrecarga de tarefas, pois, em muitas famílias, somente uma pessoa fica responsável pelo idoso.

Figueiredo e Sousa (2008), em Portugal, realizaram um estudo no qual compararam cuidadores de idosos dependentes, com e sem demência, quanto à sua percepção de sobrecarga e ao seu estado de saúde. Não foram encontradas diferenças significativas quanto à percepção de sobrecarga; no entanto, diferenças quanto à saúde mental desses cuidadores revelaram que cuidadores cujos idosos assistidos tinham demência sentiam-se mais nervosos, deprimidos e tristes quando comparados aos cuidadores de idosos lúcidos. Nesse estudo, a maioria dos cuidadores relatou ter ajuda de um cuidador secundário pago, algo que se diferencia da realidade brasileira, mas mesmo assim, todos os cuidadores apresentaram um alto índice de sobrecarga de

forma geral, independente do grupo ao qual pertenciam. Além disso, foi constatado que quanto maior a percepção de sobrecarga por parte desses cuidadores, mais negativa era a percepção do seu estado de saúde.

Sobrecarga do cuidador de idoso

Sobrecarga é um termo traduzido da língua inglesa e conhecido internacionalmente como *burden*: sentimento de sobrecarga experimentado pelo cuidador ao realizar uma gama de atividades potencialmente geradoras de estresse e efeitos negativos (Luzardo, Gorini & da Silva, 2006). Associado com isso, o cuidador pode apresentar um alto nível de ansiedade, tanto pelo sentimento de sobrecarga, quanto por constatar que a sua estrutura familiar está sendo afetada pela modificação dos papéis sociais dele e do idoso com demência. Ele é cotidianamente testado em sua capacidade de discernimento e adaptação à nova realidade que exige, além de dedicação, responsabilidade, paciência e, mesmo, abnegação. Assume um compromisso que transcende uma relação de troca. A carga emocional que surge nesse contexto costuma gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso, testando seus limites psicológicos e sua postura de enfrentamento perante a vida (Luzardo, Gorini & da Silva, 2006).

Para Zarit (1989), os comprometimentos do idoso dão origem a um conjunto de estressores que exercem pressões específicas sobre a vida do cuidador, estes se relacionam aos sintomas do idoso ou às mudanças ocorridas na vida do cuidador. Este pode avaliar a situação como suportável e administrável, ou não. Os mediadores são elementos que atuam como intensificadores ou amenizadores das pressões que o cuidador sofre. São exemplos, as habilidades do cuidador (tais como estratégias de enfrentamento

de estresse e habilidades sociais) e os recursos materiais e sociais com os quais pode contar para desempenhar o cuidado. As habilidades bem adaptadas e a ajuda de outras pessoas podem atuar como mediadores com efeito positivo, ou seja, como facilitadores (Semmerhalder & Neri, 2006).

A falta do uso de habilidades pode comprometer a saúde do idoso e assim aumentar as pressões sobre o cuidador. Da mesma forma, a falta de ajuda pode deixar o cuidador exposto a pressões negativas, quando este sente dificuldade para realizar tarefas sozinho e quando havia expectativa de receber ajuda de outros familiares. Assim, o uso ou não dessas habilidades, apoios e outras condições podem afetar a avaliação que o cuidador faz da situação, levando-a a classificá-la como positiva ou negativa (Sommerhalder & Neri, 2006).

É importante que o cuidador possa receber apoio de pessoas da família, mesmo que receba apenas em momentos de visita, pois a exposição prolongada a uma situação geradora de estresse contribui fortemente para o esgotamento geral do indivíduo e seu conseqüente sentimento de sobrecarga, em função dos efeitos psicossociais da doença sobre o cuidador. Com o tempo, esses efeitos podem afetar sua capacidade de cuidar adequadamente do idoso com demência. Isso acontece porque, além de todas as tarefas de ordem prática que fazem parte dos cuidados (por exemplo, higienização, alimentação e etc.), “ser cuidador de um idoso dementado no contexto domiciliar implica numa multiplicidade de interações, negociações, aproximações e separações, dilemas e conflitos interpessoais” (Santos & Rifiotis, 2003). No geral, os cuidadores não recebem todo o apoio social que necessitam na sua rotina com o idoso, precisando de um apoio maior em

relação a suas necessidades emocionais, pessoais, interpessoais, econômicas, práticas-instrumentais, de orientação e para identificar recursos não sendo utilizados (Dominguez Guedea *et. al.*, 2009).

A partir destes dados, fica claro que há necessidade de uma assistência voltada para esses cuidadores de idosos, em que se invista na promoção da saúde dos mesmos, de forma que tenham melhores condições de exercer seu papel. Rodrigues *et al.* (2006) apresentam possibilidades como: a identificação de cuidadores secundários, que seriam pessoas que possam ajudar por períodos delimitados de tempo ou em outras atividades que não as de cuidado direto, de forma a possibilitar ao cuidador um tempo para cuidar de si ou para descansar; a criação de grupos de cuidadores oferecendo a oportunidade de discussão de suas dificuldades e de estratégias de cuidado com a própria saúde e a troca de experiências sobre as ações de cuidado com o outro; assistência domiciliar ao cuidador para atendê-lo do ponto de vista médico, psicológico, social e funcional, procurando manter e restaurar a sua autonomia e o seu conforto.

Pinquart e Sörensen (2006) realizaram uma meta-análise de 127 estudos envolvendo avaliações de intervenções psicoterapêuticas com cuidadores de idosos com demência (como por exemplo, ações psicoeducativas, terapia cognitiva-comportamental e a oferta de períodos de descanso para o cuidador, entre outros), na qual ficou claro que os participantes obtiveram importantes benefícios e melhora em relação às medidas do bem-estar dos cuidadores (sobrecarga, sintomas depressivos e qualidade de vida) com a sua participação nos programas de intervenção, especialmente nos programas que incluíram suporte psicoeducativo. No

entanto, estas melhorias foram interpretadas como modestas, pois, mesmo com o relato dos participantes de que a intervenção provocou mudanças positivas, foi difícil captar esses resultados com escalas que avaliam a adaptação global de uma pessoa. Sendo assim, estes autores sugerem que é preciso desenvolver novas medidas que possam melhor quantificar os efeitos mais específicos das intervenções.

Diante disso, percebe-se que habilidades, tais como estratégias de enfrentamento de estresse e de habilidades sociais, podem se mostrar eficazes no desenvolvimento de habilidades específicas de um cuidador de idoso, uma vez que há estudos que mostram que o uso das mesmas implica na melhora da qualidade de vida dos idosos e em um menor índice de depressão entre eles (Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette & Del Prette, 2007; Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2008). A seguir, apresentam-se alguns estudos e considerações sobre estes dois tópicos, que apontam para a importância de avaliar estas habilidades por parte de cuidadores de idosos para lidar com as demandas deste papel.

Habilidades Sociais

O termo Habilidades Sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais (Del Prette & Del Prette, 2001). O termo habilidades sociais se diferencia tanto do termo desempenho social como de competência social. O desempenho social refere-se à emissão de um comportamento ou sequência de comportamentos em uma situação social qualquer (Del Prette & Del Prette, 2001). No entanto, possuir habilidades sociais não garante que as relações interpessoais sejam bem

sucedidas porque, não necessariamente o indivíduo utiliza o repertório que possui, seja por questões de ansiedade, de crenças equivocadas ou de dificuldades na leitura dos sinais do ambiente (Del Prette & Del Prette, 2007).

Neste contexto, emerge o conceito de competência social que envolve uma avaliação ou julgamento a respeito da adequação do comportamento de uma pessoa e do efeito que produz em uma determinada situação, enquanto que o conceito de habilidades sociais envolve mais o aspecto descritivo dos comportamentos verbais e não verbais necessários à competência social (Del Prette & Del Prette, 1999). De acordo com Murta (2005), a aquisição de um repertório socialmente competente, em geral, acontece sem treinamento formal e em interações em contextos naturais, como por exemplo, no relacionamento entre familiares, colegas de escola e amigos.

No entanto, é comum que, durante este processo de aprendizagem, ocorram falhas, resultando assim, em déficits importantes em habilidades sociais. Há evidências que apontam que os déficits em habilidades sociais estão associados a um fraco desempenho acadêmico, entre crianças (Feitosa, Del Prette, Del Prette & Loureiro, 2011; Machado, 2009) e, entre adultos, com conflitos conjugais e transtornos de ansiedade, entre outros (Murta, 2005). Com base num número cada vez maior de estudos confirmando estas evidências, derivou-se a compreensão de que as habilidades sociais podem atuar como um fator de proteção no curso do desenvolvimento humano, contribuindo para o surgimento de intervenções para o aprimoramento destas habilidades com diferentes populações e em diferentes contextos (Murta, 2005). No caso de cuidadores de idosos, ainda não existe um *know how* bem desenvolvido e difundido sobre como lidar com as demandas e tensões interpessoais que

surgem neste contexto. Assim, a probabilidade de cometer erros é maior do que em outros contextos mais estudados.

Nesse sentido, é preciso desenvolver formas adequadas de utilizar habilidades sociais para cada situação, porque o que se espera das pessoas envolvidas em diferentes contextos varia. Ou seja, para ajudar cuidadores de idosos com demência a melhorar suas habilidades sociais para ter mais facilidade para lidar com este papel, é preciso trabalhar com situações hipotéticas ou reais ligadas a estas demandas específicas. Por exemplo, os comportamentos usados com um idoso com demência que derruba um copo de leite devem ser diferentes dos comportamentos usados com idosos sem demência.

O conceito de competência social envolve uma avaliação ou julgamento a respeito da adequação do comportamento de uma pessoa e do efeito que produz em uma determinada situação, enquanto que o conceito de habilidades sociais envolve mais o aspecto descritivo dos comportamentos verbais e não verbais necessários à competência social (Del Prette & Del Prette, 2007). Além disso, Del Prette e Del Prette (2007) mostram que as habilidades sociais podem ser agrupadas em várias classes. Uma destas áreas se refere à *assertividade*, a qual consiste na habilidade de afirmação e defesa dos próprios direitos, por meio da expressão de pensamentos, sentimentos e crenças, de forma direta e honesta, sem desrespeitar o direito dos outros (Bandeira *et al*, 2000; Del Prette & Del Prette, 2006; Braz, 2010). No entanto, diante de uma situação de cuidado, o indivíduo pode comportar-se de maneira assertiva, como também pode comportar-se de maneira não assertiva ou agressiva, em

função de déficits na aquisição, ou na percepção da necessidade de determinadas habilidades sociais.

Nesse sentido, muitos estudos comentados na revisão de Del Prette e Del Prette (2006) têm demonstrado que indivíduos que são mais assertivos e tem bons relacionamentos interpessoais são mais saudáveis e menos propensos a doenças. Faleiros (2009) e Dornelles (2010) acreditam que, em um contexto familiar de cuidar de um idoso com demência, a existência de habilidades sociais e de competência social por parte do cuidador contribua para ter relacionamentos interpessoais saudáveis. Com a finalidade de verificar a importância das habilidades sociais entre cuidadores de idosos, Dornelles realizou um estudo com esta população, no qual efetuou treinamento de habilidades sociais. Obteve como resultado melhora na frequência de respostas socialmente competentes, dentre os itens esperados para um cuidador de idoso com demência, estando entre eles: elogiar, agradecer a um elogio e expressar aborrecimento.

Faleiros (2009) ressalta a importância de ensinar os conceitos básicos sobre habilidades sociais aos cuidadores de idosos por meio de um treinamento, tais como, diferenciar comportamentos assertivos, agressivos e passivos, neste contexto. Além disso, enfatiza a importância de mostrar a aplicação destes conceitos de forma prática, treinando habilidades desejadas com o cuidador em relação aos outros familiares, como no caso do treino da habilidade de pedir ajuda. No entanto, por mais que o cuidador passe a dominar diferentes habilidades sociais, nem sempre é possível remover um estressor por meio de ajustes e acordos com outras pessoas. Assim,

complementando e auxiliando o uso de habilidades sociais são as habilidades de enfrentamento de estresse, discutidas a seguir.

Estratégias de Enfrentamento de Estresse

Lazarus e Folkman (1991) definem o enfrentamento da situação estressante (*coping*) como esforços cognitivos e comportamentais empreendidos para o controle de demandas específicas, sendo esta uma resposta do indivíduo a situações que estão sobrecarregando-o ou excedendo seus recursos pessoais. O enfrentamento tem duas principais funções. Uma envolve o gerenciamento ou alteração do evento estressor; nesse caso, o enfrentamento está focalizado no problema. Uma segunda função diz respeito ao controle, redução ou eliminação das respostas emocionais ao evento estressor; esse enfrentamento está focalizado na emoção, sendo paliativo. O sujeito procura aliviar o estresse, ou seja, busca sentir-se melhor diante de um evento que não pode ser modificado.

Para Lazarus e Folkman (1991), o modelo de estresse é dinâmico e interacional, envolvendo dois níveis de avaliação ou apreciação (*appraisal*, em inglês): primária e secundária. Segundo estes autores, na apreciação primária, a pessoa examina em que ela foi atingida pela situação estressora. O resultado dessa apreciação contribui para a qualidade e intensidade da sua reação emocional. Na apreciação secundária, a pessoa procura soluções, indagando: “O que posso fazer? Quais minhas opções para enfrentar esta situação?” As respostas influenciarão no tipo de estratégia que a pessoa irá utilizar para lidar com tal situação. Modos de enfrentamento focalizados no problema serão utilizados se as consequências de uma situação estressante são apreciadas como sendo reversíveis, ou seja, como podendo ser removidas ou alteradas. O

enfrentamento focalizado na emoção é mais utilizado se as consequências do estressor forem apreciadas como inalteráveis, como no caso de comportamentos com impactos negativos para o cuidador, mas que o idoso com demência não controla. Essas duas formas de enfrentamento são inter-relacionadas, visto que as pessoas, diante de um mesmo evento estressor, utilizam ambas as formas de enfrentamento, pois uma estratégia que, em princípio, está focalizada no problema, pode ter também uma função focalizada na emoção e, portanto, a emoção e o enfrentamento ocorrem numa relação dinâmica e recíproca. Além disso, pessoas diferentes utilizam formas diferentes de enfrentamento uma vez que, devido a sua história de vida, encaram o problema estressor de maneira distinta e possuem habilidades diferentes para lidar com o mesmo. Novamente, o contexto de cuidado pode afetar a escolha de estratégias de enfrentamento de estresse, como no caso do idoso que derruba um copo de leite, comentado anteriormente. O cuidador de um idoso com demência provavelmente entenderá que o idoso não poderia ter “se esforçado” para evitar a queda do copo e, portanto, buscaria se manter calmo diante do problema. Mas, o cuidador de um idoso lúcido provavelmente tentará identificar junto ao idoso porque o copo caiu, para que o idoso evite uma repetição do problema.

Em um estudo de Simonetti e Ferreira (2008), procurou-se identificar estratégias de coping utilizadas por cuidadores de idosos com doença crônica, por meio de uma análise de discurso do sujeito coletivo, no qual foram feitas perguntas aos cuidadores sobre como eles enfrentavam a situação de cuidar de um idoso. Foi identificado que as estratégias mais utilizadas por eles se referiam às centradas na emoção, uma vez que não envolviam um processo de

resolução de problemas. Eles se apoiavam principalmente na religião. Essa busca centrada na emoção pode ser vista como a única saída para enfrentar as dificuldades que encontravam ao cuidar de um idoso com uma doença crônica, uma vez que este não tem perspectiva de ser curado. Além disso, os cuidadores relataram em seus discursos que a falta de ajuda, por parte da família, era outro ponto central para desencadear o uso de estratégias de enfrentamento focadas na emoção, já que tentativas anteriores de envolver os familiares haviam falhado. Os cuidadores acreditavam que, se houvesse uma maior divisão de trabalho entre os familiares, eles poderiam dedicar mais tempo a suas necessidades básicas pessoais. Ou seja, a falta de apoio estava resultando em prejuízos importantes para os cuidadores. Para lidar com este problema, buscavam reduzir sua frustração, por exemplo, pedindo ajuda a Deus. Pedir ajuda a Deus é uma forma de *coping* religioso, que é o modo como as pessoas utilizam sua religião para lidar com situações de estresse e de dificuldade em suas vidas (Almeida & Stroppa, 2009; Panzini & Bandeira, 2007).

Problema de Pesquisa

É importante entender como cuidadores de idosos com demência utilizam essas estratégias de enfrentamento de estresse e quais se mostram mais eficazes para sua relação com o idoso, bem como com outros membros da família, a fim de contribuir para a saúde física e mental desse cuidador, para que ele possa desenvolver seu papel de forma saudável. Acredita-se que a comparação de cuidadores de idosos com dependência física, apenas, com um grupo que seja formado por cuidadores de idosos com dependência física e cognitiva, possa representar uma estratégia que contribua para a identificação

de especificidades em relação às habilidades que são especialmente importantes para o cuidador de um idoso com demência. Isto porque, de acordo com Figueiredo (2008) e Mendes, Moreira, Silva e Silva (2009) idosos acamados requerem, assim como os com demência, uma grande dedicação de seu cuidador, necessitando de atenção quanto à higiene, alimentação, locomoção, entre outros, mas o fator fundamental que os diferencia é a presença de problemas cognitivos nos idosos com demência.

Objetivos

1. Comparar dois grupos de cuidadores de familiares idosos: com dependência física e com dependência física e cognitiva, quanto a sua percepção de sobrecarga e da qualidade da relação cuidador-idoso e quanto ao relato do uso de habilidades sociais e de estratégias de enfrentamento de estresse.
2. Investigar a relação entre auto avaliação de sobrecarga e da qualidade da relação com o relato do uso de habilidades sociais e de estratégias de enfrentamento de estresse.
3. Comparar as necessidades que os cuidadores relatam, em cada grupo, decorrentes da prestação de cuidados ao seu parente idoso.

Método

Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar (Anexo A). Todas as participantes receberam informações acerca dos objetivos da pesquisa, as atividades a serem desenvolvidas e seus direitos, antes de assinar o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo B). Foi assegurado o sigilo da identidade das participantes e estas tiveram total autonomia em relação a sua participação no estudo. Não foram previstos riscos para elas, com a possibilidade de benefícios derivados do conhecimento acerca de demandas decorrentes do contexto de cuidar de um idoso.

Participantes

Participaram desse estudo 20 díades idosa-cuidadora. Todas as idosas eram acamadas (sem capacidade de andar) e altamente dependentes para as atividades da vida diária. Em um grupo (GL) composto por 10 díades, as idosas eram lúcidas e em um segundo grupo (GD), composto por 10 díades, as idosas tinham demência, confirmadas pelo seu resultado no Mini Exame do Estado Mental, descrito a seguir, e por uma avaliação médica prévia, registrada em seu prontuário no serviço de saúde junto ao qual as participantes foram recrutadas.

As idosas, de ambos os grupos, tinham mais de 60 anos, estavam acamadas em caráter irreversível há pelo menos seis meses e recebiam assistência de enfermagem do programa de atendimento domiciliar pelo menos uma vez por semana e sempre que necessário, o médico do programa acompanhava o estado de saúde das idosas.

As idosas acamadas lúcidas foram escolhidas como grupo de comparação, uma vez que, tal como idosos com demência e acamadas, também demandam muito apoio para a realização de atividades da vida diária. Para controlar os efeitos de cuidar de um idoso que envolva questões culturais ligados ao gênero (Matos, 2008), no presente estudo restringiu-se a participação às díades que foram constituídas por cuidadoras e idosas do sexo feminino.

Idade

A idade média das cuidadoras do GL foi de 54 anos ($dp = 11,6$), variando de 42 a 82 anos. No GD, a idade média foi de 53 anos ($dp = 9,08$), variando de 39 a 73 anos. A Idade média das idosas do GL foi de 70 anos ($dp = 5,04$), variando entre 62 e 80 anos. No GD a idade média das idosas foi 75 anos ($dp = 6,3$), variando entre 68 e 90 anos. A diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa.

Tempo no papel de cuidadora

Quanto ao tempo no papel de cuidadora, no GL o tempo médio foi de 2 anos ($dp = 1,22$), variando de 6 meses a 4 anos, já no grupo GD, o tempo médio foi de 5 anos e meio ($dp = 4,39$), variando de 1 a 11 anos. Em relação ao tempo no papel do cuidador, houve uma diferença significativa entre os dois grupos ($t(13) = 2,33$; $p = 0,036$). Acredita-se, no entanto, que as idosas com demência, muito provavelmente, estavam acamadas apenas uma parte deste período, uma vez que nas fases leves e moderadas da demência, não é comum o idoso ficar restrito ao leito, a não ser por outro problema de saúde.

Horas por dia

As cuidadores relataram ficar disponíveis para o cuidado das idosas do GL em média 17,4 horas por dia, ($dp = 5,96$), variando de 10 a 24 horas disponíveis. As cuidadoras do GD relataram dispor em média de 18,3 horas por dia ($dp = 8,11$), variando de 4 a 24 horas, de cuidados às idosas. Percebe-se que, em ambos os casos, as cuidadoras ficam longas horas disponíveis, o que pode acarretar em falta do tempo mínimo recomendado de descanso e de auto cuidado. Todas as cuidadoras comentaram sobre a necessidade de levantar-se durante a noite para mudar a posição das idosas, pois as idosas se encontravam acamadas e permanecerem longo período na mesma posição pode acarretar em ter escaras. A diferença entre os grupos quanto ao tempo disponível de cuidados não foi estatisticamente significativa.

Renda

A renda familiar média das cuidadoras do GL foi de 3,95 salários mínimos (SM), com ($dp = 1,42$), variando entre 1,5 SM e 6 SM. No GD, a renda familiar média foi de 4,9 SM, ($dp = 3,50$), sendo que a mesma variou entre 1,5 SM e 12 SM. Esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Escolaridade

Na Figura 1, a seguir, observa-se a distribuição da escolaridade das cuidadoras. Os dois grupos foram comparados por meio do teste não paramétrico *Mann Whitney*. Não encontrou-se diferença significativa na composição dos dois grupos em relação à questão de escolaridade ($p > 0,10$).

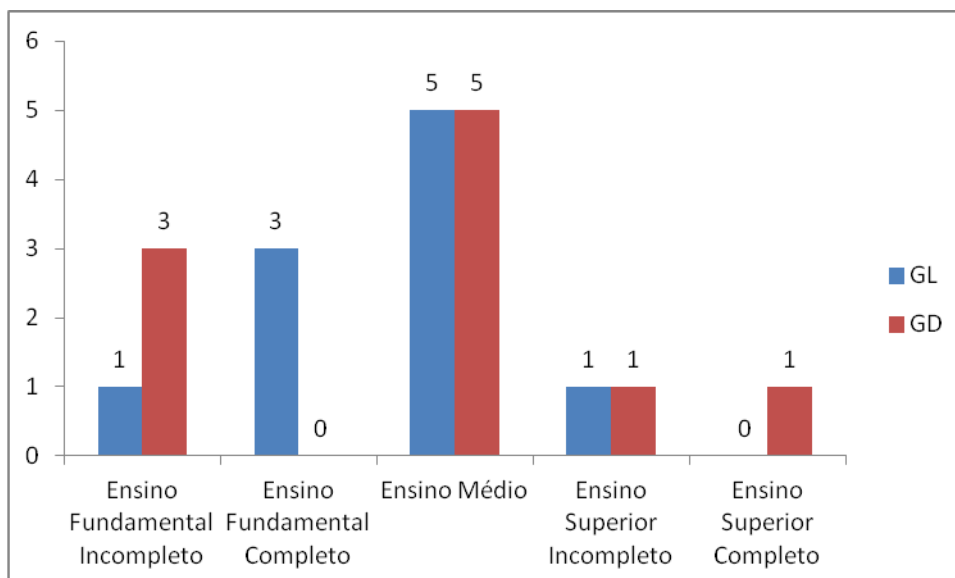


Figura 1. Escolaridade das cuidadoras de acordo com o grupo.

Parentesco

Na Figura 2 observa-se a distribuição do parentesco das cuidadoras em relação às idosas, de acordo com o grupo. Os dois grupos foram comparados por meio do Qui-quadrado. Não encontrou-se diferença significativa na composição dos dois grupos em relação à questão de parentesco do cuidador com o idoso ($p > 0,10$).

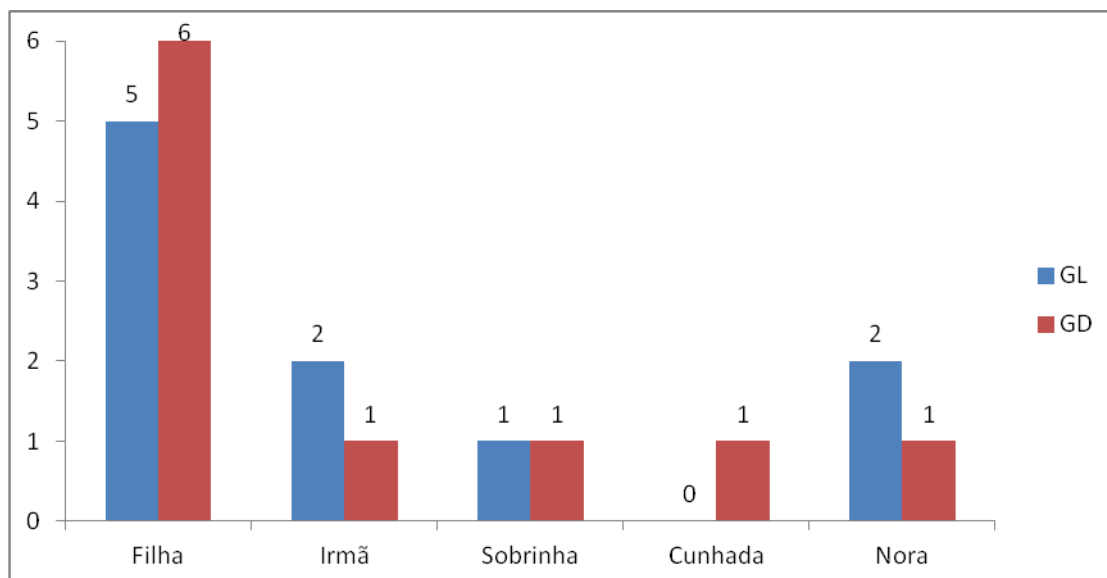


Figura 2. Parentesco das cuidadoras com a idosa, de acordo com o grupo.

Recrutamento

As díades foram recrutadas em um Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) oferecido pela Prefeitura Municipal de São Carlos. Para atender aos critérios de inclusão para o recrutamento de participantes para este estudo, foram analisados os prontuários de todos os idosos atendidos nesse serviço. Essa análise inicial teve como objetivo identificar idosas que eram cuidadas por mulheres de sua própria família. Num segundo momento, as enfermeiras do programa fizeram contato telefônico com as cuidadoras para saber se elas tinham interesse em participar do estudo. Em caso afirmativo, mais detalhes sobre o estudo eram descritos (discutidas na secção sobre cuidados éticos) e a seguir, elas eram convidadas a participar da entrevista.

Todas as idosas do GD e do GL passaram por uma avaliação clínica prévia, realizada por um médico do programa de atendimento domiciliar e todas as idosas do GD foram diagnosticadas com demência. Como parte dessa avaliação, elas foram submetidas a exames gerais de urina e sangue, para descartar a possibilidade que a demência das idosas fosse resultado de outros

distúrbios, que não neurodegenerativos, como por exemplo, déficit cognitivo causado por infecção urinária.

Local

A pesquisa foi realizada em uma cidade de médio porte (em torno de duzentos mil habitantes), do interior de São Paulo. Tendo em vista que as idosas eram dependentes e acamadas, a coleta de dados foi realizada nas residências das mesmas. Para que fosse mantida a privacidade das participantes, a coleta foi feita em conjunto com uma aluna da graduação, a qual aplicava um teste para rastreio de demência e permanecia com a idosa durante o período em que a pesquisadora coletava os dados com as cuidadoras em outro cômodo da residência.

Instrumentos

Sobrecarga

O nível de sobrecarga das cuidadoras foi medido por meio da Escala de *Burden* de Zarit (ZBI). A escala, que foi respondida apenas pelas cuidadoras, consiste em 22 questões que avaliam a sobrecarga subjetiva destes familiares cuidadores. As questões da escala avaliam o impacto da sobrecarga nos seguintes aspectos da vida de um cuidador: relacionamento entre cuidador e paciente, condições de saúde do cuidador, bem-estar psicológico deste, situação financeira e relações interpessoais (Taub *et al.*, 2004). As alternativas de resposta para cada questão da escala envolvem a frequência com a qual o cuidador percebe sobrecarga em cada item. As alternativas são 0, *nunca*; 1, *raramente*; 2, *algumas vezes*; 3, *muito frequente* e 4, *sempre*. O último item da escala avalia, de forma geral, quanto o cuidador se sente sobrecarregado por cuidar do paciente, pontuado da seguinte forma: 0, *nada*; 1, *pouco*; 2,

moderadamente; 3, *muito* e 4, *extremamente*. A pontuação neste instrumento pode variar entre 0 e 88. A severidade de sobrecarga é estabelecida de acordo com as seguintes categorias: menos de 21 pontos, *ausência de sobrecarga ou sobrecarga mínima*, 21 a 40 pontos, *sobrecarga leve a moderada*, 41 a 60 pontos, *sobrecarga moderada a severa* e 61 a 88 pontos, *sobrecarga severa* (Anexo C).

A *Escala Burden de Zarit* inclui quatro fatores: O primeiro fator, intitulado “*impacto da prestação de cuidados*” (IPC), aglutina os itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, dos quais se destacam: alteração no estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo, desgaste físico e mental. Nesta categoria encontram-se os itens relativos ao impacto dos cuidados diretos no contexto do cuidador. É constituído por onze itens (2, 3, 6, 8,10,11,12, 13,15,17 e 22). O segundo fator, intitulado “*relação interpessoal*” (RI), aglutina itens associados à sobrecarga relacionados com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. Estes itens avaliam o impacto interpessoal que resulta da relação de prestação de cuidados, essencialmente associado às dificuldades com a interação. É constituído por cinco itens (1, 4, 5, 9 e 14). O terceiro fator, intitulado “*expectativas com o cuidar*” (EC) é constituído por quatro itens (7, 16, 18 e 19), relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, e centra-se essencialmente nos medos, receios e limites de disponibilidade. O quarto fator, intitulado “*percepção de auto eficácia*” (PA) é constituído por dois itens (20 e 21) sobre a opinião do cuidador quanto ao seu desempenho (quantidade e qualidade dos cuidados prestados).

Segundo os resultados do estudo de validade conduzido por Scazufca (2002), a versão Brasileira da *Burden Interview* apresenta boa consistência interna, avaliada por meio do *alfa de Cronbach* ($\alpha = 0,87$). As associações dos escores totais da *Burden Interview* aos escores totais do *Self-Reporting Questionnaire - SRQ-20* ($r = 0,37$; $p = 0,001$) e aos escores totais do *Behavioural and Mood Disturbance Scale - BMD* ($r = 0,54$; $p = 0,001$) foram fortes e similares às associações encontradas em outros estudos conduzidos, indicando uma boa validade do construto (Scazufca, 2002).

Qualidade da Relação Diádica

Esta escala (Anexo D) é uma versão em português da *Dyadic Relationship Scale* (Sebern & Whitlatch, 2007), traduzida por Thomazatti e Barham (2010). A versão original (em inglês) desta escala de Poulshock e Deimling (1984) foi derivada de alguns dos itens da Escala de Sobrecarga do cuidador (Zarit *et al.*, 1980). A escala já passou por diversas fases de análise (Bass, Clark, Looman, McCarthy, & Eckert, 2003), mostrando-se um instrumento adequado para aferir aspectos positivos e negativos do vínculo entre o cuidador e o idoso.

A *Dyadic Relationship Scale* tem uma versão específica para cada membro da díade. Na versão do cuidador, o instrumento é composto por 11 afirmações a respeito da qualidade da relação entre os membros da díade e das transformações decorrentes da situação de cuidado. Para cada afirmação, há quatro opções de resposta: *discordo plenamente*, *discordo*, *concordo* e *concordo plenamente*. A pontuação é feita da seguinte maneira: 1, *discordo plenamente*, 2, *discordo*, 3, *concordo* e 4, *concordo plenamente*.

A *Dyadic Relationship Scale* é composta por duas subescalas: uma escala que mede a interação positiva entre os membros da díade, formada pelos itens de um a seis, e uma escala que mede o conflito entre os membros da díade, formada pelos itens de sete a onze, na versão do cuidador. Quanto maior a pontuação nessas duas subescalas, maior é o grau de interação positiva (sub escala 1) ou conflitos (sub escala 2) na relação. Este instrumento apresenta uma boa consistência interna avaliada através do *alfa de Cronbach* ($\alpha = 0,89$) para a sub escala de conflitos e ($\alpha = 0,85$) para a sub escala de interação positiva (Sebern & Whitlatch, 2007).

Mini Exame do Estado Mental

Com a aplicação do Mini Exame do Estado Mental foi possível garantir que não havia indício de demência nas idosas do grupo de comparação e que as idosas do grupo com demência fossem novamente avaliadas para se certificar que apresentassem esse mesmo indício. Para realizar essa avaliação, as idosas responderam ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM - Anexo E), que é usado como teste de rastreio para alterações cognitivas. Ele é feito por meio de uma avaliação da orientação espacial e temporal, memória de curto prazo e evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem e visuo-construtivas. A pontuação final do avaliado pode variar de 0 a 30, mas a nota de corte que define se há indício de demência no participante ou não, depende da escolaridade do avaliado, sendo menor para indivíduos com menor escolaridade. Existem diferentes normas para as notas de corte, mas as normas utilizadas nesse estudo foram as de Brucki (2003). Desta forma, para pessoas que não frequentaram a escola, a nota de corte correspondeu a 18 pontos; para pessoas com 1 a 3 anos de escolaridade, 21 pontos; 4 a 7 anos

de escolaridade, 24 pontos; e para indivíduos com 8 anos ou mais de escolaridade, a nota de corte foi de 26 pontos.

Dados descritivos e levantamento de habilidades para cuidar de um idoso

O objetivo deste instrumento (Anexo F) foi descrever a composição da amostra, incluindo dados como nível sócio econômico, escolaridade, idade, doenças apresentadas pelo cuidador, número de horas disponíveis por dia e tempo de exercício da função de cuidador. Também foram incluídas questões fechadas para levantar o relato do uso de habilidades sociais no papel de cuidar de um idoso (por exemplo, pedir ajuda, agradecer a um elogio, expressar sentimento de carinho, etc.) e estratégias de enfrentamento de estresse (por exemplo, rezar, tentar pensar em coisas diferentes do problema, ver o lado positivo da situação diante de dificuldades, etc.).

Para maximizar a possibilidade de encontrar resultados mais válidos e para manter o foco do levantamento de dados sempre em habilidades realmente usadas por cuidadores de idosos no contexto deste papel, os itens utilizados no presente instrumento foram selecionados de instrumentos já existentes, incluindo o *Inventário de Habilidades Sociais* (IHS- Del Prette), de Del Prette e Del Prette (2001) e um inventário de estratégias de enfrentamento de estresse do Canadian Aging Research Network (1993), baseado no *Ways of Coping Checklist* (Folkman & Lazarus, 1985). O critério usado para a seleção dos itens foi a relevância, na opinião da pesquisadora e de sua orientadora, da habilidade para um cuidador de idoso, no desempenho de atividades da vida diária. Para a finalidade desta dissertação, visando estudar a importância destas habilidades para cuidadores de idosos com demência, optou-se por usar itens com clara relevância para este contexto, com base em observações

clínicas de muitos cuidadores de idosos, por parte da pesquisadora e de sua orientadora. As versões reduzidas dos instrumentos para avaliar HS e EEE, estão descritas, a seguir.

Versão reduzida do Inventário de Habilidades Sociais (IHS- Del Prette), de Del Prette e Del Prette (2001).

Em relação às habilidades sociais, selecionou-se 18 itens de um total de 38, tais como pedir ajuda, elogiar o outro, criticar o outro e aceitar críticas. Estes itens foram avaliados usando uma escala de frequência tipo *Likert*, de 5 pontos, com pontuação variando entre 0, *nunca ou raramente* e 4, *sempre ou quase sempre*. Foram utilizados parte dos itens do *Inventário de Habilidades Sociais para Idosos*, diretamente derivados do *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette, de Del Prette & Del Prette, 2001)*, adaptados para a população idosa. O IHS-Del-Prette é um instrumento de auto relato, composto por um Caderno de Aplicação e uma Folha de Resposta (ambos em versão impressa, do tipo lápis/papel).

Os itens do IHS-Del-Prette apresentam uma estrutura de cinco classes:

(a) Classe 1 - *Enfrentamento e autoafirmação* (nesta versão reduzida inclui os itens 7, 9, 10 e 12) em que se avaliam as habilidades de assertividade; (b) Classe 2 - *Autoafirmação na expressão de sentimentos positivos* (nesta versão reduzida inclui os itens: 2, 4, 5, 6, 15 e 18), no qual são avaliadas as demandas interpessoais de expressão de afeto positivo e afirmação de autoestima; (c) Classe 3 - *Conversação e desenvoltura social* (nesta versão reduzida inclui o item 8), em que se avalia o conhecimento de normas de relacionamento cotidiano por meio da apresentação de situações sociais neutras de aproximação demandando “traquejo social” na conversação; (d) Classe 4 –

Auto exposição a desconhecidos e situações novas (não foi utilizado nenhum item desse fator na versão reduzida desse estudo, uma vez que para cuidar de um idoso não é necessário se expor a situações novas), avaliando o desempenho em situações que envolvem a abordagem de pessoas desconhecidas; e (e) Classe 5 - *Autocontrole da agressividade* (inclui o item 11), na qual se avalia a reação a estimulações aversivas do interlocutor, demandando controle de raiva e da agressividade. Os itens do instrumento original que não fazem parte de nenhuma classe e foram utilizados nessa versão reduzida da escala são: 1, 3, 13, 14, 16 e 17. As propriedades psicométricas do IHS-Del-Prette em versão para idosos estão sendo avaliadas em um estudo em andamento por Del Prette e Del Prette.

Versão reduzida do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Estresse do Canadian Aging Research Network (CARNET - 1993).

No que diz respeito às estratégias de enfrentamento de estresse, incluiu-se 12 itens, tais como rezar, dormir menos, exigir menos de si em relação às atividades domésticas, entre outros. Estes itens também foram avaliados usando uma escala de frequência tipo *Likert*, de 5 pontos, com pontuação variando entre 0, *nunca ou raramente* e 4, *sempre ou quase sempre*. O instrumento de estratégias de enfrentamento de estresse usado no questionário do CARNET foi baseado no *Ways of Coping* de Folkman e Lazarus (1985). Este instrumento apresenta uma estrutura de 5 fatores: Fator 1 - Reavaliação positiva (itens 19, 23 e 26), Fator 2 – Auto controle emocional (itens 20, 21 e 22), Fator 3 - Suporte Social (Item 24), Fator 4 – Afastamento (itens 25 e 27) e Fator 5 – Resolução de problemas (itens 28, 29 e 30).

Questionário sobre Necessidades das Famílias

Ao final da entrevista, o *Questionário sobre Necessidades das Famílias* (Pereira, 1996) foi incluído, era perguntado às cuidadoras se elas tinham necessidades relativas aos cuidados, como por exemplo, maior necessidade de apoio, de informação, financeira, de como explicar aos outros sobre o problema da idosa, de serviços da comunidade e relativas ao funcionamento da vida familiar. Elas podiam responder sim ou não sobre a existência destes tipos gerais de necessidades. Caso respondessem sim, o entrevistador entrava no bloco de subitens que tinham como objetivo verificar a que essas necessidades mais gerais se referiam, como por exemplo, no item apoio, se o apoio que as cuidadoras necessitavam seria familiar, profissional, de amigos, entre outros. Ao final desse instrumento, era perguntado se havia alguma necessidade que não havia sido abordada, decorrente do papel de cuidadora, que elas gostariam de relatar.

Procedimento

A primeira fase da pesquisa consistiu em entrar em contato com os diretores do Programa de Atendimento Domiciliar, apresentar o projeto e saber se havia interesse do programa em fazer uma parceria para que este estudo fosse realizado. Numa segunda fase, foi realizada uma pré-seleção das participantes que se enquadravam no perfil desejado, incluindo cuidadoras cujas idosas eram acamadas e lúcidas, e cuidadoras cujas idosas eram acamadas e com demência. Em seguida, por recomendação do programa e devido ao fato da pesquisadora não ter vínculo com as cuidadoras, foi realizado contato telefônico pelas enfermeiras do PAD a fim de saber se as cuidadoras tinham interesse em participar do estudo. Após as cuidadoras aceitarem, foi

agendado a visita domiciliar para que fosse realizada a coleta de dados. Uma das enfermeiras do PAD acompanhava a pesquisadora até a residência das participantes para que fossem feitas as devidas apresentações.

Antes de iniciar a entrevista, era lido para as participantes o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*; caso houvesse alguma dúvida, esta era esclarecida antes de pedir a elas que o assinassem. Depois disso, era solicitado às cuidadoras que ficassem em um cômodo diferente das idosas naquele momento, para garantir que as cuidadores pudessem responder aos instrumentos em privacidade, principalmente no caso em que as idosas eram lúcidas. No outro cômodo, as idosas permaneciam com uma aluna de graduação que aplicava o Mini Exame do Estado Mental nelas.

A coleta de dados foi realizada em forma de entrevista, ou seja, era perguntado a elas e anotado no questionário e nos instrumentos o que as cuidadoras respondiam. Antes de iniciar a entrevista, era realizado um *rapport*, no qual se perguntava de maneira geral como era o relacionamento com a idosa e há quanto tempo a mesma se encontrava nessa situação. Na etapa seguinte, era aplicado o instrumento *Habilidades para cuidar de um idoso*, o *Questionário sobre Necessidades das Famílias*, a Escala de *Burden* de Zarit (ZBI) e, por último, a *Dyadic Relationship Scale*. Ao final da coleta de dados, era perguntado novamente às cuidadoras se havia mais alguma dúvida e caso ainda houvesse, a mesma era esclarecida.

Análise de Dados

Para verificar dados estatísticos descritivos, foram calculadas a média, o desvio padrão e os valores mínimos e máximos. Para comparar os resultados obtidos nestes dois contextos em relação à frequência com a qual as

cuidadoras usavam diferentes tipos de HS e EEE, utilizou-se o teste-*t* para examinar médias para conjuntos de itens (itens que faziam parte de um mesmo fator, na escala original), uma vez que com esse procedimento é possível fazer uma análise fidedigna quando há pelo menos cinco sujeitos por grupo (Howell, 1987). Para comparar os resultados para cuidadores dos dois contextos em relação a itens individuais, empregou-se testes não paramétricos. Foi utilizado o procedimento de correlação bivariada de *Pearson* para verificar a relação entre a frequência do uso de diferentes HS e de EEE, por um lado, e, por outro lado, as percepções de sobrecarga e de qualidade da relação diádica, relatadas pelos cuidadores. Além disso, a proporção de cuidadoras em cada contexto que indicou necessitar de cada tipo de apoio foi comparada usando o teste de Chi-quadrado.

Resultados

Sobrecarga

Os resultados em relação ao escore total da Escala de *Burden* de Zarit (ZBI) constam na Figura 3.

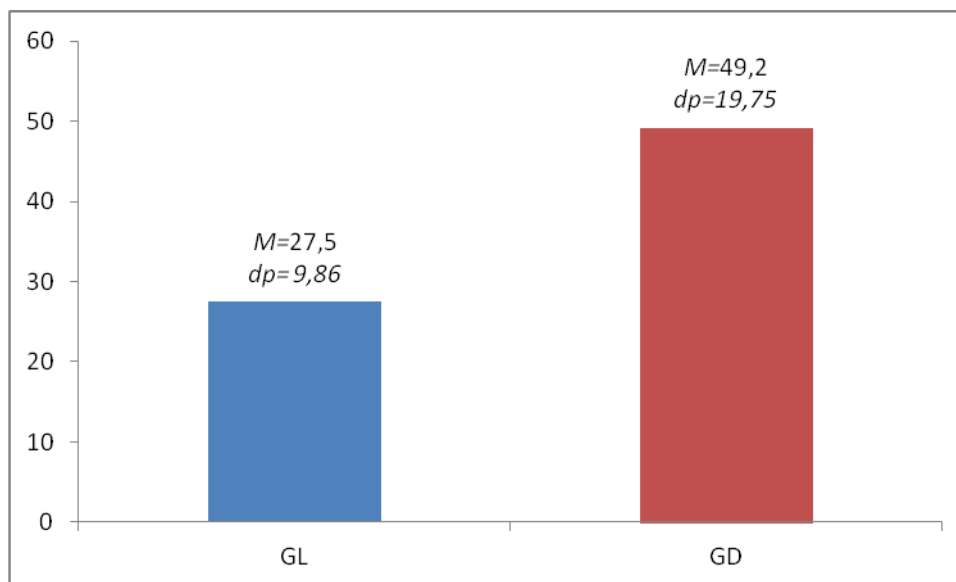


Figura 3. Sobrecarga média das cuidadoras de idosas com e sem demência.

De acordo com os resultados apresentados na Figura 3, observa-se que as cuidadoras de idosas com demência percebiam sua sobrecarga como sendo maior, quando comparadas às cuidadoras de idosas lúcidas. As cuidadoras do GL se encontravam, de acordo com a média ($M = 27,5$; $dp = 9,86$), na faixa de sobrecarga leve a moderada, já as cuidadoras do GD se encontravam, de acordo com a média ($M = 49,2$; $dp = 19,75$), na faixa de sobrecarga de moderada a severa, o que representa uma diferença estatisticamente significativa ($t(18) = 3,10$; $p = 0,006$) entre os grupos. Ou seja, cuidadoras que assistiam idosas com demência se percebiam como mais sobrecarregadas do que cuidadoras que assistiam idosas lúcidas.

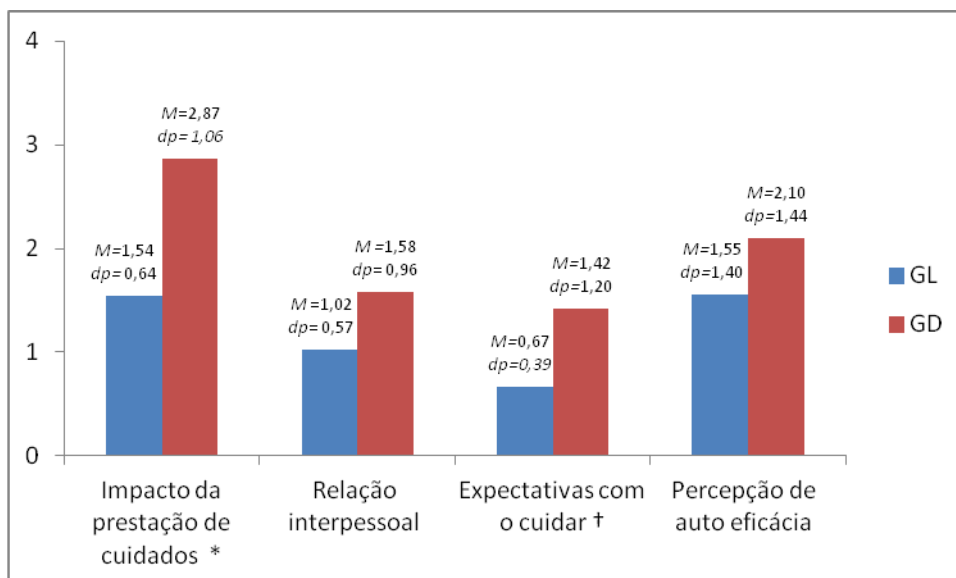


Figura 4. Médias das cuidadoras de idosas nas subescalas de sobrecarga.

*= $p < 0,05$, indicando diferença estatisticamente diferente significativa entre os grupos e † = $p < 0,10$, indicando tendência a diferença significativa entre os grupos.

Na Figura 4, observa-se que as cuidadoras que assistiam idosas com demência percebiam um maior impacto negativo em suas vidas, decorrentes dos cuidados prestados às idosas em comparação com as cuidadoras do GL, sendo esta diferença entre os grupos estatisticamente significativa ($t(18) = 3,40$; $p = 0,003$). Quanto às expectativas com o cuidar, que envolvem medos e receios do cuidador, principalmente quando pensam na sua capacidade de manter os cuidados no futuro, observa-se que as cuidadoras do GD tendiam a sentir-se mais preocupadas com a sustentabilidade dos cuidados oferecidos do que as cuidadoras do GL ($t(18) = 1,87$; $p = 0,078$). Para os fatores que envolviam dificuldades de relação interpessoal e percepção de auto eficácia, não houve diferença entre os grupos.

Qualidade da Relação

Na Figura 5, apresenta-se os resultados dos escores totais para as duas subescalas da *Escala de Qualidade da Relação Diádica*.

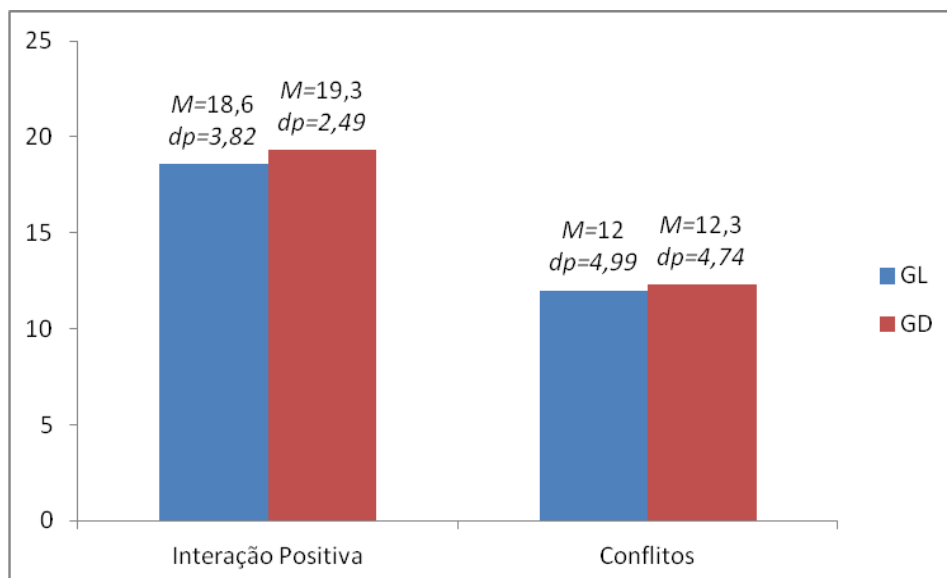


Figura 5. Escores totais médios para Interação Positiva e Conflitos, da Escala da Relação Diádica, das cuidadoras de idosas com e sem demência.

Observa-se, na Figura 5, que não há diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os grupos, quando se compara os escores totais referentes à interação positiva e aos conflitos que ocorriam no relacionamento da díade.

Habilidades sociais

Na Figura 6, observa-se que, no que diz respeito às classes de enfrentamento e autoafirmação com risco, auto afirmação na expressão de sentimento positivos, conversação e desenvoltura social e auto controle da agressividade, não houve diferença entre os grupos.

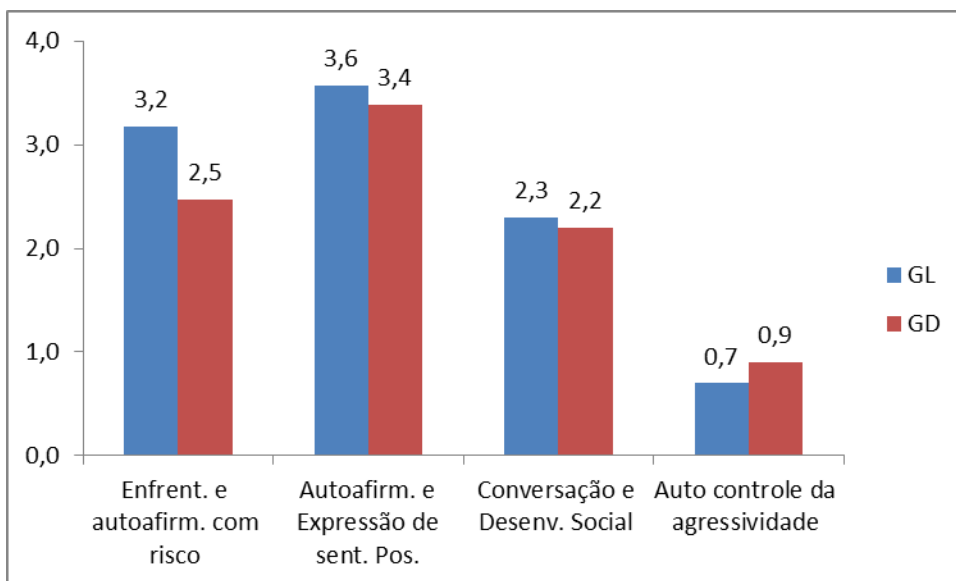


Figura 6. Escores médios das classes de habilidades sociais.

Observa-se na Figura 7 que nos ítems: pedir mudança de conduta, interromper a fala do outro, expressar desagrado a amigos, pedir ajuda a amigos e recusar pedido abusivo não houve diferença significativa entre os grupos. No entanto, no ítem lidar com críticas justas, houve uma tendência a diferença entre os grupos ($t(18) = 1,78; p = 0,091$).

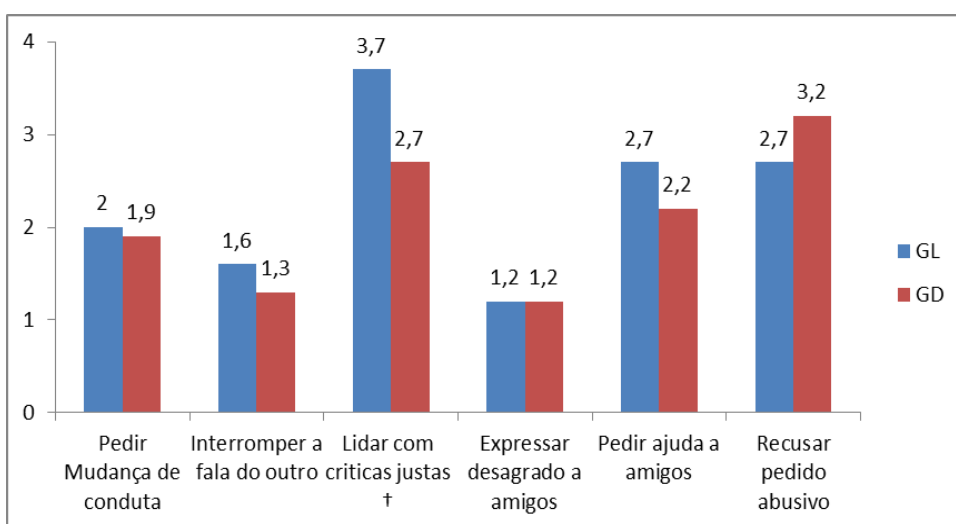


Figura 7. Escores Médios dos ítems de habilidades sociais que não pertenciam a nenhuma classe.

$t = p < 0,10$, indicando tendência a diferença significativa entre os grupos.

Estratégias de enfrentamento de estresse

Na Figura 8, observa-se que as cuidadoras do GD utilizavam com maior frequência estratégias de enfrentamento de estresse que envolvia autocontrole emocional, quando comparadas às cuidadoras do GL. Esta diferença se caracteriza como uma tendência ($t(18) = 2,01$; $p = 0,059$). Nos fatores de reavaliação positiva, suporte social, afastamento e resolução de problemas, não houve diferença significativa entre os grupos.

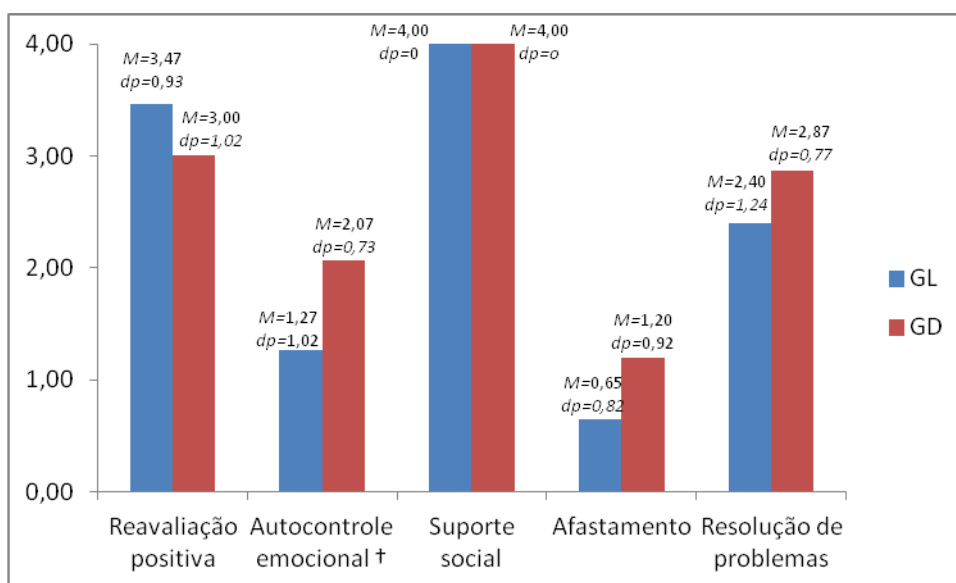


Figura 8. Escores médios para os fatores (compostos pelos itens usados neste estudo) da escala de estratégias de enfrentamento de estresse das cuidadoras de idosas com e sem demência.

† $p < 0,10$, indicando tendência a diferença significativa entre os grupos.

Relações entre diferentes habilidades psicológicas e o bem estar das cuidadoras

Além de comparar as diferentes habilidades por parte de cuidadoras em contextos diferentes, também é possível perceber a importância destas habilidades por meio do exame de relações entre a frequência relatada do uso destas habilidades e diferentes indicadores do bem estar das cuidadoras,

levando-se em consideração as cuidadoras dos dois grupos. Na Tabela 1, encontram-se as correlações entre a frequência relatada do uso das habilidades sociais e das estratégias de enfrentamento de estresse avaliados neste estudo e os índices de sobrecarga e de qualidade da relação (separado em subescalas de interação positiva e conflitos). Nota-se que há correlação negativa significativa muito forte ($r = 0,708; p < 0,01$) entre o fator 2 de HS – autoafirmação na expressão de sentimentos positivos – e relatos sobre a presença de conflitos entre as respondentes e a idosa. Ou seja, quanto maior a frequência com a qual as cuidadoras relatavam expressar seus sentimentos positivos, menos elas afirmaram existir conflitos na relação com as idosas que cuidavam. Outra correlação significativa que pode ser observada foi relativa à classe 5 de HS – auto controle da agressividade. Quanto maior a percepção de auto controle por parte da cuidadora, menor sua percepção de sobrecarga (escore total – $r = 0,473, p < 0,05$), menor a percepção do impacto negativo da prestação de cuidados na saúde física e mental do cuidador ($r = -0,503, p < 0,05$), como também a percepção do impacto em seus relacionamentos interpessoais ($r = -0,459, p < 0,05$).

Verifica-se, também, que quanto maior a frequência com a qual a cuidadora relatou utilizar a habilidade social de pedir mudança de conduta, maior sua percepção de auto eficácia ($r = 0,673, p < 0,001$) e menor a presença de conflitos na relação com a idosa ($r = -0,506, p < 0,05$). No que diz respeito ao item envolvendo lidar com críticas justas, observou-se uma correlação negativa com a percepção de auto eficácia ($r = -0,472, p < 0,05$), indicando que, se a cuidadora lidava com críticas justas com maior frequência, ela se percebia como tendo menor auto eficácia, o que talvez reflita uma

postura menos confiante perante críticas constantes. No que se refere a pedir ajuda de amigos, verifica-se que quanto mais frequentemente as cuidadoras pediram ajuda, menor era a percepção de conflitos com a idosa e menor suas expectativas envolvendo o cuidar da idosa (menor ansiedade sobre a continuidade do apoio para a idosa, no futuro). As cuidadoras que relatam pedir ajuda com maior frequência também tinham uma percepção mais positiva de sua auto eficácia nos cuidados realizados. No que diz respeito à habilidade social de recusar pedidos abusivos, nota-se que cuidadoras que relatavam utilizar essa estratégia com maior frequência tinham uma melhor interação positiva com a idosa pela qual eram responsáveis; quanto maior a capacidade da cuidadora de resolver problemas, maior sua percepção de auto eficácia e menor o número de conflitos na relação com a idosa.

No Fator 3 de estratégia de enfrentamento de estresse que se referia ao suporte social, todas as cuidadoras deram a mesma resposta. Este Fator foi constituído por apenas um item, que dizia: “rezo, peça ajuda a Deus”, todas as cuidadoras dos dois grupos relataram que sempre realizavam tal comportamento, fazendo com que este fator se tornasse uma constante e que não fosse possível realizar uma correlação com ele. Observou-se que todas as cuidadoras deste estudo usam da estratégia de enfrentamento chamada de *coping* religioso.

Tabela 1. Correlações entre os escores médios para os fatores das escalas reduzidas de habilidades sociais e de estratégias de enfrentamento de estresse, com sobrecarga e qualidade da relação diádica (N = 20).

	Sobrecarga				Qualidade da relação diádica		
	Sobrecarga Total	F1 Impacto da prestação de cuidados	F2 Impacto na relação interpessoal	F3 Expectativas com o cuidar	F4 Percepção de auto eficácia	Interação Positiva	Conflitos
HS-F1 Enfrentamento e autoafirmação	0,205	0,139	0,285	0,401	-0,145	0,030	0,181
HS-F2 Autoafirmação na expressão de sentimentos positivos	-0,395	-0,379	-0,343	-0,191	-0,215	0,228	-0,708(**)
HS-F3 Conversação e desenvoltura social	0,125	0,044	0,155	0,225	0,039	0,059	-0,011
HS-F5 Autocontrole da agressividade	-0,473(*)	-0,503(*)	-0,459(*)	0,217	0,040	0,232	0,339
Pedir mudança de conduta	-0,216	-0,338	-0,191	-0,209	0,673(**)	0,434	-0,506(*)
Interromper a fala do outro	0,062	0,018	0,027	-0,023	0,291	0,377	-0,009
Lidar com críticas justa	0,280	-0,211	-0,048	0,127	-0,472(*)	-0,172	0,062
Expressar desagrado a amigos	-0,174	0,319	0,086	0,094	0,321	0,309	-0,127
Pedir ajuda a amigos	-0,342	-0,340	-0,405	-0,483(*)	0,486(*)	0,424	-0,473(*)
Recusar pedido abusivo	0,223	0,142	0,274	0,088	0,424	0,782(**)	-0,241
EEE-F1 Reavaliação positiva	-0,357	-0,403	-0,352	-0,168	0,050	0,045	-0,408
EEE-F2 Autocontrole emocional	0,084	0,187	-0,062	-0,125	0,039	-0,105	0,218
EEE-F3 Suporte social	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>
EEE-F4 Afastamento	0,020	0,060	-0,046	-0,196	0,280	0,238	-0,046
EEE-F5 Resolução de problemas	-0,026	-0,044	-0,345	-0,122	0,683(**)	0,378	-0,609(**)

Notas * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$.

HS = Habilidades Sociais

EEE = Estratégia de enfrentamento de estresse

a = variável constante.

Necessidades

Verifica-se, na Figura 9, que grande parte das cuidadoras de ambos os grupos relataram ter necessidades não supridas, associadas às atividades de cuidar de um idoso. No que se refere a diferenças entre os grupos, há uma tendência à diferença nas necessidades de apoio e de serviços da comunidade. Uma proporção maior das cuidadoras de idosas com demência do que das cuidadoras assistindo idosas que possuíam somente comprometimento físico relataram necessitar de mais apoio de outras pessoas e de maior acesso a serviços da comunidade.

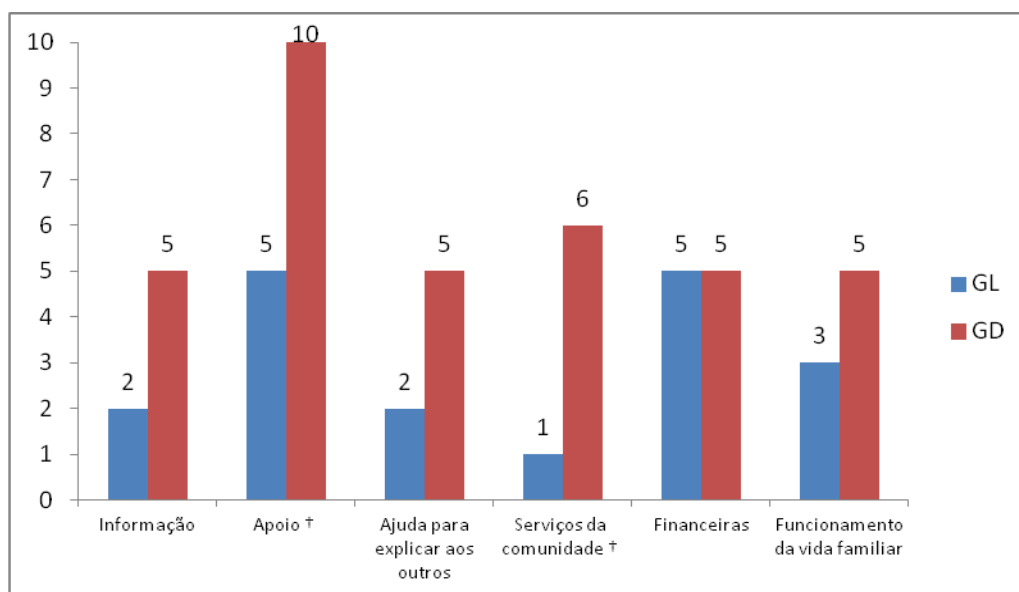


Figura 9. Número de cuidadoras do GL e GD que relataram ter necessidades decorrentes da função de cuidar de um idoso.

† $p < 0,10$, indicando tendência a diferença significativa entre os grupos.

É relevante apontar, também, a presença de diferença significativa no tempo de cuidados dos dois grupos, tendo o GD mais tempo de cuidados que o GL. No entanto, na realização da entrevista era questionado há quanto tempo as cuidadoras exerciam esse papel. No caso das cuidadoras de idosas com demência, normalmente elas respondiam o tempo que a idosa estava com

demência e não o tempo que a idosa estava acamada e totalmente dependente delas nas atividades da vida diária, podendo ser este número maior que o tempo de dependência total da idosa; esse fator possivelmente explica essa diferença significativa entre os dois grupos.

Discussão

Sobrecarga

A partir da análise dos resultados, foi possível observar que as cuidadoras que assistiam idosas acamadas e com demência, em comparação com cuidadoras que assistiam idosas acamadas e lúcidas relataram percepções de sobrecarga mais intensas, embora ambos os contextos fossem percebidos como causando sobrecarga. Quando se trata da percepção de sobrecarga, os dados obtidos no presente estudo não estão de acordo com os achados de Figueiredo e Sousa (2008), uma vez que no estudo desses autores, não foi encontrada diferença significativa entre esses dois grupos. No entanto, o estudo desses autores foi realizado em Portugal e a maioria dos cuidadores relatou ter um cuidador secundário pago que os ajudava nas atividades da vida diária, algo que se diferencia da realidade brasileira na qual foi feita a coleta de dados do presente estudo.

Embora o estudo de Figueiredo e Sousa (2008) não apresentasse diferença entre os dois grupos de cuidadores (cujos idosos apresentavam ou não demência) em relação à percepção de sobrecarga especificamente, houve diferença significativa entre os grupos em relação à percepção de bem estar relatado pelos cuidadores, pois os cuidadores de idosos com demência relataram com maior frequência que sentiram um forte impacto em sua saúde física e mental depois que passaram a exercer esse papel, indo de acordo com os dados encontrados no presente estudo. Mesmo existindo uma diferença significativa na percepção de sobrecarga em relação a cada contexto (GD versus GL) no presente estudo, quando se analisa a relação entre a frequência do uso de diferentes HS e EEE e a percepção de sobrecarga por parte das

cuidadoras de ambos os grupos, observa-se que as cuidadoras que relataram conseguir controlar reações agressivas com maior frequência relataram menor sobrecarga total, principalmente em função de perceber um menor impacto dos cuidados sobre seu bem estar e sobre a relação com o idoso. Além disso, várias formas de usar HS e a capacidade de resolução de problemas também estavam relacionadas com desfechos melhores em termos de algumas formas de sobrecarga, especialmente a percepção de auto eficácia.

Qualidade da relação

Ao analisar-se a qualidade da relação entre as cuidadoras e as idosas, nota-se que não houve diferença significativa entre as cuidadoras dos dois contextos (GD e GL), o que pode ser devido ao fato de que cuidar de uma idosa com acentuadas limitações físicas (acamada), por si só, têm fortes impactos sobre a vida do cuidador e, portanto, sobre as interações entre a cuidadora e a idosa. Cuidar de alguém acamado, com ou sem demência, requer se adaptar à necessidade de ajudar o idoso com alta frequência ao longo do dia e da noite, e de lidar com limites sobre sua capacidade de participar de atividades fora de casa.

Ao analisar a relação entre o uso de diferentes habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse por parte das cuidadoras de ambos os grupos e a qualidade da relação que tinham com sua parenta idosa acamada, foi possível perceber que cuidadoras que conseguiam recusar pedidos abusivos apresentavam uma interação mais positiva com a idosa. O uso de várias habilidades também contribuiu para evitar conflitos na relação entre a cuidadora e a idosa. Quanto maior sua capacidade de resolver problemas, de controlar suas reações agressivas, de pedir mudanças de

comportamento e de pedir ajuda a amigos, menor o número de conflitos presentes na relação com a idosa. Sendo assim, fica claro que o uso de algumas estratégias de enfrentamento de estresse e o desempenho de habilidades sociais melhora de maneira geral a qualidade das relações, indo de acordo com os achados de Del Prette e Del Prette (2006) e de Murta (2005).

HS e EEE nos dois contextos de cuidado

No que diz respeito às diferenças no relato do uso de habilidades sociais por parte das cuidadoras de cada contexto, as cuidadoras do GL relataram conseguir, com maior frequência, lidar com críticas justas, quando comparadas ao GD. Esse resultado pode ser devido ao fato de que a idosa lúcida consegue entender a situação e muitas vezes oferecer críticas construtivas ou até defender a cuidadora em possíveis conflitos familiares, o que não acontece com a idosa que apresenta demência. Esta pode, ao contrário, relatar situações que não se encontram em acordo com a realidade e agravar os problemas familiares.

Sendo assim, essas diferenças de HS entre o GD e o GL podem refletir, também, maiores dificuldades de interação com a própria idosa com demência. As implicações para intervenção ainda parecem apontar para a importância de ajudar o cuidador a conseguir mais apoio para reduzir a sobrecarga, como pode ser observado no presente estudo, uma vez que quanto mais as cuidadoras relataram pedir ajuda, menor era a percepção de conflitos com as idosas, menor suas expectativas negativas envolvendo o cuidar, e maior sua percepção de auto eficácia nos cuidados realizados.

Nesse sentido, como sugerem Dornelles (2010) e Faleiros (2009), deve-se levar em consideração que, ao aumentar ou modificar o uso de habilidades

sociais em cuidadores de idosos com demência, pode haver aumento de interações positivas com as pessoas de seu círculo social, bem como com o idoso, o que pode em parte compensar a dificuldade de lidar com o relacionamento com idosos com demência. O presente estudo confirma esses dados, uma vez que indicam uma relação muito forte entre a frequência com a qual as cuidadoras expressam seus sentimentos positivos e a menor presença de conflitos na relação com as idosas.

Ainda em relação às diferenças entre grupos, observou-se que cuidadoras do GD utilizaram com mais frequência EEE que envolviam autocontrole emocional, quando comparadas às cuidadoras do GL. Isto pode indicar que as cuidadoras do GD conseguem manter relações da mesma qualidade com seu parente idoso quanto à cuidadora do GL por meio de um esforço maior para controlar suas reações negativas perante o comportamento de seu parente com demência.

Assim como relatado por Simonetti e Ferreira (2008), é esperado que cuidadoras de idosos com demência apresentem estratégias de enfrentamento focadas na emoção, pois até o presente momento, não há como reverter o quadro de demência. Muitas vezes, levando-se em conta os conflitos familiares, ao não obter sucesso ao solicitar apoio social por parte da família, os cuidadores cessam os pedidos e assumem eles mesmos todas as responsabilidades referentes ao idoso. Por exemplo, no contexto de cuidar de um idoso com demência, as responsabilidades mais complexas ficam com o seu cuidador principal, tendo o idoso pouca capacidade de ajudar ou colaborar, uma vez que ele apresenta problemas cognitivos. Em vários momentos, o idoso pode ter uma percepção contra factual dos cuidados que recebeu (por

exemplo, não se lembrar de que almoçou e reclamar com outros filhos que não está sendo bem alimentado).

Nesse sentido, outros familiares que não participam desta rotina e não estão familiarizados com o dia-a-dia do idoso podem questionar as atitudes do cuidador principal, também levando o cuidador a precisar usar estratégias de enfrentamento focadas no controle de suas reações emocionais para lidar com momentos de desconfiança por parte de seus familiares. Em geral, diante das dificuldades do idoso com demência para modificar seu comportamento em comparação com um idoso lúcido, parece que cuidadores de idosos com demência precisam se valer de estratégias de enfrentamento de estresse focadas na emoção com maior frequência, quando comparado a cuidadores de idosos lúcidos. Sendo assim, por meio da comparação entre cuidadores em dois contextos com demandas físicas similares, mas com ou sem a presença de demência, foi possível detectar especificidades ligadas a cada contexto que podem fundamentar o desenvolvimento e avaliação de intervenções mais específicas para cada situação. À medida que as dificuldades das cuidadoras do GD realmente refletem problemas de interação com familiares, sendo estes de diferentes naturezas, como apontado por Santos e Rifiotis (2003), pode-se aproveitar os dados do presente estudo para direcionar intervenções em cuidadores de idosos com demência para ajudá-los a lidar melhor com as pessoas na sua rede de apoio familiar (social), ou para sensibilizar o grupo familiar, de forma geral, sobre as necessidades de apoio deste cuidador, como foi demonstrado por Dominguez Guedea *et. al.* (2009), no que diz respeito às necessidades de apoio por parte de cuidadores de idosos.

Necessidades de ajuda

Em relação à percepção do cuidador sobre os tipos de ajuda que necessita, é importante notar que as cuidadoras em ambos os contextos apresentaram similaridades quanto às necessidades em relação à informação, a questões financeiras, em como explicar aos outros sobre a doença e ao funcionamento da vida familiar. No entanto, as cuidadoras do GD relataram necessitar com mais frequência de apoio e de maior acesso a serviços da comunidade. Este resultado corrobora com o estudo de Dominguez Guedea *et al.* (2009), uma vez que estes autores afirmam que cuidadores de idosos com doenças crônicas (como no caso de idosos acamados e idosos com demência), necessitam de mais suporte social, de maneira geral. Nesse sentido, mesmo existindo algumas diferenças entre os dois contextos de cuidado examinados neste estudo, fica claro que todas as cuidadores precisavam de mais ajuda. As dúvidas, o cansaço e o isolamento social que afetam muitos cuidadores de idosos poderiam ser reduzidos com a oferta de mais recursos de apoio, desde que os cuidadores se sentissem confortáveis em pedir e usar estes apoios. Sendo assim, pode ser importante não somente investir na oferta de mais serviços, como também pensar sobre como ensinar aos cuidadores formas de melhor aproveitar sua rede de apoio formal e informal, que seriam relevantes para ambos os grupos estudados aqui e provavelmente para cuidadores de idosos, mais em geral.

Limitações do estudo

Ao falarmos das diferenças e similaridades entre grupos, cabe lembrar que havia um número relativamente pequeno de cuidadoras que atendiam aos critérios de inclusão para este estudo na cidade na qual o estudo foi realizado.

Assim, somente foi possível coletar dados com 20 cuidadoras, gerando uma limitação para a análise de dados. Se a amostra fosse maior, teríamos mais poder estatístico para comparar as diferenças entre os grupos; ou seja, é provável que alguns resultados que foram classificados como tendências se tornariam diferenças estatisticamente significativas, caso o número de participantes fosse maior. Mesmo assim, houve vários resultados estatisticamente significativos, o que parece indicar que existem algumas diferenças muito importantes entre estes dois contextos. Quando se considera a questão de HS e EEE por parte da amostra total de cuidadoras, nota-se, também, que a frequência do relato do uso destas habilidades está relacionada com a percepção de sobrecarga e da qualidade da relação entre o cuidador e o idoso, abrindo caminhos para intervenções futuras e para o desenvolvimento de medidas capazes de captar melhorias nestas capacidades, por parte dos cuidadores.

Além disso, ainda é preciso investigar o uso de habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse entre outros grupos de cuidadores de idosos com demência, como por exemplo, cuidadores do sexo masculino, esposas e cuidadores formais, para determinar se as relações identificadas neste estudo existem para outros subgrupos de cuidadores. Neste sentido, seria importante comparar os resultados obtidos com esta amostra com dados de outras amostras que diferem em relação aos fatores que podem influenciar na percepção de estresse entre cuidadores de idosos com demência (sexo, idade, nível educacional, nível socioeconômico, índice de desenvolvimento humano na cidade onde reside, entre outros) e assim, na necessidade e

possibilidade de usar diferentes estratégias de enfrentamento de estresse, bem como, o uso de diferentes habilidades sociais.

Além da questão da composição da amostra, é preciso refletir sobre a forma como se realizou a avaliação do uso de habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse, uma vez que os instrumentos foram utilizados de maneira parcial. Isso ocorreu porque os instrumentos completos são extensos e podem abordar assuntos íntimos, como relacionamento sexual ou conjugal, que não se inserem no objetivo do presente estudo. Em se tratando de uma primeira investigação sobre a relevância de examinar habilidades específicas por parte dos cuidadores, optou-se por manter o foco da coleta de dados sempre em comportamentos que poderiam fazer parte da relação entre a cuidadora e a idosa, pois se objetivou avaliar somente as habilidades referentes ao contexto de cuidar de um idoso em situação de dependência. Os itens foram selecionados de acordo com a experiência clínica da pesquisadora e de sua orientadora. Evidentemente, em pesquisas futuras, seria importante verificar o ponto de vista de cuidadores em relação às habilidades que eles consideram relevantes ao seu papel.

Contando com um instrumento adaptado para cuidadores de idosos, seria importante avaliar também a relação entre as demandas específicas que existem em cada contexto de cuidado, as habilidades e recursos de apoio usados pelos cuidadores e a sua percepção de sobrecarga, para melhor identificar habilidades e apoios que reduzam os impactos negativos desta tarefa para o cuidador, sendo possível assim, intervir com maior eficiência e propiciar um melhor relacionamento no contexto de cuidar de um idoso com demência.

Considerações finais

Segundo o modelo de estresse aplicado a cuidadores de idosos, apresentado por Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990), estes autores também salientam o grande impacto psicológico de dificuldades interpessoais que surgem no contexto de cuidar de um idoso. A agressividade, resistência ou falta de colaboração por parte do próprio idoso (por exemplo, quando o idoso fala em tom de crítica, recusa tomar remédios ou seguir outros tratamentos terapêuticos, ou insiste em fazer coisas que fazem mal para seu estado de saúde), uma tarefa que já é árdua por natureza, de oferecer cuidados constantes, se transforma em uma tarefa psicologicamente esgotante, porque nem oferecendo a ajuda que o outro precisa, o cuidador consegue o resultado desejado.

A princípio, existem duas formas principais de reduzir sobrecarga: modificando sua própria maneira de pensar, sentir ou agir perante as demandas do cuidado, ou envolvendo outras tecnologias e pessoas para reduzir seu próprio envolvimento ou para modificar a forma de lidar com os cuidados em si ou com a situação de cuidado. Por exemplo, quando um idoso está sujo, mas não quer tomar um banho, ou o cuidador descobre como induzir o idoso a colaborar com o processo de limpá-lo, ou o cuidador chama outras pessoas para ajudarem a pensar em como vencer os obstáculos, sem perder o bom humor. Em muitos casos, além da possibilidade de ajudar de forma prática, a presença de outras pessoas pode ajudar o cuidador a manter a calma, pensar em alternativas novas e a não exagerar a importância de um problema, evitando parte do sofrimento psicológico que a situação problemática

provoca no cuidador. Em ambos os casos – com ou sem a ajuda de outrem – o uso de habilidades sociais e de enfrentamento de estresse fará parte para lidar adequadamente com as demandas. Assim, este estudo traz uma contribuição nesta direção, permitindo verificar algumas habilidades que as cuidadoras usam, com resultados positivos, e a oportunidade de refletir sobre a possibilidade de um uso maior destas habilidades para combater normas sociais que tendem a deixar cuidadores de idosos, especialmente de idosos com demência, desamparados.

Referências

- Almeida, A. M., & Stroppa, A. (2009). Importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. *Espiritualidade & Saúde Mental*, 2, 2-6.
- Bandeira, M., Costa, M. N., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. & Gerk-Carneiro, E. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(2), 401-419.
- Bass, D. M., Clark, P. A., Looman, W. J., McCarthy, C. A., & Eckert, S. (2003). The Cleveland Alzheimer's managed care demonstration: Outcomes after 12 months of implementation. *Gerontologist*, 43(1), 73–85.
- Bottino, C. M., Carvalho, I. A., Alvarez, A. M., Avila, R., Zukauskas, P. R., Bustamante, S. E. Z., Andrade, F. C., Hotoian, S. R., Saffi, F. & Camargo, C. H. P. (2002). Cognitive rehabilitation in Alzheimer's disease patients: multidisciplinary team report. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1), 70-79.
- Bottino, C. M. C., Moreno, M. D. P. Q., Hotoian, S. R., Azevedo, J. R. D., Tatsch, M. F., Bazzarella, M. C. S., Folquitto, J. C., Moscoso, M. A., Vallada Filho, H. P., & Litvoc, J. (2005). Prevalence of dementia and MCI in São Paulo. *International Psychogeriatrics*, 17, 80.

Brasil (1999). *Política Nacional de Saúde do Idoso*, aprovada pela Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 237-E, 20-24, 13 dez. Seção 1.

Braz, A.C. (2010). *Avaliação do impacto de um programa de treinamento de habilidades sociais assertivas sobre o exercício e a compreensão de direitos na terceira idade*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

Brodaty, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 657–664.

Brucki, S. M. D. (1996). Mini-Exame do Estado Mental: influência da escolaridade sobre os escores total e subitens. *Review of Neurociences*, 4, 15-20.

Brucki, S. M. D. (2003). Sugestões para o uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiq*, 61, 777-781.

Canadian Aging Research Network (1993). *Work and Family Questionnaire – Coping Scale*. Autores: Guelph, ON, Canadá.

- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Cruz, M. N., & Hamdan, A. C. (2008). O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 223-229.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette Z. A. P., (2001). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette Z. A. P., (2006). *Habilidades Sociais: conceitos e campo teórico-prático*. Texto *on line*, disponibilizado em www.rihs.ufscar.br
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2007). *Psicologia das Relações Interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Vozes: Petrópolis, RJ.
- Dominguez Guedea, M. T., Damacena, F. A., Carbajal, M. M. M., Marcobich, P. O., Hernández, G. A., Lizárraga, L. V., & Flores, E. I. (2009) Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 242-249.

Dornelles, A. R. A. (2010). *Uma intervenção psicoeducativa com cuidadores de idosos com demência*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

Faleiros, D. A. M. (2009). *Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: efeitos de grupos psico-educacionais e suporte domiciliar individualizado*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

Feitosa, F. B., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Loureiro, S. R. (2011). Explorando Relações entre o comportamento social e o desempenho acadêmico em crianças, *Estudos e Pesquisa em Psicologia*. 11(2), 442-455.

Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008) Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 26(1), 15-24.

Figueiredo, M. L. F., Luzl, M. H. B. A., Britol, C. M. S., Sousa, S. N. S., & Silval, D. R. S. (2008) Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. *Revista brasileira de enfermagem*, 61(4), 464-469.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). *The Revised Ways of Coping*. San Francisco: University of California.

Fortes-Burgos, A. C. G, Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B., (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 21(1), 74-82.

Howell, D. C. (1987). *Statistical Methods for Psychology* (2ª ed.). Boston, Massachusetts, EUA: Duxbury Press.

Inouye, K., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. I. (2010). Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 1093-1099.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1991). The concept of coping. In: Monart, A., & Lazarus, R. S. *Stress and coping: an anthology*. 3th ed. New York: Columbia University Press.

Luzardo, A. R., Gorini, M. I. P. C., & da Silva, A. P. S. S. (2006). Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto - Enfermagem*, 15(4), 587-594.

- Machado, F. R. (2009). *Relações entre a qualidade do relacionamento conjugal e o desempenho social de crianças pequenas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.
- Matos, M. (2008). Teorias de gênero ou teorias e gênero? Se e como os estudos de gênero e feministas se transformaram em um campo novo para as ciências. *Revista Estudos Feministas*, 16(2), 333-357.
- Mendes, C. K. T. T., Moreira, M. A. S. P., Silva, L. M., & Silva, A. O. (2009). Avaliação das necessidades do idoso acamado na comunidade. In: 2º *Seminário Nacional de Diretrizes Para Enfermagem na Atenção Básica*, Recife. (Re) Construção de Cenários na Atenção Básica. Recife: ADALTECH, 144-148.
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 283-291.
- Neno, R. (2004). Spouse caregivers and the support they receive: a literature review. *Nursing Older People*, 16(5), p.14.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Editora Alínea: Campinas-SP, 2. Ed.

- Neri, A. L. (2006). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Editora Alínea: Campinas- SP, 2. Ed.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, M. A., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures, *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pereira, F. (1996). *As representações dos professores de Educação Especial e as necessidades das famílias*. Tese de Doutorado, Programa de Pós Graduação em Educação, Secretariado Nacional para Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, Portugal.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577–595.
- Pinto, M. F. (2009). Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta paulista de enfermagem*, 22(5), 652-657.
- Poulshock, S., & Deimling, G. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39, 230-239.

- Ramos, M. P. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.
- Rodrigues, S. L. A., Watanabe, H. A. W., & Derntl, A. M. (2006). A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 493-500.
- Santos, A. A., & Pavarini, S. C. I. (2010) Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(1), 115-122.
- Santos, S. M. A., & Rifiotis, T. (2003). Cuidados Familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre o cuidado e o papel dos conflitos na dinâmica da família cuidadora. In: Von Simson, O. R. M., Neri, A. L. & Cachioni, M. (Orgs.). *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas: Ed. Alínea.
- Sebern, M. D., & Whitlatch, C. J. (2007). Dyadic Relationship Scale: A measure of the impact of the provision and receipt of family care. *The Gerontologist*, 47(6), 741-751.
- Scazufca, M. (2002). Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 12-17.

- Simonetti, J. P., & Ferreira, J. C. (2008) Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 9-25.
- Sommerhalder, C., & Neri, A. L. (2006). Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. Em Neri, A.L. (Org). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. (2ª ed.). Alínea: Campinas, SP, p. 93-134.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. In: Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Orgs.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Taub, A., Andreoli, S. B. & Bertolucci, P. H. (2004). Dementia caregiver burden: Reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 372-376.
- Thomazatti, A. P. G., & Barham, E.J. (2010). Integrando medidas qualitativas e quantitativas para avaliar a qualidade do relacionamento mãe-idosa e filha-cuidadora. *XVII Congresso de Iniciação Científica*, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.
- Von Kanel, R., Dimsdale, J. E., Patterson, T. L. & Grant, I. (2003). Association of Negative Life Event Stress with Coagulation Activity in Elderly Alzheimer Caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 65, 145–150.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist, 20*(6), 649-55.

Zarit, S. H (1989). Do we need another "stress and caregiving" study? *The Gerontologist, 29*(2), 147-149.

ANEXOS



ANEXO A – Parecer do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br

<http://www.propq.ufscar.br>

Parecer Nº. 416/2011

Título do projeto: Comparando o bem estar psicológico e habilidades de cuidadores de idosos, com e sem demência

Área de conhecimento: 7.00 - Ciências Humanas / 7.07 - Psicologia

Pesquisador Responsável: FRANCINE NATHALIE FERRARESI RODRIGUES PINTO

Orientador: ELIZABETH JOAN BARHAM

CAAE: 0152.0.135.135-11

Processo número: 23112.002104/2011-65

Grupo: III


Conclusão

As pendências apontadas no Parecer nº. 365/2011 foram satisfatoriamente resolvidas. **Projeto aprovado.** Atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE– apondo sua assinatura na última página do referido Termo.
- O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE– apondo sua assinatura na última página do referido Termo.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta dada e ao término do estudo.

São Carlos, 18 de novembro de 2011.


Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
Coordenador do CEP/UFSCAR

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Comparando o Bem Estar Psicológico de Cuidadores de Idosos Dependentes com e sem demência**” que está sendo realizada por uma aluna do curso de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues Pinto, sob a orientação da Professora Dra. Elizabeth Joan Barham do Departamento de Psicologia da UFSCar.
2. Você foi selecionado por ser cuidador de um idoso em situação de dependência. Sua participação não é obrigatória.
3. A entrevistadora responsabiliza-se a dar um suporte emocional ou interromper a pesquisa caso seja necessário. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a instituição que você faz parte.
4. O objetivo deste estudo é avaliar a saúde de cuidadores de idosos, quanto a sua qualidade de vida e percepção de sobrecarga; verificar seu uso de algumas habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse e conhecer suas necessidades enquanto cuidador.
5. Sua participação nessa pesquisa consistirá em fornecer respostas às perguntas de uma entrevista, da melhor forma que lhe for possível.
6. Os riscos relacionados a essa pesquisa são mínimos, envolvendo talvez um possível desconforto do(a) entrevistado(a) caso sinta dificuldade para responder às perguntas. Os benefícios potenciais desta pesquisa envolvem a oportunidade de refletir sobre seu papel de cuidador de idoso e a forma como lida com esta responsabilidade.
7. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Seus dados serão identificados por um código, de forma a assegurar a sua privacidade. Todo material será guardado em sigilo, no Departamento de Psicologia da UFSCar.
8. Não haverá gastos de sua parte para a participação na pesquisa. E, também, não haverá pagamento para sua participação.
9. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do profissional, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Francine Náthalie F. R. Pinto
Psicóloga/ Mestranda em Psicologia
Departamento de Psicologia
Universidade Federal de São Carlos
Fone (16) 3413-7801

Elizabeth J. Barham
Pesquisadora responsável
Departamento de Psicologia
Universidade Federal de São Carlos
Fone (16) 3351-8361

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data:

Participante da pesquisa

ANEXO C – Inventário de Sobrecarga do Cuidador

NOME DO CUIDADOR:

NOME DO IDOSO:

NOME DO ENTREVISTADOR:

Data:

--	--	--

TOTAL DE PONTOS =

--

Escores	Interpretação
61-88	Sobrecarga severa
41-60	Moderada a severa sobrecarga
21-40	Leve a moderada sobrecarga
Menos 21	Ausência de sobrecarga ou sobrecarga mínima

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITO FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
1. Você sente que seu familiar pede mais ajuda do que ele (a) realmente precisa?	0	1	2	3	4
2. Você sente que não tem tempo para você devido ao tempo que dedica ao seu familiar?	0	1	2	3	4
3. Você se sente estressado dividindo-se entre tomar conta de seu familiar e assumindo suas responsabilidades para sua família ou trabalho?	0	1	2	3	4
4. Você se sente envergonhado com o comportamento de seu familiar?	0	1	2	3	4
5. Você se sente irritado quando está próximo de seu familiar?	0	1	2	3	4
6. Você sente que seu familiar frequentemente afeta negativamente seu relacionamento com outros membros da família ou amigos?	0	1	2	3	4
7. Você tem medo do que possa acontecer com seu familiar no futuro?	0	1	2	3	4
8. Você sente que seu familiar depende de você?	0	1	2	3	4
9. Você se sente estressado quando está próximo do seu familiar?	0	1	2	3	4
10. Você sente que sua saúde foi afetada devido à	0	1	2	3	4

sua dedicação?					
11. Você sente que não tem tanta privacidade quanto gostaria por causa do seu familiar?	0	1	2	3	4
12. Você sente que sua vida social foi prejudicada por causa dos cuidados com seu familiar?	0	1	2	3	4
13. Você se sente desconfortável em receber amigos em sua casa devido ao seu familiar?	0	1	2	3	4
14. Você sente que seu familiar espera que você cuide dele como se você fosse o único de quem ele pudesse depender?	0	1	2	3	4
15. Você sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de seu familiar, além de outras despesas?	0	1	2	3	4
16. Você sente que não vai ser mais capaz de cuidar de seu familiar?	0	1	2	3	4
17. Você sente que perdeu o controle de sua vida desde que seu familiar adoeceu?	0	1	2	3	4
18. Você gostaria de transferir o cuidado de seu familiar para outra pessoa?	0	1	2	3	4
19. Você se sente incerto/inseguro acerca do que fazer com seu familiar?	0	1	2	3	4
20. Você sente que deveria estar fazendo mais por seu familiar?	0	1	2	3	4
21. Você acha que poderia fazer um trabalho melhor no cuidado de seu familiar?	0	1	2	3	4
22. De maneira geral, o quão sobrecarregado você se sente cuidando de seu familiar?	0	1	2	3	4

ANEXO D – Escala de Relacionamento da Díade

Escala de Relacionamento da Díade – Tradução (Barham e Thomazatti, 2010, baseada na escala de Whitlatch *et al.*, 2007), versão do cuidador:

Nome do cuidador: _____

Data: ____/____/____

	Concordo plenamente (4 pontos)	Concordo (3 pontos)	Discordo (2 pontos)	Discordo plenamente (1 ponto)
1. Eu me sinto mais próximo dele/dela do que me sentia a algum tempo (antes da situação de cuidado), ou continuo me sentindo muito próximo (como antes).				
2. Eu aprendi boas coisas sobre mim.				
3. Eu tenho tido mais paciência do que eu tinha no passado ou continuo tendo muita paciência (como antes).				
4. Eu aprendi boas coisas sobre ele/ela.				
5. Eu aprendi boas coisas sobre outras pessoas.				
6. A comunicação entre nós melhorou ou continuou muito boa (como antes).				
7. Eu tenho me sentido nervoso com ele/ela.				
8. Eu tenho me sentido deprimido/deprimida quando tenho problemas com meu relacionamento (cuidador-idoso).				
9. Eu tenho me sentido ressentido/ressentida.				
10. Eu tenho me sentido tenso/tensa.				
11. S. (<i>nome da idosa</i>) faz muitos pedidos.				

Total Sub-escala interação positiva: _____

Total Sub-escala conflitos: _____

ANEXO E - Mini Exame do Estado Mental - MEEM**Paciente:** _____**Data de avaliação :** _____**Avaliador:** _____**SOMATÓRIA DOS PONTOS / NOTA DE CORTE SEGUNDO A ESCOLARIDADE:****Nota de corte:****Analfabetos** (se souber escrever o nome, mas não frequentou a escola) 18 pontos
1 a 3 anos de escolaridade 21 pontos ou
 mais

4 a 7 anos de escolaridade 24 pontos ou
 mais

8 anos ou mais 26 pontos ou
 mais
Pontuação máxima 30 pontos

Farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em cada um delas, dando sua melhor resposta.

- 1) Que dia da semana é hoje?
 - Se omitir siga continuamente até concluir as questões.
- 2) Que dia do mês é hoje?
- 3) Em que mês nós estamos?
- 4) Em que ano nós estamos?
- 5) Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada
 - Considere a variação de mais ou menos uma hora.
- 6) Em que local específico nós estamos?

- Pergunte apontando para o chão que local é este. Ex. consultório, dormitório, sala, quarto.
- 7) **Que local é este aqui?**
- Apontando ao redor em um sentido mais amplo, pergunte onde o local específico se insere. Ex. hospital, casa de repouso, própria casa.
- 8) **Qual é o endereço onde estamos?**
- Considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima.
- 9) **Em que cidade nós estamos?**
- 10) **Em que estado nós estamos?**
- 11) **Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida.**

Vaso Carro Tijolo

- Se houver erro, deve repetir as palavras até 5 vezes para o aprendizado e realização do item 13. Registre o número de tentativas:

12) *Quanto é 100 menos 7?*

- Depois da resposta, pergunte: **E 93 – 7?**
- E assim sucessivamente até completar as 5 subtrações.

a) $100 - 7$ (93) b) $93 - 7$ (86) c) $86 - 7$ (79) d) $79 - 7$ (72) e) $72 - 7$ (65)

13) **Quais foram as palavras que eu pedi para o(a) Sr(a). repetir agora há pouco?**

- Peça ao idoso para repetir as três palavras ditas no item 11;
- Anote as palavras lembradas, independente da seqüência em que foram ditas.

14) O que é isto?

Relógio
 Caneta.....

15) Eu vou dizer uma frase e DEPOIS QUE EU TERMINAR, quero que o Sr(a)
 repita:
 ▪ Apenas 1 tentativa

"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

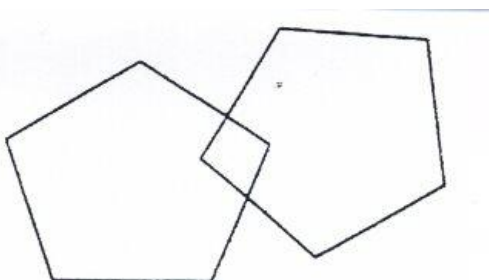
16) Eu darei 3 ordens e você só as realizará DEPOIS QUE EU TERMINAR DE
 FALAR:

Pegue o papel com sua mão direita
 Dobre-o ao meio
 Ponha-o no chão.....
 17) Leia e faça o que está escrito

"FECHE OS OLHOS"

18) Escreva uma frase:

19) Copie este desenho:



ANEXO F - Dados descritivos e levantamento de habilidades para cuidar de um idoso

Nome do Cuidador: _____

Idade: _____ Renda: _____

Escolaridade: _____ Vive com o idoso? _____

Se não, qual a proximidade que vive? _____

Há quanto tempo é cuidador? _____

Tem alguma doença? Qual(is)? _____

Já tinha antes de ser cuidador? _____

Agora eu vou enumerar alguns itens para você e eu gostaria que você me relatasse, com qual frequência elas ocorrem, se nunca ou raramente, com pouca frequência, regularmente, muito frequentemente ou sempre/ quase sempre.

ITENS	Nunca ou Raramente	Com pouca frequência	Regularmente	Muito Frequentemente	Sempre ou quase sempre
1. Quando um de meus familiares (filhos, irmão, sobrinhos ou cônjuge) ou um de meus amigos insiste em dizer o que eu devo fazer, contrariando o que penso, <u>acabo aceitando para evitar problemas.</u>					
2. Ao ser elogiado(a) sinceramente por alguém, <u>respondo-lhe agradecendo.</u>					
3. Em uma conversação, se uma pessoa me interrompe, <u>solicito que aguarde até eu encerrar o que estava dizendo.</u>					
4. Quando alguém faz algo que eu acho bom, mesmo que não seja diretamente a mim, <u>faço menção a isso, elogiando-o(a) na primeira oportunidade.</u>					
5. Mesmo junto a conhecidos, <u>encontro dificuldade em participar</u>					

<u>da conversação.</u>					
6. <u>Expresso sentimentos de carinho através de palavras e gestos</u> a meus familiares, amigos e colegas.					
7. Em uma reunião com várias pessoas, se uma delas faz uma afirmação incorreta, eu <u>exponho meu ponto de vista.</u>					
8. Se alguém me faz um elogio, <u>fico encabulado(a) sem saber o que dizer.</u>					
9. Quando um familiar ou pessoa próxima me critica injustamente, <u>expresso-lhe meu aborrecimento diretamente a ele.</u>					
10. Em um grupo de pessoas conhecidas, se não concordo com a maioria, <u>expresso verbalmente minha discordância.</u>					
11. Quando um de meus familiares, por algum motivo, me critica, <u>reajo de forma agressiva.</u>					
12. Ao receber uma mercadoria com defeito, <u>dirijo-me até a loja onde a comprei, exigindo a sua substituição.</u>					
13. Quando sou criticado de maneira direta e justa, <u>consigo me controlar admitindo meus erros ou explicando minha posição.</u>					
14. Se um(a) amigo(a) [ou familiar] abusa de minha boa vontade, <u>expresso-lhe diretamente meu desagrado.</u>					
15. Quando um de meus familiares (filhos, irmãos, cônjuge) ou amigo consegue alguma coisa importante pela qual se empenhou muito, <u>eu o</u>					

<u>elogio pelo seu sucesso.</u>					
16. Ao sentir que preciso de ajuda, <u>tenho facilidade em pedi-la</u> a alguém de meu círculo de amizades.					
17. <u>Concordo em fazer as tarefas que me pedem</u> e que não são da minha obrigação, mesmo sentindo um certo abuso nesses pedidos.					
18. Se estou sentindo-me bem (feliz), <u>expresso isso para as pessoas de meu círculo de amizades.</u>					
19. Tento ver o lado positivo da situação.					
20. Tento não exigir tanto de mim mesma.					
21. Falo para mim mesma que eu deveria dar menos importância a minhas responsabilidades familiares.					
22. Eu diminuo minhas exigências para com as atividades domésticas.					
23. Falo para mim mesma que as dificuldades que tenho para combinar família-trabalho poderiam ser piores.					
24. Rezo, peço a Deus ajuda.					
25. Tento pensar em outras coisas, me distrair e não dar tanta importância ao problema.					
26. Tento procurar sempre o lado positivo das coisas nas situações difíceis.					
27. Tento fugir de minhas responsabilidades (com a família e o trabalho) por algum tempo.					
28. Estruturo meu tempo muito cuidadosamente.					
29. Consigo com que as pessoas façam as coisas por si mesmas, sem depender de mim.					
30. Durmo tarde ou acordo					

cedo para ter as tarefas feitas.					
----------------------------------	--	--	--	--	--

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO

Sim Não

- 1- Maior informações sobre as causas/ consequências da doença.
- 2- Maior informação sobre a maneira de lidar como o idoso.
- 3- Maior informação sobre como desenvolver atividades que retardem o avanço da doença (estimulação cognitiva).
- 4- Maior informação sobre a maneira de falar com o idoso.
- 5- Maior informação sobre os serviços e os apoios que presentemente estão mais indicados para o idoso.
- 6- Necessito de maior informação sobre a maneira como a doença se desenvolve.

NECESSIDADES DE APOIO

Sim Não

- 1- Necessito de ter alguém da minha família com quem possa falar mais sobre os problemas que envolvem a doença do meu familiar.
- 2- Necessito de ter mais amigos com quem conversar.
- 3- Necessito de mais oportunidade para me encontrar com outros cuidadores.
- 4- Gostaria de me encontrar regularmente com um profissional (médico, psicólogo, assistente social) com quem possa falar sobre os problemas que envolvem a doença do meu familiar.
- 5- Necessito de mais tempo para mim.

EXPLICAR A OUTROS

Sim Não

- 1- Necessito de mais ajuda sobre como explicar a situação do meu familiar aos amigos.
- 2- Alguns outros familiares precisam de ajuda para compreender e aceitar melhor a situação do idoso.
- 3- Necessito de ajuda para saber como responder, quando amigos, vizinhos ou estranhos, me façam perguntas sobre a situação do idoso.

SERVIÇOS DA COMUNIDADE

Sim Não

- 1- Necessito de ajuda para encontrar um médico que me compreenda e compreenda as necessidades do meu familiar.
- 2- Necessito de ajuda para encontrar um serviço de apoio social e educativo para o meu familiar.

NECESSIDADES FINANCEIRAS

Sim Não

- 1- Necessito de maior ajuda no pagamento de despesas como: alimentação, cuidados médicos, transportes, ajudas técnicas.

FUNCIONAMENTO DA VIDA FAMILIAR

Sim Não

- 1- A nossa família necessita de ajuda para discutir problemas e encontrar soluções.
- 2- A nossa família necessita de ajuda para encontrar formas de, nos momentos difíceis, nos apoiarmos mutuamente.
- 3- A nossa família necessita de ajuda para decidir quem fará as tarefas domésticas, quem tomará conta do idoso e outras tarefas familiares.