

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



**RELAÇÕES ENTRE HABILIDADES METACOGNITIVAS, HABILIDADES
SOCIAIS, PLANOS E SAÚDE MENTAL EM CUIDADORES FAMILIARES QUE
ASSISTEM IDOSOS DEPENDENTES**

LETÍCIA ISAAC

São Carlos
Fevereiro de 2018

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



**RELAÇÕES ENTRE HABILIDADES METACOGNITIVAS, HABILIDADES
SOCIAIS, PLANOS E SAÚDE MENTAL EM CUIDADORES FAMILIARES QUE
ASSISTEM IDOSOS DEPENDENTES**

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. Pesquisa desenvolvida sob a orientação da Profa. Dra. Elizabeth Joan Barham.

São Carlos
Fevereiro de 2018



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Leticia Isaac
São Carlos, 20/03/2018

Elizabeth Joan Barham

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham (Orientadora e Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Braz
Universidade do Porto/UP

Monalisa Muniz Nascimento

Prof.^a Dr.^a Monalisa Muniz Nascimento
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Certifico que a sessão de defesa foi realizada com a participação à distância da **Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Braz** e, depois das arguições e deliberações realizadas, a participante à distância está de acordo com o conteúdo do parecer da comissão examinadora redigido no relatório de defesa da aluna Leticia Isaac.

Elizabeth Joan Barham

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 14h00 no dia 20/03/2018.

Comissão Julgadora:
Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham
Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Braz
Prof.^a Dr.^a Monalisa Muniz Nascimento

Homologada pela CPG-PPGpsi na
Reunião no dia ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Débora Holanda de Souza
Coordenadora do PPGpsi

Agradecimentos

A Deus, por me dar o dom de sonhar e lutar por meus objetivos.

À minha família, que todos os dias me ensina sobre amor e respeito. Agradeço aos meus pais que sempre foram modelos de acolhimento e empatia. Obrigada por me ensinarem a olhar a dor do outro e a importância de estarmos sempre unidos. Agradeço também às minhas irmãs, que sempre são as companhias mais presentes, mais alegres e mais verdadeiras. Obrigada por serem minhas melhores amigas e tornarem meus dias mais fáceis e divertidos. Amo o que somos!

À Lisa, que com sua compreensão e sensibilidade me orientou de forma doce e me fez atravessar esse caminho com mais confiança. Obrigada por todo ensinamento acadêmico e pessoal.

Às professoras Monalisa Muniz Nascimento, Vania Varoto, e Ana Carolina Braz pelas ricas arguições. Foi um prazer e um privilégio aprender com vocês.

Às professoras Larissa Andrade e Anielle Takahashi do Departamento de Fisioterapia da UFSCar; ao professor Riani Costa e à Reisa de Paula do LAFE da UNESP de Rio Claro; e à rádio Magnificat FM de Limeira que tanto me apoiaram e ajudaram a conseguir participantes para a pesquisa.

À Vanessita, que desde o primeiro mês deste mestrado foi companheira de pesquisa, de quarto, de risadas, de dificuldades e de histórias. Sem você esse caminho seria muito árduo. Muito obrigada por sempre se fazer presente e trazer leveza para esses dois anos.

A todos os amigos, que me apoiaram e tornaram meus dias mais alegres. Em especial, agradeço o apoio incondicional que sempre recebo das minhas amigas Bruna e Vivi. A amizade de vocês se tornou essencial na minha vida.

A todas as amigas que o PPGPsi me presenteou, vocês proporcionaram dois anos com experiências incríveis que pretendo levar pra vida toda.

A todos os meus amigos do NuLiAC, que me apoiaram e trouxeram tanta alegria para o meu dia a dia.

Aos cuidadores participantes, que ao me receberem com os corações abertos compartilharam suas histórias e tanto contribuíram para com essa pesquisa. Vocês foram o principal motivo de tanto esforço e trabalho.

Isaac, L. (2017). *Relações entre Habilidades Metacognitivas, Habilidades Sociais, Planos e Saúde Mental em Cuidadores que Assistem Idosos Dependentes* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. 79pp.

RESUMO

Muitas pessoas que assistem familiares idosos dependentes sentem dificuldades em reservar tempo para realizar atividades importantes para sua saúde mental. Nessa pesquisa, um modelo foi proposto, indicando habilidades que podem afetar a capacidade do cuidador em estabelecer planos que seriam importantes para sua saúde mental e bem-estar, tais como, habilidades metacognitivas (monitoramento e autorregulação), habilidades sociais, e habilidades de estabelecer metas realistas. Foram entrevistados 30 cuidadores familiares de idosos dependentes, sendo 28 mulheres e 2 homens, com idade média de 57,5 anos ($DP = 11,09$), concentrados nas classes sócio econômicas B e C e que residiam no interior do estado de São Paulo. Todos responderam aos seguintes instrumentos: perguntas abertas sobre o planejamento de ajustes na rotina de cuidados, Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos Familiares, um registro de Planos de Vida, Inventário de Sobrecarga de Zarit e Inventário de Depressão de Beck-II. Os resultados mostraram que os cuidadores constantemente monitoravam seu próprio estado sócio emocional e a saúde dos idosos. Para lidar com as demandas relacionadas ao contexto de cuidado, cerca de dois terços angariaram ajuda de familiares, amigos e profissionais. No entanto, lidar sozinho com demandas novas ou inesperadas de cuidado também foi uma estratégia relatada por metade dos cuidadores, e frequentemente foi a única estratégia que utilizavam. Em relação às habilidades sociais, os participantes apresentaram um repertório amplo, com habilidades mais fortes na área de expressividade afetiva. Mais da metade dos participantes relatou leve a moderada sobrecarga e sintomas depressivos. No que diz respeito aos seus planos para o futuro, os cuidadores mencionaram mais planos nas áreas de saúde e lazer. Foram desenvolvidas oito categorias para captar diferenças na qualidade dos planos. Os planos relatados com maior frequência envolviam a manutenção de atividades valorizadas, seguida por planos classificados como vagos, e depois planos realizáveis. Os escores em cada fator das medidas de habilidades sociais, sobrecarga e sintomas depressivos foram, então, correlacionados com o número de planos em cada uma das oito categorias. As habilidades de Comunicação Assertiva estavam positivamente relacionadas ao número de Planos Realizáveis registrados ($r = 0,38, p = 0,04$), o número de Planos Vagos estava positivamente relacionado a percepções de sobrecarga envolvendo Tensões Emocionais ($\rho = 0,39, p = 0,03$), enquanto o número de Planos em Fase de Viabilização estava negativamente relacionado a Tensões Emocionais ($\rho = -0,41, p = 0,02$). Assim, em consonância com o modelo proposto, neste estudo foram encontradas evidências iniciais que as habilidades metacognitivas e as habilidades sociais podem ser importantes no processo de estabelecimento de planos, o que, por sua vez, parece afetar a saúde mental dos cuidadores. Caso pesquisadores continuem a encontrar evidências compatíveis com este modelo, estes conceitos podem ser usados para desenvolver e avaliar intervenções para ajudar cuidadores com queixas de sobrecarga a aprimorarem o uso de habilidades que podem melhorar sua capacidade de elaborar planos exequíveis neste contexto, o que pode contribuir para diminuir a sensação de sobrecarga e a experiência de sintomas depressivos.

Palavras-chave: Cuidadores; Idosos; Planejamento; Metacognição; Habilidades Sociais

Isaac, L. (2017). *Relationships among Metacognitive Abilities, Social Skills, Future Plans and Mental Health among Caregivers who Assist Dependent, Elderly Family Members* (Master's Thesis). Graduate Program in Psychology, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. 79pp.

ABSTRACT

Many people who assist their dependent elderly relatives have trouble finding the time and energy for activities that are important for their mental health. In this study, a model was proposed to indicate skills that may affect a caregiver's ability to establish plans that are important to their mental health and well-being, such as metacognitive skills (monitoring and self-regulation), social skills, and the ability to establish viable goals. Interviews were conducted with 30 caregivers, including 28 women and 2 men, with an average age of 57.5 years ($SD = 11.09$), concentrated in socioeconomic classes B and C, and who resided in the interior of the state of São Paulo. The participants responded to the following instruments: open questions about planning adjustments in care routines, Social Skills Inventory for Caregivers of Elderly Family Members, a Life Plans register, Zarit Burden Interview, and Beck Depression Inventory II. The results showed that caregivers own socioemotional wellbeing and the elderly person's health were constantly monitored by the caregivers. To handle demands related to the caregiving context, about two-thirds of the caregivers enlisted the help of family members, friends, and professionals. However, half of the caregivers reported managing new or unexpected demands on their own, and this was often their only strategy. With respect to their social skills, the caregivers reported having a good repertory of skills, with their greatest strength being affective expression. More than half of the participants reported light to moderate perceptions of burden and depressive symptoms. In terms of their plans for the future, the caregivers mentioned more plans related to health and leisure activities. Eight categories were developed to capture differences in the quality of the plans. Plans for the maintenance of valued activities were most frequently mentioned, followed by plans that were classified as vague, and then viable plans. Scores for each factor of the social skills, burden and depressive symptoms measures were then correlated with the number of plans in each of the eight categories. Assertive Communication skills were positively related with the number of Viable Plans ($r = .38, p = .04$), the number of Vague Plans was positively related with perceptions of burden involving Emotional Tensions ($\rho = .39, p = .03$), while the number of Plans being Implemented was negatively related to Emotional Strains ($\rho = -.41, p = .02$). Thus, in consonance with the proposed model, in this study, there is some initial evidence that metacognitive abilities and social skills may be important in the process of constructing viable plans for the future, which, in turn, seem to affect caregivers' mental health. If researchers continue to find evidence in support of this model, these concepts can be used to develop and evaluate interventions to help caregivers make better use of skills that can improve their ability to construct viable plans, which may contribute to reducing perceptions of burden and the experience of depressive symptoms.

Keywords: Caregivers; Elderly; Planning; Metacognition; Social Skills

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
A importância das habilidades metacognitivas para construir e realizar planos.....	14
A importância das habilidades sociais para construir planos.....	16
Um modelo da relação entre habilidades, planos de vida e saúde mental	19
OBJETIVOS.....	20
MÉTODO.....	20
Tipo de pesquisa.....	20
Participantes	21
Recrutamento	24
Local de coleta de dados	24
Instrumentos	25
Considerações éticas	28
Procedimento.....	28
Análise de Dados.....	29
RESULTADOS	30
Descrição do uso de habilidades metacognitivas para ajustar a rotina de cuidados	30
Descrição dos planos de vida dos cuidadores	38
Descrição das habilidades sociais, percepção de sobrecarga e o número de sintomas de depressão	43
Relações entre o número de planos e habilidades sociais, percepção de sobrecarga e o número de sintomas de depressão	46
DISCUSSÃO.....	48
Descrição dos planos de vida dos cuidadores	52
Descrição das habilidades sociais, percepção de sobrecarga e o número de sintomas de depressão	55
Relação entre as habilidades sociais e o número de planos	57
Relação entre o número de planos e indicadores de sobrecarga e depressão.....	58
Limitações do estudo.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	62
Anexo A	69
Anexo B.....	70
Anexo C.....	74
Anexo D	77

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Modelo de Isaac e Barham, sobre habilidades usadas no processo contínuo de construção e execução de planos, para favorecer a saúde mental e o bem-estar. (T1 = planos elaborados e executados em um primeiro momento, Tempo1; Tn = planos elaborados ao longo do tempo, em momentos posteriores).	20
<i>Figura 2.</i> Monitoramento: "O que te leva a refletir sobre suas ações no contexto familiar?" .	32
<i>Figura 3.</i> Levantamento de estratégias para lidar com problemas - "O que você faz para encontrar formas de resolver os problemas que aparecem no contexto familiar?"	34
<i>Figura 4.</i> Dividir tarefas extras – “Em uma situação em que surge uma tarefa extra no contexto de sua família (levar o idoso ao médico, levar o carro no mecânico), o que é feito para decidir quem fará essa tarefa?”	36
<i>Figura 5.</i> Mudança de envolvimento para manter o cuidado – “Em algum momento você julgou necessário redefinir suas prioridades em relação à sua família? Dê exemplos”	38
<i>Figura 6.</i> Número médio de planos de curto e médio prazo, considerando todas as áreas investigadas.	39
<i>Figura 7.</i> Número de planos, por categoria.	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Características Sociodemográficas dos Cuidadores (N = 30)</i>	23
Tabela 2. <i>Monitoramento: “O que te leva a refletir sobre suas ações no contexto familiar?”</i>	31
Tabela 3. <i>Levantamento de Estratégias para Resolver Problemas: “O que você faz para encontrar formas de resolver os problemas que aparecem no contexto familiar?”</i>	33
Tabela 4. <i>Estratégias para dividir tarefas extras – “Em uma situação em que surge uma tarefa extra no contexto de sua família (levar o idoso ao médico, levar o carro no mecânico), o que é feito para decidir quem fará essa tarefa?”</i>	35
Tabela 5. <i>Mudança de envolvimento para manter o cuidado – “Em algum momento você julgou necessário redefinir suas prioridades em relação à sua família?”</i>	37
Tabela 6. <i>Número Médio de Planos de Curto e Médio Prazo, por Área, e Número de Pessoas que não Registraram Planos de Curto e Médio Prazo, por Área (N=30)</i>	40
Tabela 7. <i>Descrição das Categorias de Exequibilidade dos Planos de Vida</i>	42
Tabela 8. <i>Porcentagem de Cuidadores com Escores em Cada Nível de Sobrecarga e de Depressão</i>	44
Tabela 9. <i>Valores Descritivos – Inventário de Habilidades Sociais do Cuidador de Idoso e Inventário de Sobrecarga de Zarit e do Inventário de Depressão de Beck II</i>	45
Tabela 10. <i>Relações entre o Número de Planos, por Tipo de Plano, e Habilidades Sociais do Cuidador, Percepções de Sobrecarga e Sintomas Depressivos</i>	48

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa, na qual existe alta prevalência de doenças crônicas e degenerativas incapacitantes, em conjunto com a redução no tamanho das famílias, tornam cada vez maior a probabilidade de um adulto passar por uma fase de sua vida em que precisará assistir um familiar idoso que seja dependente de cuidado em tempo integral (Pinto & Barham, 2014). Por questões de expectativas culturais (valorização do vínculo familiar), limitados recursos financeiros para obter ajuda, e tendo em vista que os serviços públicos não são suficientes para suprir essa demanda, geralmente os familiares assumem o papel de cuidador principal (Neri, 2014). Tomomitsu, Perracini e Neri (2013) ressaltam que “a família é reconhecida como o *locus* privilegiado da prestação de cuidados materiais, instrumentais e emocionais aos idosos que deles necessitam”.

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2003) institui como obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar com absoluta prioridade ao idoso, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. No Brasil, no entanto, a garantia desses direitos e do cuidado ao idoso permanece majoritariamente nas mãos de familiares (Bauab & Emmel, 2014). Embora estejam previstos em lei, são escassas as políticas e programas do Estado para orientação e apoio do cuidador familiar (Camarano & Melo, 2010). Dessa forma, a família acaba assumindo um ônus financeiro e prático muito grande, sendo que, geralmente, a maior parte da responsabilidade para o acompanhamento do idoso é assumido por um único membro dessa família (Perracini & Neri, 2012), passando essa função a ser prioridade na vida dessa pessoa.

A função do cuidador de idoso é descrita na Classificação Brasileira de Ocupações como a atividade de “cuidar de idosos a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoa, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (Ministério do Trabalho, 2016). Tendo em vista a diversidade das atividades envolvidas nessa função, variações entre idosos, alterações ao longo do tempo nos níveis de dependência do idoso, além das diferenças no envolvimento efetivo de cada cuidador, mesmo diante de demandas similares, e da possibilidade de ser apenas um cuidador ou uma equipe de pessoas, não é simples delimitar quem é o cuidador de idoso (C. R. Ferreira, Isaac & Ximenes, 2018). Neri (2014) aponta que encontramos na literatura classificações para essa função de acordo com o grau de responsabilidade e nível de envolvimento, e de acordo com o tipo ou motivo do envolvimento. O grau de responsabilidade e nível de envolvimento, segundo a pesquisadora, é classificado em cuidador primário, secundário ou terciário, ou seja, de acordo com quem desempenha mais atividades de cuidado ou passa mais tempo exercendo a função. A classificação por tipo ou motivo do envolvimento sustenta a distinção entre o cuidador formal e o informal, sendo o primeiro uma pessoa paga para cuidar do idoso e o segundo não (sendo, geralmente, um familiar ou amigo próximo).

A decisão para assumir as responsabilidades como cuidador principal é complexa. Perracini e Neri (2012) apontam que essa decisão decorre de quatro principais fatores: parentesco, gênero, proximidade física (viver junto ou próximo ao idoso) e proximidade afetiva. Braz e Ciosak (2009) citam ainda, que essa decisão é assumida levando em consideração conformismo, medo da perda desse familiar, compromisso, compaixão, imposição dos outros membros da família, podendo ser até uma imposição feita pelo próprio idoso. C. R. Ferreira et al. (2018) apontam que, independente da classificação ou do recorte que é realizado para definir esse cuidador, o que se encontra na literatura são amostras

majoritariamente compostas por mulheres. Com base em uma metanálise, Pinquart e Sorensen (2003) indicaram que, além da maioria dos cuidadores serem mulheres, elas trabalham mais horas e exercem mais atividades de cuidado que os homens que são cuidadores. Dessa forma, as mulheres tendem a perceber o cuidar de idosos como mais oneroso e apresentam mais sintomas depressivos, quando comparadas aos cuidadores que são homens.

Em todos os casos, tanto para as mulheres quanto para os homens, o acompanhamento de um idoso dependente pode provocar uma sensação de sobrecarga, por modificar consideravelmente a vida do cuidador (Taub, Andreoli, & Bertolucci, 2004; Seima & Lenardt, 2011), tornando-o vulnerável a desenvolver problemas de saúde físicos e emocionais (Tomomitsu et al., 2013). Pinquart e Sörensen (2003) apontam que cuidadores familiares têm apresentado mais sintomas de depressão e uma percepção de autoeficácia e bem-estar mais baixa do que membros familiares não cuidadores. Neri (2014) ressalta que a ausência de apoio formal e informal faz com que essa população fique mais suscetível a doenças, a estados emocionais negativos e a desorganização de sua vida pessoal. Por isso, é de extrema importância que cuidadores recebam assistência do sistema de saúde e da comunidade e que esses promovam programas que os ajudem a adaptar-se a essa nova rotina, sem ter que anular suas próprias necessidades de vida (C. R. Ferreira, Queluz, Ximenez, Isaac, & Barham, 2017; Seima & Lenardt, 2011).

O papel de cuidador de um idoso pode surgir tão gradativamente que é reconhecido pelo familiar apenas quando a debilidade já se encontra instalada e a dependência começa a requerer um envolvimento significativo (Faleiros, 2009). A transição para esse papel envolve um período de instabilidade e incertezas, quando o familiar precisa compreender a doença e suas implicações, aprender novas habilidades e responsabilidades, além de lidar com dúvidas quanto à evolução da doença (Ducharme et al., 2011). Além disso, ainda não é comum que adultos jovens ou de meia-idade preparem-se para o futuro, prevendo seu envolvimento no

papel de cuidador de idoso da mesma forma como se planejam para ter filhos (Dornelles, 2010). Dessa forma, via de regra, não há um preparo adequado para assumir essa responsabilidade e o (re) planejamento para lidar com a situação, já em curso, pode ser muito difícil.

Diante da dependência do idoso, espera-se que familiares adaptem suas rotinas para assumirem atividades importantes de cuidado, tornando-as prioridade. No entanto, pode ser muito difícil assumir estas responsabilidades, quando precisam conciliá-las com outros envolvimento significativos (Lorenzini, 2014). De acordo com Ducharme (2011), assumir esse papel requer conciliá-lo com outras funções e atividades de grande importância, tais como criar filhos, manter um relacionamento conjugal e prover sustento financeiro para as pessoas que convivem. Quando não há oportunidade de discussão e planejamento adequado, outras áreas também importantes da vida do cuidador (atividades para cuidar de sua própria saúde, manutenção de laços com amigos e outros familiares, execução de tarefas de trabalho, e um mínimo de tempo para lazer) acabam em segundo plano e negligenciadas (Nunes, 2015; Seima & Lenardt, 2011).

A baixa frequência de envolvimento em atividades importantes ou prazerosas pode estar associada a percepções negativas da situação (sobrecarga e insatisfação) e a quadros de depressão (H. G. Ferreira & Barham, 2011). O replanejamento de vida e a reestruturação de tempo de um cuidador que apresenta sinais de problemas de saúde mental tornam-se então importantes para seu bem-estar físico e resiliência psicológica. Esse replanejamento é igualmente importante para a qualidade do cuidado. Uma reflexão sobre e uma reformulação de rotinas podem ajudar o cuidador a reservar tempo para realizar atividades de interesse pessoal, mas isto exige pensar ativamente em estratégias para aproveitar esses momentos de forma positiva, sem reduzir a qualidade do cuidado e da relação com o idoso. Desta forma, levanta-se a hipótese que cuidadores que fazem maior uso de habilidades que contribuem para

(a) refletir sobre suas próprias necessidades e as do idoso, (b) (re)organizar seu tempo para melhor suprir estas necessidades, (c) interagir com outras pessoas para obter apoio prático e emocional, (d) de forma que seja possível estabelecer e cumprir planos realizáveis, podem diminuir a probabilidade de sofrerem problemas de saúde mental (por exemplo, percepções de sobrecarga e sintomas depressivos) e aumentar seu bem-estar e a qualidade da assistência oferecida ao idoso cuidado.

Mumford, Schulz e Van Doorn (2001) descreveram planejamento enquanto uma habilidade geral que requer habilidades mais específicas, as quais podem ser treinadas a fim de ajudar pessoas a conceber, refinar e colocar seus planos em prática. Assim, planejar seria uma habilidade que ajuda o indivíduo a estabelecer metas, escolher estratégias de ação e avaliar resultados obtidos. De acordo com Zanelli et al. (2010), planejar requer pensar antecipadamente os passos, porém também requer estar sempre aberto à possibilidade de refazer o caminho ou redirecioná-lo. Assim, planejar não é um processo estanque, podendo a todo o momento requerer ser ajustado.

Nunes (2015) desenvolveu um programa de intervenção em planejamento para pessoas em fase de pré-aposentadoria, com o intuito de promover uma reflexão, em contexto grupal, a respeito de expectativas, estratégias e planejamento nas mais diversas áreas de suas vidas. Com base nestas reflexões, durante a intervenção, os participantes elaboraram um plano de vida para curto e médio prazo. Nunes observou melhora na qualidade dos planos de vida elaborados no final do programa de intervenção, em comparação com os planos registrados antes do início do programa, além de melhora nas habilidades sociais dos participantes. A pesquisadora argumenta que, a habilidade de planejar é importante para definir objetivos alcançáveis e que sejam significativos para o indivíduo. Segundo ela, planejar com sucesso requer uma reflexão sobre interesses e desejos e sobre as reais condições e oportunidades disponíveis para a concretização do plano.

Embora a transição para a aposentadoria apresente uma demanda explícita e ampla para reorganizar o uso do tempo, cuidadores de idosos também precisam continuamente modificar sua rotina, a depender do envolvimento no cuidado, ao longo do tempo. Alterações no estado de saúde do idoso, o surgimento de novos desafios na função, e mudanças no contexto de vida do próprio cuidador criam demandas para (re)planejamento. Assim, promover uma reflexão adequada do que é desejável e possível realizar, torna-se importante para que o planejamento de atividades seja eficaz e favoreça a satisfação das necessidades físicas, sociais e cognitivas do cuidador e demais pessoas envolvidas no contexto.

A importância das habilidades metacognitivas para construir e realizar planos

Na literatura sobre planejamento, é possível notar a importância de habilidades para identificar e avaliar necessidades (ou seja, monitorar a situação), bem como, para mudar rotinas, a fim de atender estas necessidades ou lidar melhor com os problemas (ou que requer a modificação ou regulação de comportamentos em curso). As habilidades de automonitoramento e autorregulação são tão importantes, que já foram descritas em diversas áreas da psicologia com tradições distintas de pesquisa, tais como habilidades metacognitivas, baseada nos pressupostos da Psicologia Cognitiva, enquanto exemplos de habilidades controladas pelas funções executivas, segundo a literatura da área de Neuropsicologia (segundo Corso, Sperb, Jou, & Salles, 2013), e também, como habilidades que permitem o uso de habilidades interpessoais, na literatura sobre Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2011). No presente estudo, utilizamos esses constructos conforme as definições da literatura da área de metacognição.

Com base em uma revisão de literatura na área de metacognição, Pascualon-Araújo, (2015) historiou a construção dos modelos teóricos nos quais foram usados os termos automonitoramento e autorregulação. Segundo Pascualon-Araújo, em 1979, Flavell foi o primeiro pesquisador a usar o termo metacognição, dizendo que a metacognição diz respeito

ao conhecimento que se tem dos próprios pensamentos e processos cognitivos. Esta autora relatou que Flavell descreveu automonitoramento como envolvendo a avaliação e o julgamento do indivíduo sobre se seu desempenho em uma determinada tarefa está sendo satisfatória ou não, de acordo com critérios estabelecidos por ele mesmo ou por outras pessoas. Quando a pessoa determina que seu desempenho é insatisfatório, ela pode usar processos de autorregulação para tentar identificar e passar a usar estratégias mais eficazes no desempenho da tarefa (Corso et al., 2013; Ribeiro, 2003). Embora a maior parte dos estudos na área de metacognição foi desenvolvida com alunos escolares ou universitários, França (2017) elaborou um instrumento para averiguar o uso das habilidades metacognitivas de monitoramento e autorregulação na população idosa. No entanto, quando se trata de cuidadores de idosos, ainda não há literatura específica para essa população.

França explica que as habilidades metacognitivas são importantes para a comunicação oral de informações, atenção, memória, resolução de problemas, cognição social e diversos tipos de autocontrole e autoinstrução, entre outras. Ainda de acordo com o pesquisador, mecanismos reguladores são utilizados para coordenar e controlar a aprendizagem de uma tarefa nova e a solução de dificuldades. Assim, estas habilidades são importantes para planejar ações, ajustar estratégias para alcançar determinado objetivo, prever as consequências, verificar os resultados das ações adotadas e avaliar as estratégias empregadas.

De acordo com Pascualon (2011), as habilidades metacognitivas são usadas quando cada pessoa avalia a eficácia de seu próprio desempenho em uma atividade e, portanto, se atingirá ou não os objetivos previamente estabelecidos por ela mesma. A pesquisadora afirma que a utilização de habilidades metacognitivas em diferentes esferas da vida proporcionaria benefícios para o indivíduo, uma vez que ele precisa ser capaz de perceber quando está utilizando metas inapropriadas ou estratégias ineficazes. Desta forma, para que o cuidador modifique a rotina de cuidados, o monitoramento do bem-estar do idoso e de si próprio é

importante, permitindo notar dificuldades que existem na situação inicial e, posteriormente, verificar se a mudança introduzida resulta em uma situação mais adequada, em algum aspecto. A fim de introduzir mudanças, as habilidades de autorregulação também são necessárias, para escolher e adotar novas estratégias mais eficazes, as quais precisam ser compatíveis com as necessidades e interesses do idoso, do cuidador e demais pessoas envolvidas nesse contexto.

A importância das habilidades sociais para construir planos

Somadas às habilidades de monitoramento e autorregulação, parece que as habilidades sociais também seriam essenciais tanto no planejamento quanto na execução de planos, por requererem combinar mudanças de rotinas nas interações com outras pessoas (Nunes, 2015). A condição de dependência 24 horas por dia e sete dias por semana por parte do idoso dependente faz com que o envolvimento de outras pessoas seja essencial para que o cuidador principal possa realizar algumas atividades sem a presença do idoso (por exemplo, quando é difícil incluir o idoso para fazer compras, ir ao dentista ou médico, entre outras atividades fora de casa). Para tanto, é necessário que se estabeleçam e se mantenham relações positivas tanto da parte do cuidador quanto do idoso, para com as pessoas que ajudam (familiares, amigos, pessoas remuneradas) durante a ausência do cuidador principal. Dessa forma, as habilidades sociais também se fazem importantes nesse contexto, principalmente as classes de habilidades sociais conhecidas como empatia, expressão de sentimentos positivos, controle da agressividade (especialmente quando envolver um idoso em declínio cognitivo, que costuma apresentar comportamentos de difícil manejo), entre outras (Pinto, Barham, & Del Prette, 2016).

As habilidades sociais, segundo Del Prette e Del Prette (2011) se referem a “diferentes classes de respostas do repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais” (p. 31). No geral, é necessário encontrar formas de agir

que, além de permitirem realizar a atividade prevista, contemplem as necessidades e interesses de todas as partes, sem magoar ou constranger as pessoas (Pinto et al., 2016). Algumas dessas habilidades consistem em iniciar uma conversa de forma positiva, conseguir dizer não, fazer críticas construtivas, dar elogios, pedir ajuda, entre outras.

Del Prette e Del Prette (2017) expõem que uma pessoa socialmente competente é aquela que: (a) é capaz de alcançar objetivos que requerem interações com outras pessoas, (b) faz uma leitura adequada do ambiente social, sabendo identificar o desempenho esperado, valorizado e efetivo para manter ou melhorar sua relação com o outro, (c) age de forma a manter a auto-estima de todos, (d) divide de forma igualitária o poder de tomar decisões, direcionar ações e se beneficiar dos resultados das atividades conjuntas, e (e) se comporta de forma ética com as pessoas direta e indiretamente envolvidas na interação. Estes autores pontuam, ainda, que as interações sociais são complexas, uma vez que é preciso levar em consideração não apenas as necessidades e interesses pessoais das pessoas envolvidas, mas também a dimensão situacional e cultural em que as interações acontecem. Desse modo, nota-se a importância de olhar para o contexto social em que as relações interpessoais estão acontecendo, como, por exemplo, o contexto de cuidar de um familiar idoso dependente. Para o cuidador, a vida familiar pode ser fonte de satisfação ou de conflitos, uma vez que se estrutura em diferentes tipos de relações com uma diversidade ampla de demandas interpessoais.

No momento, as pesquisas sobre o uso de habilidades sociais no contexto de cuidado, especificamente com idosos, é muito escassa e, portanto, é preciso maior investigação para que se compreendam as particularidades das relações nesse contexto (Pinto et al. 2016). Pinto e colaboradores (2016) ressaltam, no entanto, que o uso dessas habilidades está relacionado com uma maior qualidade da relação entre o cuidador e o idoso cuidado. Neste sentido, Pinto (2012) constatou que cuidadoras de idosas acamadas relatavam menor conflito com a familiar

idosos quando possuíam um repertório maior de habilidades sociais para recusar pedidos abusivos, resolver problemas, controlar reações agressivas, pedir mudanças de comportamento e pedir ajuda aos amigos.

De acordo com Del Prette e Del Prette (2011), pessoas que conseguem ser socialmente competentes em suas relações interpessoais geralmente relatam uma vida satisfatória, com boa saúde física e psicológica. Os autores afirmam que o oposto também acontece, ou seja, pessoas que não conseguem usar habilidades sociais para completar tarefas com outras pessoas e manter a qualidade destes relacionamentos, geralmente reportam uma qualidade de vida pior, com conflitos e dificuldades interpessoais. Ademais, alguns estudiosos indicam que o treino das habilidades sociais diminui a percepção de sobrecarga entre cuidadores (Robinson, 1988; Faleiros, 2009; Pinto & Barham, 2014; Pinto et al., 2016). De forma similar, em um estudo com cuidadores familiares de pacientes psiquiátricos, Bandeira et al. (2014) apontaram que os baixos escores de assertividade dos cuidadores (dificuldade de relacionamento entre paciente e cuidador e dificuldade em conseguir apoio social) estavam associados a uma maior percepção de sobrecarga, reafirmando a necessidade de treinamento dessas habilidades para os familiares cuidadores. Dessa forma, espera-se que o uso de habilidades sociais, específicos ao contexto de cuidado, possa gerar ganhos para a vida dos indivíduos envolvidos.

Dividir os cuidados, mesmo que esporadicamente, permitindo momentos de lazer (incluindo momentos em que a pessoa cuidada não esteja envolvida) e autocuidado por parte do cuidador, pode aumentar a sua qualidade de vida, que conseqüentemente refletirá na qualidade dos cuidados que ofereça ao idoso. Portanto, o cuidador que consegue acionar ajuda de familiares e amigos para pensar sobre a rotina de cuidados e para estabelecer estratégias que atendam as demandas de todos, consegue assegurar maior apoio social e relações interpessoais mais positivas.

Um modelo da relação entre habilidades, planos de vida e saúde mental

O preparo de um plano começa quando se quer realizar uma atividade futura que não faz parte de sua rotina atual, ou efetuar uma mudança na sua rotina de vida, a fim de se manter saudável física e psicologicamente. Muitas vezes, ter sucesso em realizar a atividade ou em modificar rotinas requer que o cuidador combine atividades com outras pessoas. Assim, é proposto nesse trabalho que, em um primeiro momento (Tempo 1, ou T_1), o cuidador use suas habilidades metacognitivas para notar que a situação atual poderia ser melhor (via um processo de monitoramento) e escolha estratégias para modificar a situação (sozinho, ou com a ajuda de outras pessoas). Caso o cuidador queira um período de descanso do cuidado ou a presença maior de outras pessoas no seu convívio, precisará conversar com as pessoas com as quais depende para apoio prático, emocional ou financeiro (familiares, amigos, e outras pessoas que possam estar envolvidas na rotina de cuidados do idoso). Durante estas conversas, cuidadores com boas habilidades sociais seriam capazes de explicar as dificuldades que sentem, ouvir as opiniões dos demais e levar em conta estas informações na construção de possíveis soluções, fazendo sugestões, entre outros. Como resultado, talvez seja capaz de construir, em conjunto com os demais, planos que melhor contemplem suas principais necessidades e as do idoso, e que sejam aceitáveis a todos, além de exequíveis. Tendo em vista que, para quem acompanha uma pessoa idosa com problemas de saúde, necessidades novas surgem, essas reflexões e reconstruções serão recorrentes, ocorrendo em diferentes momentos, ao longo do tempo ($T_2, T_3...T_n$), a fim de readequar planos e rotinas. A possível contribuição de diferentes habilidades para o preparo e realização de planos para manter um nível de bem-estar adequado está ilustrada na Figura 1.

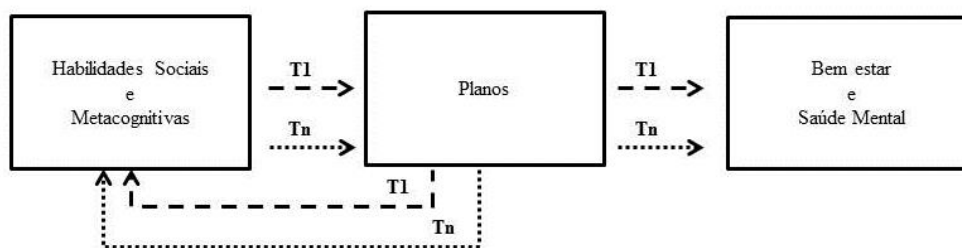


Figura 1. Modelo de Isaac e Barham, sobre habilidades usadas no processo contínuo de construção e execução de planos, para favorecer a saúde mental e o bem-estar. (T1 = planos elaborados e executados em um primeiro momento, Tempo1; Tn = planos elaborados ao longo do tempo, em momentos posteriores).

OBJETIVOS

Esta pesquisa tem como objetivo geral investigar habilidades metacognitivas e sociais que afetam a capacidade do cuidador familiar de um idoso dependente em estabelecer planos que contribuam para o seu bem-estar. Para tanto, enquanto objetivos específicos, pretendeu-se: (a) verificar o uso de habilidades automonitoramento e autoregulação (habilidades metacognitivas) para ajustar a rotina de cuidados; (b) avaliar os planos dos cuidadores, de curto e médio prazo, em sete diferentes esferas de suas vidas; (c) analisar o uso de habilidades sociais, a percepção de sobrecarga e o número de sintomas de depressão; (d) examinar a relação entre o número de planos, habilidades sociais, percepção de sobrecarga e o número de sintomas de depressão.

MÉTODO

Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de levantamento das necessidades da população-alvo. De acordo com Cozby (2003), em uma pesquisa de levantamento são utilizados instrumentos e entrevistas aplicados diretamente à população em questão, para que falem sobre si mesmas, suas crenças, características e comportamentos acerca do problema

estudado. Segundo Cozby, esse método permite ao pesquisador estudar relações entre variáveis e mudanças de atitudes e comportamentos, no decorrer do tempo.

Participantes

Participaram da pesquisa 30 cuidadores de idosos dependentes das cidades de São Carlos, Rio Claro e Limeira. Os critérios de inclusão estabelecidos foram que os participantes: se identificassem como cuidadores familiares de idosos dependentes, de ambos os sexos e que estivessem envolvidos na atividade de cuidado por pelo menos seis meses.

A dependência dos idosos foi verificada usando o Índice de Katz para as Atividades de Vida Diária e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer, descritos na seção de Instrumentos. Para a dependência em atividades básicas diárias (se alimentar, cuidar da higiene, andar pela casa, levantar e sentar sozinho, controlar os esfíncteres), treze idosos foram classificados como apresentando dependência total, seis como dependentes parciais e 11 sem dependência para estas atividades. No entanto, 29 dos idosos foram classificados como dependentes de cuidados instrumentais da vida diária (preparar uma refeição, lavar roupas, fazer compras, etc.) segundo os escores obtidos no Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer. Um idoso não foi classificado como dependente segundo os escores obtidos nestes instrumentos, que atentam apenas para a necessidade de ajuda com atividades práticas. Neste caso, existia uma forte dependência psicológica por parte da parente idosa, que não conseguia ficar sozinha por medo, adicionado a um alerta médico de risco muito grande de queda. A dependência dos idosos estava relacionada a diversas condições de saúde limitantes, tais como a doença de Alzheimer, Acidente Vascular Encefálico, lesão cerebral devido a um acidente, Esclerose, lesão muscular, Osteopenia, entre outras fragilidades.

Quanto à classificação do cuidador, não foi estabelecido como critério de inclusão no estudo ser um cuidador informal ou formal ou ser um cuidador primário ou secundário,

apenas que fosse familiar desse idoso. No entanto a maioria (29 cuidadores) eram cuidadores informais, ou seja, não recebiam nenhum pagamento para exercer essa função. A única cuidadora paga, neta do familiar idoso, estava recebendo um valor, uma vez que tanto ela quanto os demais familiares necessitavam trabalhar para ter uma fonte de renda. A neta não teria condições de exercer essa função e sustentar sua filha, caso a família não a pagasse.

As características sociodemográficas dos participantes estão descritas na Tabela 1. Em sua maioria, os cuidadores foram do sexo feminino, casados e filhos do familiar cuidado. Os participantes se concentraram nas classes sociais B e C, sendo famílias de classe média e classe baixa. A idade média dos participantes foi de 57,5 anos ($DP = 11,09$), sendo que quatorze cuidadores estavam com mais de 60 anos de idade, e os participantes se encontravam nessa função de cuidador, em média, há cerca de quatro anos ($M = 49,2$ meses; $DP = 38,05$).

Tabela 1.

Características Sociodemográficas dos Cuidadores (N = 30)

Característica	N
Sexo	
Feminino	28
Masculino	2
Estado Civil	
Casada	22
Solteira	4
Divorciada	4
Nível Educacional	
Até 3 ^a Série ¹ do Ensino Fundamental	5
4a. Série do Ensino Fundamental	6
Ensino Fundamental completo	6
Ensino Médio completo	5
Ensino Superior completo	8
Parentesco com o Idoso	
Filho (a)	18
Neto (a)	1
Cônjuge	9
Outro	2
Classe Social	
A	3
B	15
C	11
D	1
Cidade	
Limeira	13
São Carlos	13
Rio Claro	4

¹ A terceira série equivale, atualmente, ao quarto ano do Ensino Fundamental.

Recrutamento

Os serviços de atendimento público, específicos para cuidadores de idosos, são escassos. Muitos cuidadores passam a maior parte de seu tempo na sua residência, com a pessoa idosa. Portanto, é um desafio recrutar cuidadores que assistem familiares idosos e dependentes, para participarem de um estudo. A fim de encontrar um total de 30 cuidadores que pudessem participar da presente pesquisa, foi necessário usar diversas estratégias de recrutamento, listadas abaixo. Quando a primeira estratégia foi esgotada (ou seja, não foi mais possível encontrar participantes), a próxima estratégia foi usada e assim sucessivamente. Portanto, algumas estratégias foram usadas em alguns municípios e outras não, conforme indicado. Cuidadores das cidades de São Carlos, Rio Claro e Limeira, que atendiam aos critérios de inclusão, foram convidados a participar da pesquisa das seguintes maneiras:

- Contato telefônico a cuidadores registrados em banco de dados da Unidade de Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos;
- Abordagem pessoal a cuidadores que acompanhavam seus familiares idosos para o Grupo de Demência, oferecido como parte da Ação de Fisioterapia em Geriatria junto à linha de Geriatria e Gerontologia da USE;
- Abordagem pessoal a cuidadores participantes das atividades físicas do Laboratório de Atividades Física e Envelhecimento (LAFE) da Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”
- Abordagem pessoal a cuidadores frequentadores das reuniões da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz) do município de São Carlos;
- Anúncio em rádio educativa local da cidade de Limeira.

Local de coleta de dados

As coletas foram realizadas na Unidade de Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos em uma sala de atendimentos disponibilizada para a coleta, no Laboratório de

Educação Física da Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho” de Rio Claro e na residência dos participantes que não podiam se locomover até esses lugares. Todas as coletas realizadas em Limeira aconteceram na residência dos participantes.

Instrumentos

Inventário de Habilidades Sociais do Cuidador de Idoso Familiar. Este inventário, em fase final de validação (Queluz, Barham, Del Prette, & Santos, 2017), foi elaborado com base no Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001) em conjunto com os resultados de entrevistas com cuidadores de idosos, idosos e profissionais da área de Gerontologia sobre contextos em que usam habilidades sociais (Pinto, Barham, & Del Prette, 2016). Este inventário tem por objetivo identificar o repertório de habilidades sociais do cuidador, no contexto de cuidado de um familiar idoso. O instrumento possui 24 itens, que se agrupam em três fatores. Um exemplo de um dos 10 itens do primeiro fator, Expressividade Afetiva ($\alpha = 0,872$), é “Quando algum familiar faz algo que eu acho bom para o nosso parente idoso, eu o elogio na primeira oportunidade”. Para o segundo fator, Comunicação Assertiva (10 itens, $\alpha = 0,792$), um dos itens é, “Quando não concordo com a opinião de meus familiares, digo o que penso, sem gerar tensões”. O terceiro fator, Busca de Formação ou Informação (4 itens, $\alpha = 0,602$), inclui o item, “Antes de decidir como agir, peço a opinião de outras pessoas sobre a melhor forma de cuidar de meu parente idoso”. As opções de respostas são: *Nunca* (1 ponto), *De vez em quando* (2 pontos), *Muitas vezes* (3 pontos), *Sempre* (4 pontos). Quanto maior a pontuação, maior o repertório de habilidades sociais relatado do cuidador.

Entrevista de Burden de Zarit. A percepção de sobrecarga do cuidador foi medida por meio do *Zarit Burden Interview* (ZBI), desenvolvido por Zarit, Orr e Zarit, em 1985. Ele é composto por 22 questões que permitem avaliar a percepção de sobrecarga de acordo com os seguintes fatores: “Tensões referentes ao papel” (10 itens, $\alpha = 0,828$), “Tensões

intrapíquicas” (7 itens, $\alpha = 0,717$), e “Competências e expectativas” (5 itens, $\alpha = 0,715$) (Bianchi, Flesch, Alves, Batistoni, & Neri, 2016). As respostas para cada item são graduadas de 0 a 4, de acordo com a intensidade de sobrecarga percebida pelo cuidador. As categorias para interpretação do escore total são: de 0 a 21 pontos, ausência de sobrecarga; 21 a 40 pontos, sobrecarga leve a moderada; 41 a 60 pontos, sobrecarga moderada a severa e 61 a 88 pontos, sobrecarga severa. O escore total no ZBI correlacionou-se positivamente com demandas de cuidados objetivas ($p < 0,001$), depressão ($p = 0,006$) e uso de estratégias de enfrentamento disfuncionais ($p = 0,0007$) (Bianchi, Flesch, Alves, Batistoni, & Neri, 2016). A aplicação desse instrumento indica cuidadores que estejam em risco de desenvolver transtornos físicos e psicológicos e, portanto, indica a necessidade de cuidados profissionais.

Inventário de Depressão de Beck. O *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II, de Beck, Steer, & Brown, 1996) é um instrumento de autorrelato composto por 21 itens de múltipla escolha, para se obter uma medida da intensidade de sintomas depressivos do respondente. O inventário é usado para investigar emoções, mudanças comportamentais e sintomas físicos. As respostas são quantificadas em uma escala de 4 pontos de intensidade (0 a 3), e o escore total pode variar de 0 a 63, onde uma pontuação mais alta indica maior gravidade de depressão. A interpretação deve ser feita de forma que a pontuação 0 a 9 indique ausência de depressão; 10 a 16, estado de depressão leve a moderada; 17 a 29, estado de depressão moderada a grave; e 30 a 63, estado de depressão severa. Tendo em vista que uma parte significativa dos participantes estava com mais de 60 anos, vale ressaltar que Segal, Coolidge, Cahill e O’Riley (2008) demonstraram que o BDI-II é um instrumento de excelente validade diagnóstica, tal como no caso de jovens adultos.

Perguntas abertas sobre o planejamento de ajustes na rotina de cuidados. Foram desenvolvidas oito perguntas abertas a fim de identificar o uso, por parte dessa população, de algumas habilidades que podem ajudar no planejamento de ajustes na rotina de cuidados.

Essas questões visaram principalmente identificar a capacidade do cuidador: (a) monitorar se as medidas usadas no cuidado do idoso estão sendo adequadas para suprir as necessidades do idoso (sob sua visão e sob a visão das demais pessoas envolvidas nesse contexto) e para manter sua própria saúde mental e bem-estar; (b) autorregular seu comportamento, a fim de introduzir mudanças positivas e mais eficazes na rotina via: levantamento de estratégias com outras pessoas, divisão de tarefas com outras pessoas e redefinição de prioridades (Anexo A).

Planos de Vida. Após uma revisão de instrumentos brasileiros para registro de planos de vida e o exame das limitações destes, identificou-se o instrumento, desenvolvido por Nunes (2015), , “Registro de Planos de Vida para Aposentadoria”, para intervenção com pessoas em período de pré-aposentadoria. Esse instrumento permite uma reflexão e a descrição por parte dos respondentes sobre planos de vida para curto (nos próximos dois anos) e médio prazo (a serem realizados em um horizonte de dois a cinco anos), em oito áreas: profissão/ocupação, desenvolvimento pessoal, situação financeira, saúde física, relacionamentos sociais, relacionamentos familiares, lazer e atividades culturais, e “outros”. Pretendeu-se, com as devidas modificações para a população de cuidadores de idosos dependentes, por meio de entrevista, obter informações para compreender os desejos, metas, lacunas de atividades e necessidades dessa população (Anexo B).

Escala de Atividades Básicas da Vida Diária de Katz. Esta escala é utilizada para avaliar a dependência de uma pessoa alvo, com base em sua capacidade de executar, sem ajuda, seis atividades: vestir-se, lavar-se, utilizar o banheiro, movimentar-se, controlar evacuações e alimentar-se. Este instrumento pode ser respondido pela pessoa alvo, quando não sofre de demência, bem como, pela pessoa responsável por assistir-lhe. O escore total pode variar entre zero e seis pontos, sendo que um escore entre zero e dois pontos significa dependência importante, de três a quatro pontos indica dependência parcial e entre cinco e seis pontos representa que o idoso não precisa de ajuda com as atividades básicas da vida

diária (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963). Este instrumento foi adaptado para uso no Brasil por Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro e Buksman (2008), obtendo excelentes índices de confiabilidade interna ($\alpha = 0,92$) e estabilidade (duas avaliações separadas por uma semana), com *kappa* ponderada de 0,91.

Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer. Este questionário, composto por 10 itens, é usado para avaliar o grau de dependência da pessoa alvo na execução de atividades instrumentais da vida diária (por ex., lidar com dinheiro, preparar comida, acompanhar notícias). Este instrumento pode ser respondido pela pessoa alvo, quando não sofre de demência, bem como, pela pessoa responsável por assistí-lo. Para cada atividade, o cuidador pode marcar: *o idoso faz a atividade normalmente*, ou, *nunca fez, mas poderia fazê-lo* (0 pontos); *faz com dificuldade*, ou, *nunca o fez, mas agora teria dificuldade* (1 ponto); *o idoso necessita de ajuda para realizar a atividade* (2 pontos) ou *não é capaz* (3 pontos), produzindo escores totais que podem variar entre 0 e 30 pontos. Um escore total igual ou maior a cinco pontos caracteriza o idoso como dependente em atividades funcionais (Pfeffer, Kurosaki, Harrah, Chance, & Filos, 1982).

Considerações éticas

Pesquisa aceita pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (parecer número 1.579.821, Anexo C), conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Procedimento

Foram realizados encontros individuais com cada participante para aplicação dos instrumentos. Os encontros tiveram duração de 1 a 2 horas. Na maioria dos casos, foi necessário realizar mais de um encontro, uma média de 2 encontros, para que todos os instrumentos fossem devidamente aplicados.

A coleta de dados foi realizada via entrevista. Os registros eram realizados pela pesquisadora conforme relato dos participantes. Inicialmente, foi sempre lido em voz alto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo D), para cada participante. Os cuidadores que aceitaram participar assinaram duas vias do TCLE, uma para si e outra para o pesquisador.

Após assinarem o TCLE, primeiramente, foi solicitado aos participantes que respondessem à *Escala de Atividades Básicas da Vida Diária de Katz* e ao *Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer*, para verificar a dependência do idoso. Em seguida, foi solicitado que respondessem aos instrumentos de *Inventário de Sobrecarga de Zarit*, o *BDI-II* e o *Inventário de Habilidades Sociais Para Cuidadores de Idosos*. Depois, responderem às perguntas abertas sobre o monitoramento e regulação de demandas de cuidado e, por fim, foi aplicado o instrumento de Planos de Vida, pedindo que os cuidadores falassem sobre suas expectativas e metas para curto e médio prazo em cada uma das áreas.

Análise de Dados

Para as respostas obtidas no questionário *Perguntas abertas sobre planejamento de ajustes na rotina de cuidados*, foram analisados os conteúdos que envolviam os conceitos de monitoramento e autorregulação. As respostas foram categorizadas e contabilizadas. O conteúdo de algumas respostas, envolvendo mais de uma ideia, permitia que elas fossem consideradas em mais de uma categoria, podendo então ser contabilizadas mais de uma vez.

Para análise das respostas dadas pelos cuidadores ao instrumento *Planos de Vida*, foram realizadas análises quantitativas e qualitativas. As seguintes informações foram contabilizadas: (a) número de planos de curto prazo em cada uma das áreas; (b) número de planos de médio prazo por cada uma das áreas; (c) número de pessoas sem planos (ausência de planos) de curto prazo, por área; (d) número de pessoas sem planos (ausência de planos) de médio prazo, por área; (e) número total de planos de curto prazo; (f) número total de planos

de médio prazo; (g) número de pessoas sem planos (ausência de planos) de curto prazo, em cada uma das áreas; (h) número de pessoas sem planos (ausência de planos) de médio prazo, em cada uma das áreas; (i) número total de planos (de curto e médio prazo), por área; (j) número de planos de curto prazo, na categoria “outros”; (l) número de planos de médio prazo, na categoria “outros”. Os planos também foram classificados em categorias (descritas nos resultados) para examinar diferenças em relação à exequibilidade, ao detalhamento e à fase de implementação destes.

Os escores nos instrumentos psicométricos foram inseridos em planilhas do *Statistical Package for the Social Sciences* e analisados usando métodos de estatística descritiva (média, desvio padrão, mediana, valor mínimo, valor máximo). Também foram analisados quanto à normalidade da distribuição de escores, considerando as distribuições como paramétricas quando o índice de assimetria estava no intervalo de -1 e +1, o índice de curtose no intervalo de -3 e +3 (Dancey & Reidy, 2013; Kline, 2011) e quando não existiam modas (picos) em regiões distintas da distribuição (verificado com base no exame do histograma para cada variável). Para variáveis com distribuição paramétrica de escores, foi utilizado o procedimento de correlação bivariada de Pearson e para escores que não atendiam aos critérios de normalidade, foi utilizado o procedimento de correlação bivariada de Spearman. Desta forma, foram examinadas as relações entre os tipos de planos registrados e escores no IHS-IC, ZBI e BDI-II.

RESULTADOS

Descrição do uso de habilidades metacognitivas para ajustar a rotina de cuidados

Foram consideradas para análise as respostas dadas a quatro perguntas que trouxeram conteúdos pertinentes sobre monitoramento e autorregulação no questionário *Perguntas abertas sobre o planejamento de ajustes na rotina de cuidados*. A partir das respostas foram

criadas categorias para melhor análise das mesmas. Tendo em vista que as respostas dos cuidadores para cada questão poderiam incluir vários elementos, se enquadrando em mais de uma categoria, o número total de relatos pode ser maior do que o número de participantes.

Com base na primeira questão, “O que te leva a refletir sobre suas ações no contexto familiar?” a intenção foi verificar o que o cuidador monitora, no seu cotidiano e no cuidado que oferece. As categorias de resposta para essa pergunta estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2.

Monitoramento: “O que te leva a refletir sobre suas ações no contexto familiar?”

Categorias	Descrição	Exemplos	Porcentagem das Respostas (%)
O bem-estar do idoso	Cuidador reflete sobre o que está sendo feito ou precisa ser feito ou mudado para manter ou melhorar o bem-estar do idoso cuidado	“Só penso no melhor para ela, no bem-estar, o que estiver ao meu alcance.” C22	36,7
O papel de cuidador	Cuidador reflete sobre a sua função enquanto cuidador, esse papel que foi atribuído a ele ou escolhido por ele. Até como uma forma de reafirmar e aceitar esse papel.	“Eu não esperava por isso. Mas se Deus colocou isso na minha vida tenho que aceitar e cuidar. Nada é por acaso. Não posso abandonar.” C28	23,3
Qualidade e organização do cuidado oferecido	Reflete sobre a maneira como o cuidado é oferecido	“Eu acho que podia fazer muito mais, mas com os problemas não dá.” C23	33,3
Opinião de terceiros/ relação com terceiros	Cuidador se preocupa com a visão que outras pessoas têm sobre ele e o cuidado que oferece	“Falta de reconhecimento. Estou abrindo mão de tanta coisa.” C18	13,3
Visão holística	Reflete sobre a importância do equilíbrio entre as diferentes esferas da vida.	“A vida. Tem que pensar e repensar se está certo ou errado.” C21	3

É possível verificar na Tabela 2, que a resposta mais comum foi que os cuidadores pensam em suas ações, visando o bem-estar do familiar idoso, ou seja, estão preocupados em fazer o outro sentir-se bem considerando suas limitações e condição. Quase o mesmo número de participantes relatou refletir sobre a qualidade do cuidado que oferecem. Em alguns casos,

o cuidador não deu resposta coerente com a pergunta feita, ou não respondeu à pergunta. Por exemplo, C4 disse, “Eu gostaria que meus filhos olhassem o pai de fim de semana”.

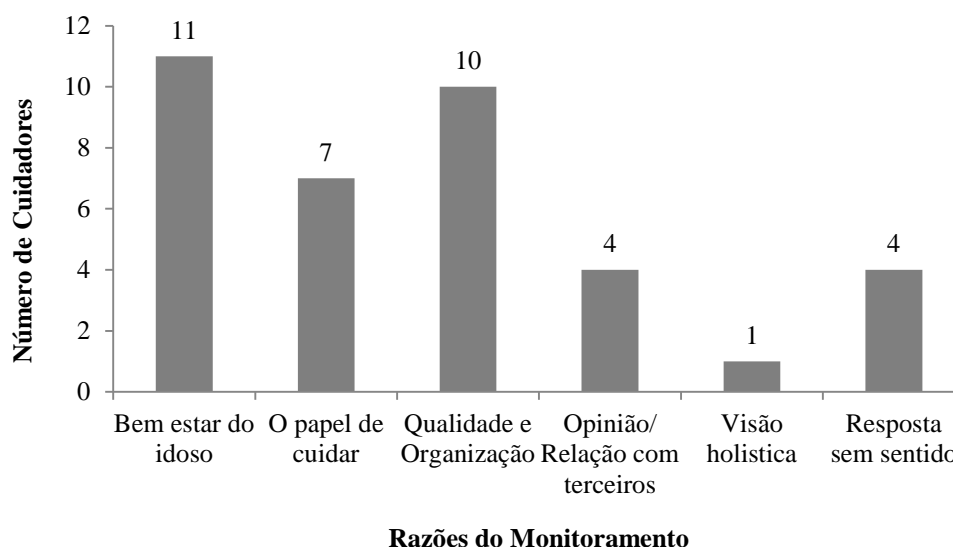


Figura 2. Monitoramento: "O que te leva a refletir sobre suas ações no contexto familiar?"

As próximas três questões referem-se à habilidade de autorregulação, ou seja, se esses cuidadores conseguem analisar a situação atual vivenciada, pensar em estratégias para resolver demandas e problemas que precisam ser resolvidos no contexto de cuidado e aplicar essas estratégias.

Na Tabela 3, são apresentadas as categorias de respostas à questão, “O que você faz para encontrar formas de resolver os problemas que aparecem no contexto familiar?”. Por meio dessa pergunta, visava-se verificar quais estratégias o cuidador utiliza diante de uma demanda diferente no contexto familiar.

Tabela 3.

Levantamento de Estratégias para Resolver Problemas: “O que você faz para encontrar formas de resolver os problemas que aparecem no contexto familiar?”

Categorias	Descrição	Exemplos	Porcentagem das Respostas (%)
Ajuda familiar	Busca resolver os problemas juntos a familiares, principalmente entre familiares envolvidos no cuidado	“Conversa e telefona para as irmãs para resolvermos juntas.” C10	63,3
Ajuda de amigos	Busca auxílio e opinião de pessoas com quem tem um vínculo afetivo importante	“Peço ajuda para uma amiga. Não posso depender dos meus filhos.” C5	10
Ajuda profissional	Buscar auxílio junto a pessoas qualificadas para lidar com as demandas	“(…)Conversar no posto de saúde.” C13	16,7
Reflexão ou ajuda espiritual	Orações - regulação emocional/reflexão	“Pensar, buscar em Deus as soluções.” C14	13,3
Livros	Busca por modelos em livros	“Leio livros. A bíblia.” C4	3,3
Outra pessoa não especificada	O cuidador busca ajuda, mas não identifica de quem	“Procuo perguntar para outras pessoas, pedir opinião.” C9	10
Sozinha	Diante dos desafios, o indivíduo encontra soluções sozinho	“Vou me adaptando. Tentando. É difícil depender dos outros. O que eu conseguir, eu faço.” C22	13,3

É possível verificar, com base na Tabela 3, que a grande maioria dos participantes (63,3% dos cuidadores), relatou recorrer à ajuda familiar como uma estratégia para solucionar um problema na rotina de cuidados. Buscam opiniões para encontrar soluções, mas também como forma de compartilhar com essas pessoas a responsabilidade do cuidar, envolvendo-os na tarefa. Apenas cinco (16,7% dos cuidadores) relataram acionar um profissional para auxiliar diante de uma demanda nova. Ainda dos trinta cuidadores participantes, quatro deles respondeu que resolvem sozinhos os problemas relacionados ao cuidado. Esses cuidadores relataram que não recebem apoio social, e assim procuram solucionar os problemas sozinhos.

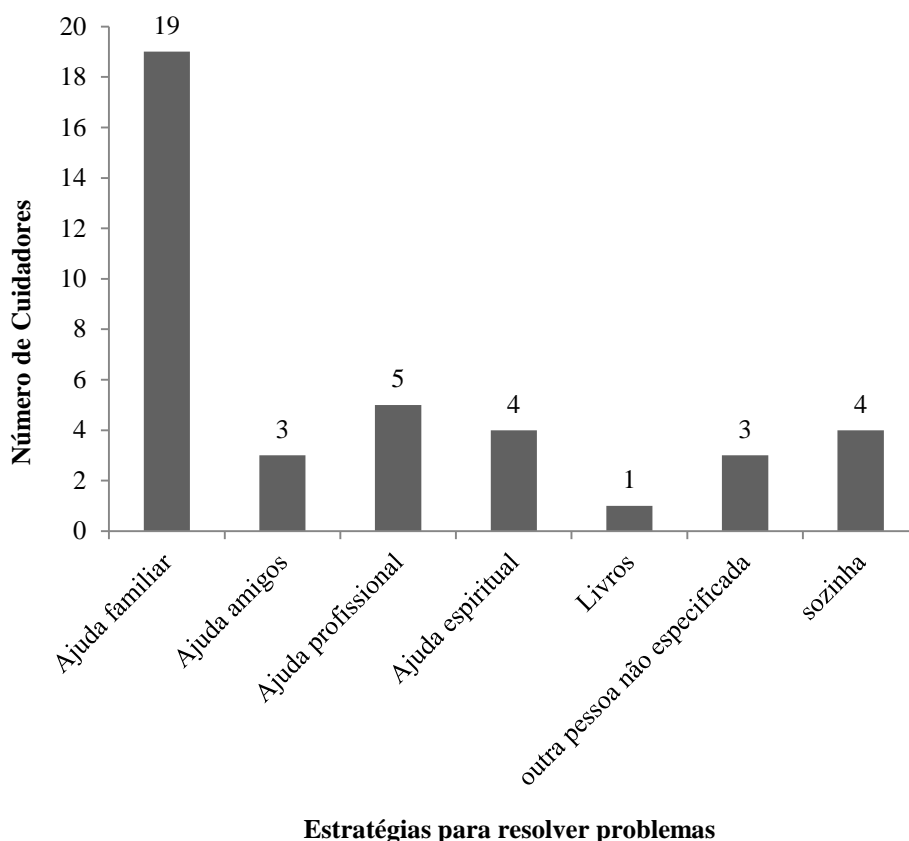


Figura 3. Levantamento de estratégias para lidar com problemas - "O que você faz para encontrar formas de resolver os problemas que aparecem no contexto familiar?"

A terceira questão analisada foi "Em uma situação em que surge uma tarefa extra no contexto de sua família (levar o idoso ao médico, o carro no mecânico, entre outros), o que é feito para decidir quem fará essa tarefa?". Por meio dessa questão, foi investigado, junto ao cuidador, se este consegue angariar apoio social, e qual tipo de apoio consegue. As respostas foram divididas em quatro categorias, como consta na Tabela 4.

Tabela 4.

Estratégias para dividir tarefas extras – “Em uma situação em que surge uma tarefa extra no contexto de sua família (levar o idoso ao médico, levar o carro no mecânico), o que é feito para decidir quem fará essa tarefa?”

Categorias	Descrição	Exemplo	Porcentagem das respostas (%)
Divisão de responsabilidades	Cuidador conseguiu estabelecer uma organização das tarefas junto com outros membros da família. Assim a partir de um acordo prévio cada membro é responsável por um tipo de tarefa, ou dia de cuidado.	“Sempre é minha nora que resolve os problemas de fora da casa (levar, consertar, comprar). Quando é algo em casa, sou eu.” C7	46,7
Acionar um familiar diante da demanda	O cuidador aciona um familiar que esteja disponível no momento da demanda para resolver ou auxiliá-lo.	“Procuro ver o filho que está de folga.” C8	36,7
Ajuda extra familiar	Cuidador aciona serviços de 3º. para auxiliá-lo diante da situação nova, por exemplo taxi, disk entrega, etc.	“Para levar ao médico, peço ajuda ou vai de taxi.” C10	6,7
Resolver sozinho(a)	Cuidador é quem resolver as emergências ou situações novas que surgem no cotidiano. Não pede ou não tem ajuda.	“Sempre sou eu.” C16	50

Quase metade dos cuidadores (46,7%), relatou dividir tarefas com outros membros da família. Essa divisão se dá por tarefas ou por dias de envolvimento nos cuidados, ou seja, há um planejamento prévio sobre quem deve resolver uma questão ou outra. Por outro lado, 50% dos participantes relatou resolver sozinho as atividades extras, alguns por falta de apoio de outras pessoas e outros por considerarem melhor fazer sozinho. Apenas 36,7% dos cuidadores relataram acionar um familiar, via negociações, ou seja, acionam esse familiar respeitando quando pode se disponibilizar para ajudar. Em relação ao número de estratégias mencionadas, dois cuidadores relataram utilizar três das estratégias, nove relataram usar duas estratégias e 19 relataram apenas uma estratégia. Desses 19 participantes, oito mencionaram que resolvem sozinhos as demandas.

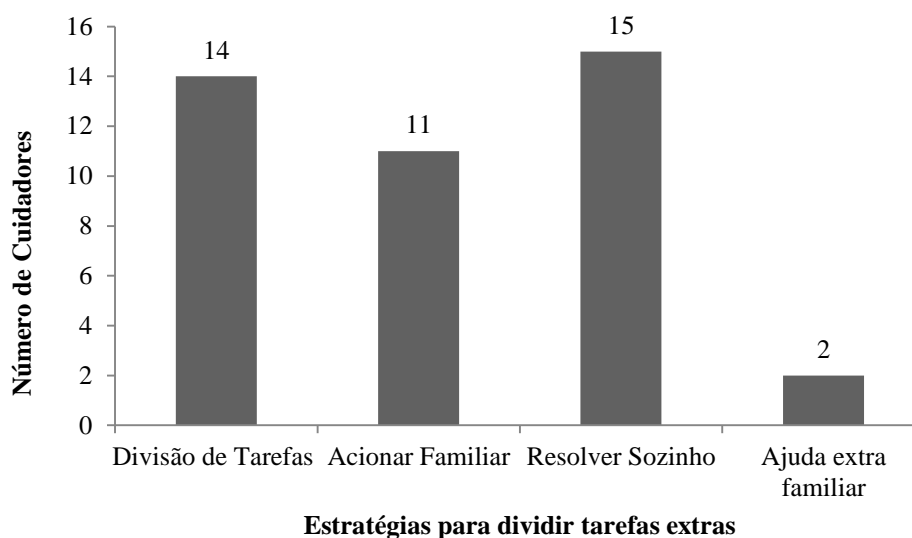


Figura 4. Dividir tarefas extras – “Em uma situação em que surge uma tarefa extra no contexto de sua família (levar o idoso ao médico, levar o carro no mecânico), o que é feito para decidir quem fará essa tarefa?”

A última questão examinada para responder aos objetivos do presente estudo foi “Em algum momento, você julgou necessário redefinir suas prioridades em relação à sua família?”. Buscou-se compreender como o cuidador se organizou e se organiza para manter seus interesses e o cuidado que oferece ao idoso familiar. Na Tabela 5, é possível verificar a classificação das respostas em quatro categorias: Diminuir atividades, sair do trabalho, diminuir contato com outras pessoas, e mudança de moradia.

Tabela 5.

Mudança de envolvimento para manter o cuidado – “Em algum momento você julgou necessário redefinir suas prioridades em relação à sua família?”

Categoria	Descrição	Exemplos	Porcentagem das respostas (%)
Diminuir atividades “eletivas”	O cuidador deixa ou diminui atividades que antes fazia e eram importantes para ele	“Sim, deixei de ir à missa todos os dias, deixei de pintar, parei de ir na psicóloga.” C3	56,7
Sair do trabalho	Em razão da alta demanda de cuidados, o cuidador precisou deixar o trabalho para se dedicar exclusivamente ao familiar idoso	“Sim, priorizei o cuidado [em relação] ao trabalho.” C9	16,7
Diminuir contato com pessoas	Por conta do excesso de atividades enquanto cuidador, esse indivíduo não consegue manter o mesmo contato que antes com as pessoas importantes do seu convívio	“Deixo minha filha sozinha de sábado e domingo à noite.” C28	16,7
Mudança de moradia	A família teve que mudar de residência, ou ir morar com algum outro familiar por conta da debilidade do idoso	“Quando decidimos trocar de casa para morar com nossa filha para facilitar o cuidado.” C8	10
Não	Cuidador relatou não ter alterado nenhuma prioridade em sua vida	“Não.” C22	10
Resposta não condiz com a pergunta	Cuidador não deu resposta coerente com a pergunta feita, ou não respondeu	“Sim. Seguir a rotina dele.” C29	13,3

Na Tabela 5, pode-se verificar que 56,7%, dos cuidadores, ou seja, mais da metade dos participantes, relatou que diante da alta de demanda de cuidados tiveram que deixar ou diminuir atividades que eram importantes para eles. Em geral, essas atividades estavam relacionadas a lazer, bem-estar e saúde. O tamanho deste envolvimento também é refletido no fato que 16,7% das pessoas relataram terem abandonado um emprego remunerado, diante da alta dependência do idoso. Para facilitar o cuidado, ou para receber mais apoio, três cuidadores também relataram terem mudado de moradia. Para a categoria diminuir contato

com pessoas, cinco participantes (16,7%) relatou impossibilidade de manter a mesma frequência de contato social que tinham anteriormente a assumir a função de cuidador.

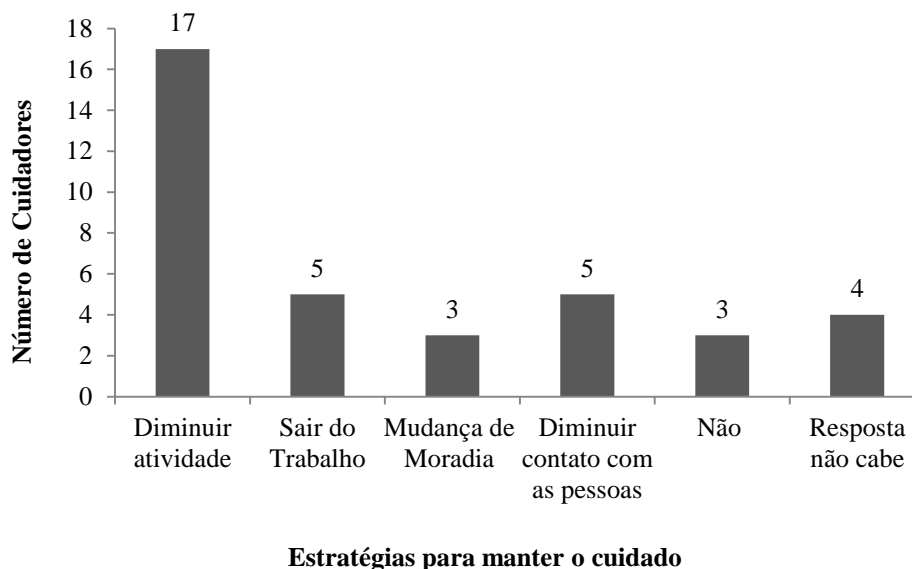


Figura 5. Mudança de envolvimento para manter o cuidado – “Em algum momento você julgou necessário redefinir suas prioridades em relação à sua família? Dê exemplos”.

Descrição dos planos de vida dos cuidadores

Em relação aos planos relatados pelos cuidadores, na Figura 6, é possível observar que, em média, o número de planos para curto prazo foi aproximadamente o dobro do número de planos para médio prazo, indicando maior facilidade para os cuidadores imaginarem atividades para um período de até dois anos. Muitos cuidadores relataram ser difícil pensar o que poderão fazer a médio prazo (de dois a cinco anos no futuro), considerando a possibilidade de aumento de dependência do idoso cuidado ou a possibilidade de não estar mais exercendo essa função. Essa facilidade maior para planejar para um período mais próximo também é apontada pelo número de pessoas que não apresentaram planos (ausência de planos), sendo essa ausência maior para planos de médio prazo. Em média, os respondentes não possuíam um plano de curto prazo para aproximadamente uma das sete

áreas do instrumento, e não possuíam planos de médio prazo para aproximadamente quatro das áreas.

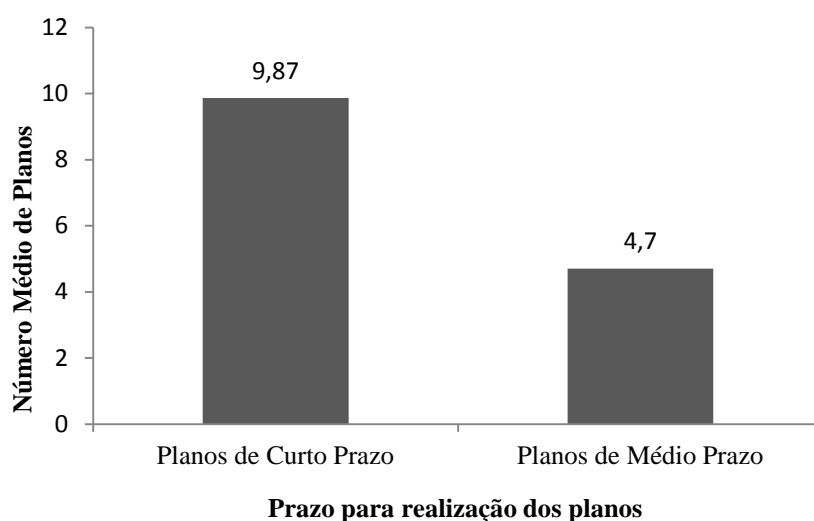


Figura 6. Número médio de planos de curto e médio prazo, considerando todas as áreas investigadas.

Considerando as áreas contempladas no instrumento, apresentadas na Tabela 6, os cuidadores relataram mais projetos para o futuro relacionados às áreas “Saúde Física” e “Lazer”, tanto de curto quanto de médio prazo. A área “Minha Ocupação” e “Minha vida financeira” tiveram médias menores. Destaca-se dos resultados que apenas a Cuidadora 6 citou que sua ocupação era ser cuidador de um familiar “Tenho muitas atribuições em casa com a minha mãe e a família. Estou focada em casa”. Da amostra, apenas a Cuidadora 19 era paga pela família para cuidar da avó, mas na área “Minha Ocupação” não mencionou a atividade de cuidadora, e sim planos para voltar a exercer a função de técnica de enfermagem.

Tabela 6.

Número Médio de Planos de Curto e Médio Prazo, por Área, e Número de Pessoas que não Registraram Planos de Curto e Médio Prazo, por Área (N=30)

Área	Planos de Curto Prazo		Planos de Médio Prazo	
	Número Médio	Sem planos	Número Médio	Sem planos
Minha Ocupação/ Atividades profissionais	1,0	5	0,6	15
Meu Desenvolvimento Pessoal	1,2	7	0,6	17
Minha Vida Financeira	0,9	9	0,5	16
Minha Saúde física/ bem-estar físico	1,9	0	0,8	15
Meus Relacionamentos Sociais	1,4	5	0,6	16
Meus Relacionamentos Familiares	1,5	0	0,6	16
Meu Lazer e Atividades Culturais	1,9	5	0,9	15
Outros	0,2	26	0,03	29

Em cada uma das sete áreas especificadas, metade dos participantes deixou planos a médio prazo em branco, apontando a dificuldade de planejar para um período muito distante. Nestas sete áreas, o número de planos de curto prazo que ficaram em branco foi menor em comparação com o número de pessoas sem planos de médio prazo, em todas as áreas. Nos planos de curto prazo, a ausência de planos foi mais frequente nas categorias “Desenvolvimento Pessoal” e “Vida Financeira”. Poucos cuidadores relataram planos na categoria “Outros”, indicando que quase todos os planos que possuíam se encaixavam nas áreas previstas no instrumento. Os planos que apareceram na categoria “Outros”, em geral, estavam relacionados à área espiritual.

Após essas contagens, houve a tentativa de distribuir os planos nas quatro categorias de exequibilidade – Irrealizáveis, Vagos, Indefinido e Realizável - estabelecidas por Nunes (2015). No entanto, considerando o contexto diferente que os cuidadores que assistem idosos dependentes vivem e por não se encontrarem em um momento de transição, que é o caso de pessoas se preparando para a aposentadoria, foi necessário construir novas categorias para a análise da praticidade dos planos. Estas categorias, suas definições e exemplos para cada uma

delas são apresentados na Tabela 7. As categorias foram estabelecidas para diferenciar os planos em relação à exequibilidade, ao detalhamento e à fase de implementação dos planos.

Duas das categorias de exequibilidade criadas, Manutenção Condicionado e Pós-Cuidado, referem-se especificamente a projetos para médio prazo. O primeiro diz respeito ao relato dos cuidadores de quererem manter a médio prazo as atividades e projetos que se propõe a iniciar a curto prazo. O segundo se refere a planos que só poderão ser realizados quando o idoso não depender mais de cuidados, seja pela melhora da saúde do idoso, por obter mais ajuda (reduzindo as tarefas sob responsabilidade do cuidador), ou pelo falecimento do idoso. Apenas um participante registrou um Plano Pós-Cuidado a curto prazo, porém a mesma, após relatá-lo, indicou que só seria possível se a mãe não mais dependesse dela. Houve a tentativa de classificar os planos apenas com base nos relatos dos participantes para cada área, durante o preenchimento do instrumento. Porém, é importante indicar que os planos foram categorizados considerando outras informações obtidas nas entrevistas, de forma que os planos foram considerados exequíveis ou não de acordo com relatos que demonstraram limites nas capacidades do idoso, no apoio social disponível ou na situação financeira do cuidador. Por exemplo, uma cuidadora relatou que gostaria de voltar a dançar com seu marido, porém seu marido estava acamado e sem perspectivas de andar novamente. Assim, este relato foi classificado como um desejo.

Na Figura 7, é possível observar a distribuição dos planos nas categorias estabelecidas. Os planos Em Vigência ou de Manutenção foram muito mais numerosos do que os planos registrados nas demais categorias. Planos Vagos foi a segunda categoria mais pontuada, indicando que existem planos e mudanças para serem realizadas, porém os cuidadores não descrevem como fariam para colocá-los em prática, ou não demonstram possuir o repertório necessário para tal. Os dados também apontam para um baixo registro de Planos Realizáveis.

Tabela 7.

Descrição das Categorias de Exequibilidade dos Planos de Vida

Categoria	Descrição	Exemplos
Irrealizável	Planos inexecutáveis. A impossibilidade de ser posto em prática, às vezes, é apontada pelo próprio cuidador.	“Gostaria de dançar. Ia aos bailinhos, festa junina. Se voltasse aquele tempo iria com o marido junto” (Cuidador 16)
Desejo	Planos que remetem a metas amplas, expressados usando conceitos ou termos subjetivos (“felicidade”, “união dos familiares”, por exemplo) ou usando verbos no subjuntivo. A descrição do plano indica que o cuidador não foi capaz de atingir o objetivo de acordo com o padrão desejado e portanto, não demonstra possuir repertório para tal. Esta falta de repertório pode aparecer quando o respondente indica que gostaria que outras pessoas mudassem seus comportamentos para atingir a meta do próprio respondente.	“Gostaria que minha família fosse mais unida e mais compreensiva” (Cuidador 14)
Vago	Realizáveis, de metas objetivas, porém pouco definidos quanto às providências a serem tomadas para ser colocado em prática	“Precisa emagrecer e melhorar a alimentação” (Cuidador 13)
Realizável	Possível de ser posto em prática dentro dos prazos proposto e medidas para alcançá-los definidas.	“Pretendo fazer caminhadas de manhã antes do meu marido acordar” (Cuidador 7)
Em Fase de Preparo ou Viabilização	Novo plano para o qual o respondente indica que está tomando providências para alcançar sua meta	“Gostaria de voltar a fazer fisioterapia na USE. Estou na lista de espera” (Cuidador 8)
Em Vigência ou de Manutenção	Planos que já estão em prática, envolvendo situações que os cuidadores descrevem estarem satisfeitos em mantê-las.	“Faço caminhadas com os cachorros” (Cuidador 21)
Manutenção Condicionado	Pretendem manter a médio prazo o plano que pretendem colocar em prática a curto prazo	“Continuar com tudo o que pretendo recomeçar agora (fazer atividades físicas)” (Cuidador 1)
Pós-Cuidado	Planos para o momento em que deixarem de ser cuidadores	“Quando H. não for mais vivo mudar para perto das minhas irmãs em Américo Brasiliense” (Cuidador 5)

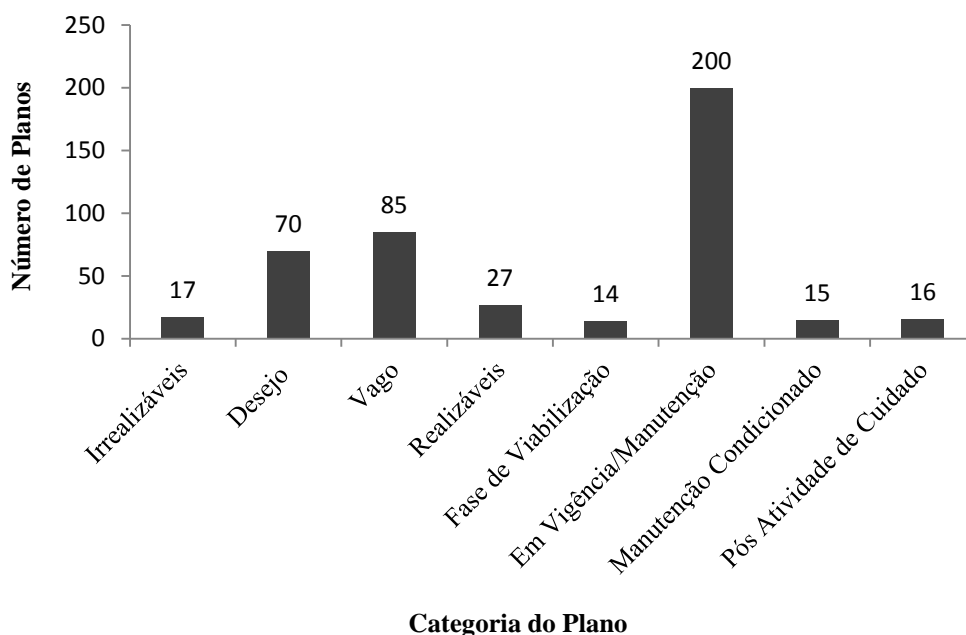


Figura 7. Número de planos, por categoria.

Descrição das habilidades sociais, percepção de sobrecarga e o número de sintomas de depressão

São apresentadas, na Tabela 8, informações de relevância clínica sobre a porcentagem de cuidadores que foi classificado em cada nível de sobrecarga e de depressão, com base no seu escore total em cada instrumento. Apesar de 43,3% dos cuidadores apresentarem ausência de sobrecarga, aproximadamente 57% dos cuidadores apresentaram algum nível de sobrecarga, ou seja, mais da metade dos cuidadores percebiam, ainda que em níveis distintos, que a atividade de cuidado estava onerosa. De forma similar, mais da metade dos participantes apresentaram sintomas depressivos considerados como clinicamente significativos. Embora as porcentagens sejam iguais para cada nível dos dois instrumentos, 10 cuidadores não foram classificados no mesmo nível nas duas medidas. Por exemplo, o cuidador que pontuou para depressão severa não é o mesmo que pontuou para sobrecarga severa. A correlação entre o escore total dos participantes nesses dois instrumentos foi $r = 0,75$ ($p = 0,001$), uma relação significativa positiva e alta.

Tabela 8.

Porcentagem de Cuidadores com Escores em Cada Nível de Sobrecarga e de Depressão

Instrumento	Níveis			
	Ausência	Leve a Moderada	Moderada a severa	Severa
BDI-II	43,3	33,3	20,0	3,3
Sobrecarga	43,3	33,3	20,0	3,3

Em seguida, foi realizada uma análise estatística descritiva dos escores obtidos nos instrumentos de habilidades sociais, sobrecarga e depressão (ver Tabela 9). Os escores médios apresentados na tabela, para cada fator, foram determinados dividindo o escore total pelo número de itens que compunham o fator, de forma a facilitar a comparação dos escores médios.

Tabela 9.

Valores Descritivos – Inventário de Habilidades Sociais do Cuidador de Idoso, Inventário de Sobrecarga de Zarit e Inventário de Depressão de Beck - II

Medida	sk	ku	Média	Desvio Padrão	Limites de pontuação		Valores observados	
					Inferior	Superior	Mín.	Máx.
1. Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos Familiares (IHS-CI)								
Escore total	-0,504	-0,388	70,2	11,03	24	96	43,00	86,0
Expressividade afetiva	-0,463	-0,654	3,2	0,59	1	4	1,90	4,0
Comunicação assertiva	-0,304	-0,217	2,8	0,54	1	4	1,70	3,8
Busca por informação/formação	0,317	0,615	2,4	0,58	1	4	1,25	4,0
2. Inventário de Sobrecarga de Zarit (ZBI)								
Escore Total	0,535	-0,557	28,7	15,69	0	88	7,00	67,0
Tensões referentes ao papel	0,283	-1,059	1,8	1,05	0	4	0,30	3,9
Tensões Intrapsíquicas	1,768	3,893	0,6	0,69	0	4	0,00	3,0
Competências e Expectativas	0,170	-0,797	1,3	0,78	0	4	0,00	2,8
3. Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)								
Escore Total	0,910	0,221	12,1	8,76	0	63	0,00	35,0
Cognitivo Emocional	1,680	2,669	0,4	0,45	0	3	0,00	1,9
Comportamental (Somático)	1,035	0,876	0,8	0,55	0	3	0,00	2,3
Sensação de Perda	1,026	0,297	0,5	0,60	0	3	0,00	2,0

Nota: sk = assimetria; ku = curtose; Mín = valor mínimo; Máx = valor máximo

Inicialmente, foram analisadas curtose (*ku*) e assimetria (*sk*) dos escores totais e dos fatores nos instrumentos IHS-CI, ZBI e BDI-II, além de verificar se havia mais de um pico na

distribuição de valores. As distribuições foram aproximadamente normais para o IHS-CI e o escore total e para fatores 1 e 3 do ZBI, permitindo o uso do procedimento de correlação bivariada de Pearson. Exceções foram verificadas para o Fator 2 do ZBI e os Fatores 1, 2 e 3 do BDI-II. Portanto, para análises envolvendo esses quatro escores, foram utilizados testes não paramétricos.

Dentre os fatores do IHS-CI, a média foi maior para o fator de Expressividade Afetiva e menor para o de Busca por Informações. Os cuidadores responderam que sempre buscam ajuda junto a profissionais, porém, não se comunicam com outros cuidadores. Considerando que os cuidadores poderiam somar no máximo 96 pontos no instrumento e a média geral foi de 70, podemos dizer que essa amostra de cuidadores avaliou seu repertório de habilidades sociais como sendo amplo.

Com base nos escores no Inventário de Sobrecarga, pode ser observado que, em média, os cuidadores apresentaram sobrecarga leve a moderada. Dentre os fatores desse instrumento, a média foi maior para o fator Tensões Referentes ao Papel (dificuldade com o tempo, principalmente) e menor para Tensões Intrapsíquicas (percepção negativa). Poucos cuidadores relataram ficar irritados ou estressados com o idoso, respondendo em sua maioria “*Nunca*” para essas perguntas. No que diz respeito aos dados obtidos por meio do Inventário de Depressão, a média geral para depressão também foi de leve a moderada. A média dos fatores foi maior para o fator Comportamental (Somático) e menor para o fator Cognitivo Emocional. Em geral, os cuidadores relataram mais alterações de sono, apetite e de energia física para realizar as tarefas.

Relações entre o número de planos e habilidades sociais, percepção de sobrecarga e o número de sintomas de depressão

Em seguida, foi analisada a correlação entre o número de planos em cada categoria de exequibilidade e os escores nos instrumentos de habilidades sociais, sobrecarga e depressão.

Apenas as correlações estatisticamente significativas encontradas são apresentadas. Com base na Tabela 10, é possível observar correlações significativas entre o Fator 1 do IHS-CI com Planos de Pós-cuidado e do Fator 2 do IHS-CI com Planos Realizáveis. A primeira correlação foi negativa e indica que, quanto maior a pontuação para expressividade afetiva do cuidador, menor o número de planos para uma fase de sua vida em que não esteja mais cuidando do seu familiar. A segunda correlação foi positiva e indica que a comunicação assertiva estava relacionada a conseguir pensar em planos mais concretos e detalhados e, portanto, mais prováveis de serem postos em prática.

Além disso, houve correlação positiva e significativa entre o número de planos na categoria Planos Vagos e escores no Fator 2 do ZBI, indicando que quanto mais planos vagos, maior foram as tensões intrapsíquicas de sobrecarga percebidas pelos cuidadores. Ou seja, cuidadores com uma percepção emocional mais negativa do seu papel, embora percebam a necessidade de mudança, não sabiam exatamente como se organizar ou que recursos seriam necessários para colocar esses planos em prática.

O número de Planos Vagos também estava positivamente correlacionado com os escores dos cuidadores no Fator 2 do Inventário de Depressão. Ou seja, quanto maior o número de planos sem estratégias que foram relatados, maior o número de sintomas depressivos envolvendo impactos comportamentais (somáticos). Houve também uma correlação entre o número de Planos Em Fase de Preparo ou de Viabilização e escores no Fator 2 do ZBI. Essa correlação foi negativa e moderada, ou seja, quanto menor foi o número de planos que estavam sendo organizados para, de fato, serem postos em prática, maior foi a percepção emocional negativa do papel de cuidar entre os participantes.

Tabela 10.

Relações entre o Número de Planos, por Tipo de Plano, e Habilidades Sociais do Cuidador, Percepções de Sobrecarga e Sintomas Depressivos

Tipo de Plano		IHS-CI		ZBI – F2	BDI – F2
		F1 Expressão afetiva	F2 Comunicação assertiva	Tensões Intrapsíquicas	Impactos Comportamentais
Vago	<i>Rho</i>	-	-	,39*	,39*
	<i>p</i>			(,033)	(,031)
Realizável	<i>r</i>	-	,38	-	-
	<i>p</i>		(,040)		
Pós-Cuidado	<i>r</i>	-,38	-	-	-
	<i>p</i>	(,039)			
Em Fase de Viabilização	<i>Rho</i>	-	-	-,41*	-
	<i>p</i>			(,023)	

DISCUSSÃO

Conforme proposto, no presente estudo foi verificado se cuidadores familiares de idosos dependentes têm pensado em planos que contribuam para seu bem estar e saúde mental, em estratégias para lidar com a alta demanda de cuidados e se possuem um bom repertório de habilidades sociais que permita angariar apoio social para que consigam realizar não apenas as tarefas de cuidado, mas tarefas importantes para eles. Faz-se importante compreender como essa população tem se organizado em função do cuidado, uma vez que essa população vem apresentando índices altos de sobrecarga e depressão (Seima & Lenardt, 2011; Tomomitsu, Perracini, & Neri, 2013) e então verificar possíveis intervenções que apontem para o profissional de psicologia onde e como ele pode ajudar essa população. A literatura na área é escassa, portanto, apesar de um estudo inicial, de levantamento de necessidades, o presente trabalho contribui como um passo inicial para se pensar em questões metodológicas de intervenção junto a essa população, visando tornar essa atividade menos onerosa e contribuir para a manutenção, ao invés de uma queda na qualidade de vida dos

mesmos. Dessa forma, e diante dos resultados apresentados, podemos refletir sobre o significado das informações obtidas em relação aos objetivos propostos.

Descrição do uso de habilidades metacognitivas para ajustar a rotina de cuidados.

Foram consideradas para análise quatro questões do questionário sobre a rotina de cuidados, relevantes para os objetivos desse estudo. Considerando que o planejar envolve uma sequência de observações, decisões e ações, razoavelmente bem articuladas, essas questões permitiram compreender minimamente como esses participantes têm lidado com a organização do cuidado e quais estratégias têm empregado no seu dia a dia para manejar sua vida e a rotina de cuidados e, além disso, com eventos que fogem destas rotinas. As perguntas usadas foram formuladas para tentar evidenciar o uso de duas principais habilidades metacognitivas, automonitoramento e autorregulação, lembrando que cuidadores são responsáveis por si mesmos, como também pela pessoa dependente. Neste sentido, o monitoramento da situação precisa incluir reflexões sobre pessoas e condições que afetam a si mesmo, bem como, a pessoa idosa. Por extensão, esforços para resolver problemas, na medida em que representam estratégias de autorregulação, precisam contemplar estratégias usadas pelo cuidador, agindo sozinho ou buscando o envolvimento de outras pessoas, para aliviar dificuldades experimentadas pelo cuidador ou pelo idoso. Assim, o objetivo desta análise foi de verificar se os cuidadores poderiam dar exemplos de comportamentos que envolvem: (a) *monitoramento* do contexto de cuidado, especialmente monitoramento da saúde mental e do bem-estar de si mesmo e do idoso e (b) o uso de diferentes estratégias para *regular* comportamentos próprios, resultando na resolução do problema, ou resultando na obtenção da ajuda de outras pessoas para resolver o problema.

Para a questão “O que te leva a refletir sobre suas ações no contexto familiar?”, usada para examinar comportamentos de monitoramento, foi possível verificar que a maioria dos cuidadores está preocupada com o bem-estar do idoso cuidado e com a qualidade do

cuidado oferecido, ou seja, ao assumirem essa função, parecem empenhados em realizá-la da melhor forma possível, considerando as limitações e condições vivenciadas pelo familiar que depende deles para suas necessidades serem supridas. Também bastante pontuada foi a categoria em que o cuidador reflete sobre o papel assumido por ele, ou seja, muitos cuidadores estão pensando sobre essa função que a eles foi atribuída, muitas vezes sem opção de escolha, porque acreditam ser obrigação, enquanto parceiro ou filho, prover os cuidados a essa pessoa importante em sua vida (Santos-Orlandi, et al., 2017; Pinto, Barham, & Del Prette, 2016). Com base nas categorias de resposta observadas, é possível afirmar que os cuidadores monitoram fatores que afetam seu próprio estado socioemocional como também, o do idoso.

As três questões seguintes foram usadas para verificar o uso de habilidades de autorregulação por parte dos cuidadores, ou seja, o objetivo foi de saber quais estratégias os participantes têm utilizado para lidar com demandas que geram dificuldades, ou com tarefas inesperadas que surgem nesse contexto. A questão “O que você faz para encontrar formas de resolver os problemas que aparecem no contexto familiar?” trouxe dados indicando que quase dois terços dos cuidadores (19 dos 30) participantes, recorrem à ajuda de familiares para discutir e encontrar formas de lidar com os problemas que surgem no dia a dia de cuidado. Esse dado é bastante positivo considerando que vários pesquisadores apontam que muitos cuidadores vivem em isolamento social e pouco recebem ajuda para realizar a tarefa de cuidado (Santos-Orlandi et al., 2017; Tomomitsu, Perracini, & Neri, 2014). No entanto, o relato de sobrecarga e de sintomas depressivos nesta amostra de cuidadores ainda é alto. Portanto, podemos inferir que muitos, embora tenham recorrido a ajuda de familiares, poderiam fazê-lo com mais frequência ou verificar em quais tarefas a ajuda seria de maior valia para redução da percepção de sobrecarga e de sintomas depressivos.

Quatro cuidadores relataram resolver sozinhos os problemas que surgem no contexto familiar. Resolver as demandas dessa forma não é necessariamente uma estratégia ruim. Depender de um outro para resolver problemas pode ser limitante. No entanto, quando essa é a única estratégia utilizada, pode contribuir para a percepção de sobrecarga e para os sintomas de depressão relatados pelos participantes dessa pesquisa. Portanto, perceber a possibilidade de utilizar outras estratégias seria importante para lidar com as diferentes demandas que aparecem.

Já na questão “Em uma situação em que surge uma tarefa extra no contexto de sua família (levar o idoso ao médico, o carro no mecânico, entre outros), o que é feito para decidir quem fará essa tarefa?”, cerca de metade (46,7%) dos participantes relatou dividir as tarefas com outros familiares. Em geral, parece existir um acordo prévio sobre quem deve executar determinadas tarefas. Desta forma, quando a tarefa extra diz respeito ao que já é esperado desse outro familiar, é ele quem será acionado para executá-la. O restante das tarefas relacionadas ao cuidado, no entanto, tende a permanecer sob responsabilidade dos participantes. Assim, 50% dos participantes relatou também resolver sozinho as demandas extras que surgem no contexto familiar. É importante frisar que muitos relataram mais de uma estratégia para essa questão. Talvez a sobrecarga esteja relacionada às tarefas habituais do dia a dia e não às tarefas extras, já que esses cuidadores relatam buscar ajuda para lidar com tarefas inesperadas.

Podemos inferir também que a diferença entre as respostas às duas últimas questões pode estar relacionada com diferenças entre o pensar e o agir. No primeiro caso, os cuidadores chegam a recorrer aos familiares para pensar em estratégias para enfrentamento dos problemas, enquanto no segundo caso, quando se estabelece quem vai executar as atividades, cabe principalmente ao cuidador agir, sendo mais difícil obter ajuda.

A última questão analisada foi “Em algum momento você julgou necessário redefinir suas prioridades em relação à sua família?” Neste caso, o objetivo foi de entender estratégias de maior porte, que os cuidadores usam para abrir espaço na sua agenda para assumir responsabilidades para cuidar de uma pessoa dependente. Mais da metade dos cuidadores relatou que, ao assumirem a função de cuidador, tiveram que deixar ou diminuir atividades que consideravam importantes para si, tais como lazer e saúde. Alguns relataram ter tido que abandonar seu emprego para assumir a função de cuidador e outros que tiveram que diminuir o contato com amigos e familiares. Esses dados corroboram com a literatura que diz que a vida pessoal do cuidador fica em segundo plano e negligenciada (Neri, 2014; Taub, Andreoli, & Bertolucci, 2004).

As respostas dadas a esse questionário permitem que tenhamos uma ideia geral de como esses cuidadores têm lidado com a rotina de cuidados, usando habilidades de monitoramento e regulação do seu comportamento e o do idoso, porém precisaria ser mais explorada para compreender quais dessas estratégias trazem resultados mais positivos na redução de sobrecarga por parte desses cuidadores.

Descrição dos planos de vida dos cuidadores

Quando alguém procura realizar uma atividade que não está na sua rotina, uma evidência do processo de planejamento seria a existência de planos. Com base na análise dos planos descritos pelos participantes, parece que é mais fácil para os cuidadores descreverem e estabelecerem planos para curto prazo, ou seja, planos para serem postos em prática dentro de dois anos. Considerando os relatos de que é difícil pensar em um período distante, dada as incertezas quanto à saúde do idoso e a sua situação enquanto cuidador, é possível pensar que estabelecer planos para um período em que se conhece a situação é mais fácil do que para um período mais distante.

Atentando para as áreas de planejamento contempladas no instrumento usado, foi observado um número maior de planos nas áreas de saúde e lazer, e um número menor de planos nas áreas de planejamento financeira e ocupação. Corroborando com os apontamentos de Seima e Lenardt (2011) parece que, dada a demanda de cuidados, atividades de lazer e saúde estavam sendo negligenciadas pelos cuidadores. Portanto, são indicados mais planos para mudar a atual situação em relação a elas. Possivelmente, atividades de lazer e saúde também são mais fáceis de serem pensadas por serem áreas que permitem planos específicos que, a princípio, estão mais sobre o controle desses cuidadores, diferente de áreas que envolvem relacionamentos afetivos e que dependem de outro não só para serem elaborados, mas para serem postos em prática.

Considerando que a idade média dos cuidadores foi de 57,5 anos, podemos inferir que o número reduzido de planos de ocupação e na área financeira pode estar relacionado ao fato de que boa parte desses cuidadores já se encontrava aposentada ou eram mulheres que tiveram sua ocupação no lar a maior parte de suas vidas. Outra hipótese é que a alta dependência dos idosos cuidados significa que esse papel representa a ocupação principal dos participantes, sendo difícil pensar em uma ocupação adicional que seja compatível com a de cuidador. Apesar dos participantes dedicarem muitas horas ao cuidado, foi notada uma dificuldade por parte de alguns cuidadores de reconhecerem o cuidado em si como uma ocupação. Uma hipótese para essa falta de reconhecimento pode estar vinculada ao fato dessa atividade muitas vezes não ser remunerada e, portanto, ser desvalorizada, como afirmam Carvalho e colaboradores (2008).

Atentando para a exequibilidade dos planos, os cuidadores apresentaram um número de Planos de Manutenção muito mais elevado que as demais categorias. Esse dado pode indicar comprometimento psicológico desses participantes para manter a organização de vida como já está estabelecida em função da atividade de cuidar, visando permanecer nesse papel e

manter o padrão atual de cuidados em todas as áreas. Por outro lado, metade dos cuidadores apresentou indicadores de sobrecarga e elevado número de sintomas depressivos, de forma que talvez poderiam se beneficiar de um aumento de repertório para elaborar e implementar mudanças positivas, tais como a divisão de tarefas para diminuir as atividades de cuidado e incluir atividades que contribuam também para a sua qualidade de vida.

A categoria de Planos Vagos foi a segunda categoria mais pontuada e pode indicar que os cuidadores conseguem pensar que mudanças são necessárias, porém não conseguem descrever como fariam para colocar essas mudanças em prática, ou até mesmo, não possuem repertório para tal. Nesta mesma direção, foi observado um baixo registro de Planos Realizáveis, reforçando essa dificuldade em pensar em estratégias para executar planos. Como afirmam Osburn, Hatcher e Zongrone (2015), para alcançar bons resultados por meio de esforços de planejamento, é preciso ir além de estabelecer metas e objetivos. Também é necessário conseguir pensar em maneiras e ferramentas para atingi-los; muitos dos cuidadores desta amostra apresentaram dificuldade nessa etapa de elaboração de planos. Por outro lado, durante a aplicação do instrumento, os participantes não receberam a instrução de que deveriam descrever como atingiriam seus planos, e muitos podem apenas ter relatado o objetivo final sem sentir necessidade de descrever qual seria o processo para atingi-lo.

Por outro lado, faz-se importante verificar com um estudo longitudinal se, de fato, relatar planos vagos é negativo. Welsh e Ordoñez (2014) levantam algumas críticas sobre investir excessivamente em planejamento. Assim, apesar de não estabelecerem e descreverem o caminho que traçariam para alcançar os planos relatados, se, futuramente, esses cuidadores acreditaram que chegam a atingir os objetivos propostos, não poderia ser então algo bom? Neste sentido, é possível que, ao não estabelecer uma estratégia específica, abra-se um leque maior de possibilidades e estratégias para atingir o objetivo.

Em estudos futuros, será importante analisar qualitativamente as respostas registradas no instrumento para identificar quais categorias de planos mais aparecerem e em quais áreas os cuidadores expressaram mais dificuldades e insatisfação. Será que Planos de Manutenção foram mais frequentes entre os cuidadores que se encontravam satisfeitos com este envolvimento? Essas informações seriam importantes para embasar um trabalho de intervenção.

Descrição das habilidades sociais, percepção de sobrecarga e o número de sintomas de depressão

Os cuidadores apresentaram um amplo repertório de habilidades sociais, considerando que o escore total médio no instrumento foi de 70,2 de um máximo possível de 96 pontos. Embora muitas vezes a função de cuidador é assumida em função de fatores tais quais, parentesco, proximidade física e gênero, Karsch (2003) afirma que essa escolha também pode ser pela proximidade afetiva. Esse dado é confirmado pela maior pontuação dos participantes no fator Expressividade Afetiva do IHS-CI, mostrando que são pessoas que conseguem demonstrar afeto e gratidão para com o idoso e outros familiares. Outra hipótese é que pessoas que se dispõem a cuidar de um outro já são pessoas mais empáticas, solícitas e socialmente habilidosas, considerando a rede de suporte familiar disponível ao idoso (Ximenes, Queluz, & Barham, 2018).

Expressar emoções parece ser importante, também, para angariar apoio social e manter ajuda nos cuidados (Queluz, Barham, Del Prette, Fontaine, & Olaz, 2017). No entanto, o escore médio no fator de Comunicação Assertiva foi moderado, podendo ter relação com certa insatisfação com o apoio que esses cuidadores vêm recebendo para realizar os cuidados, ou a dificuldade de pedirem ajuda com os cuidados, de forma socialmente adequada. Com base neste resultado, é possível apontar a possível importância de oferecer treinamento de habilidades de comunicação assertiva. A pontuação média no fator Busca por Formação ou

Informações também foi moderada, indicando que esses cuidadores não têm buscado novas informações sobre esse cuidado com alta frequência. Isto pode estar relacionado ao fato de que muitos já estavam há muito tempo nessa função e já buscaram, quando iniciaram este envolvimento, sanar as dúvidas maiores sobre como cuidar. Ainda pode indicar que muitos não sabem onde obter essas informações ou não têm acesso a elas.

Em relação às percepções de sobrecarga, os cuidadores apresentaram uma média maior no fator Tensões Referentes ao Papel, que se refere mais a dificuldades com o tempo e organização, reforçando a importância do planejamento na vida dessa população. Aponta, também, a necessidade de programas que visem ajudar cuidadores a descobrirem novas estratégias de enfrentamento para reduzir a sobrecarga percebida (Seima & Lenardt, 2011; Ferreira, Queluz, Isaac, Ximenes, & Barham, 2017). O fator Tensões Intrapsíquicas teve média menor que os outros fatores, podendo estar relacionado ao fato de que os cuidadores não sentem ou não relatam as irritações ou aborrecimentos com o idoso cuidado, por ser um comportamento socialmente reprovado. Os instrumentos de autorrelato tem essa limitação, podendo o comportamento relatado não condizer com o comportamento real devido ao medo de que a resposta não seja socialmente aceita e, portanto, produza uma consequência aversiva ou, devido a interpretação que cada indivíduo respondente dá à questão (Kohlsdorf & Costa Junior, 2009). No entanto, são instrumentos que trazem dados importantes sobre a percepção do indivíduo sobre ele mesmo e sobre as situações investigadas.

Quanto aos dados obtidos com o BDI-II, os cuidadores pontuaram mais alto nos sintomas comportamentais da depressão, ou seja, relataram mais efeitos somáticos. Considerando que muitos pontuaram para falta de sono e mudança na rotina de alimentação, esses fatores podem estar relacionados à percepção de sobrecarga elevada e dificuldade de organização da rotina, o que acaba interferindo nas atividades básicas de saúde dos cuidadores. A alteração de disposição não foi apenas relacionada pelos cuidadores à tarefa de

cuidado, mas também a sua própria idade, considerando que parte desses cuidadores possuía mais de 60 anos.

Relação entre as habilidades sociais e o número de planos

Observando as relações entre os planos e o repertório de habilidades sociais dos cuidadores, é possível inferir que o vínculo emocional do cuidador com o idoso pode influenciar no seu planejamento para o futuro. A maior pontuação em Expressividade Afetiva relacionou-se com menor número de planos na categoria Pós-Cuidado. Considerando a idade já avançada dos idosos cuidados, a possibilidade de que recuperem sua independência se torna cada vez mais improvável. Assim, para o cuidador planejar atividades que sejam compatíveis com a atividade de prestar cuidados, precisará também planejar repassar responsabilidades de cuidado para outras pessoas, ou esperar o falecimento do familiar idoso. A perda desse familiar pode ser dolorosa, e no caso de cuidadores que mantêm vínculos mais fortes com seu familiar idoso, pode ser difícil pensar em Planos Pós-cuidado, porque significaria pensar nessa possibilidade. Portanto, incluir uma intervenção psicológica que leve esses familiares a pensarem sobre a morte pode ser importante para que se planejem para uma fase em que o cuidado não esteja mais presente, mas também para que se preparem emocionalmente para a perda dessa figura tão importante para eles.

Por um lado, é muito importante que os cuidadores mantenham laços positivos com seu familiar durante o período de cuidado. Porém, não pensar sobre o que fazer quando não mais exercer essa função pode contribuir para uma sensação de um futuro vazio e a ameaça de perda de identidade. No outro extremo, relatar muitos Planos Pós-Cuidado pode indicar dificuldades em pensar mudanças positivas para melhorar a situação atual em que se vive. Assim, considerando esta categoria de planos, é possível notar que nem a falta e nem um número muito grande de planos seria ideal, e que talvez a relação entre o número de planos e bem-estar siga a Lei de Yerkes-Dodson (curva u-invertida).

A segunda relação examinada foi entre planos Realizáveis e Comunicação Assertiva. Quanto maior a pontuação para Comunicação Assertiva, maior a apresentação de planos Realizáveis. Ou seja, comunicar-se de forma assertiva estava relacionado a conseguir pensar em planos mais concretos e detalhados e, portanto, mais prováveis de serem postos em prática. Uma vez que a habilidade de manter relações positivas e expressar suas necessidades sem gerar conflitos pode resultar em mais apoio social (Pinto et al., 2016), cuidadores mais assertivos parecem ter mais facilidade para encontrar estratégias concretas para a resolução de problemas. Diante disso, as habilidades sociais parecem de fato estar relacionadas à capacidade de planejar de forma mais eficaz, como proposto no modelo apresentado anteriormente. Um cuidador que consegue colocar suas necessidades para outros de forma assertiva, parece conseguir pensar em planos mais exequíveis que podem trazer benefícios para sua saúde mental.

Relação entre o número de planos e indicadores de sobrecarga e depressão

MacLeod (2013) afirma que os seres humanos planejam, antecipam, presumem e esperam, e, portanto, são orientados para o futuro. Segundo esse autor, essa orientação está ligada à afetividade, uma vez que existem coisas as quais almejamos e desejamos e outras as quais evitamos, por preocupação e medo. Estudos sobre os efeitos de programas de treinamento em definição de metas e planejamento indicaram um aumento da percepção de bem-estar e afetos positivos dos participantes, indicando a validade de uma intervenção nesse sentido (MacLeod, Coates & Hetherton, 2008; Farquharson & MacLeod, 2014). No que se refere à relação entre o número de planos em cada categoria e bem-estar, o número de planos Vagos foi correlacionado positivamente com o fator de Tensões Intrapsíquicas do ZBI, indicando que quanto maior foi a dificuldade de estabelecer planos detalhados e exequíveis, maior foi a percepção de sobrecarga emocional entre os participantes. Embora percebessem a necessidade de mudança, não sabiam como executá-la, no momento da entrevista,

dificultando a possibilidade de resolução de problemas que poderiam contribuir para uma visão dessa atividade como menos onerosa. O número de Planos Vagos também estava positivamente correlacionado com os escores dos cuidadores no Fator 2 do Inventário de Depressão. Ou seja, quanto maior o número de planos sem estratégias que foram relatados, maior o número de sintomas depressivos envolvendo impactos comportamentais (somáticos).

A relação entre o número de planos Em Fase de Preparo ou de Viabilização e o fator Tensões Intrapsíquicas do ZBI também foi significativa. Essa correlação foi negativa e moderada, ou seja, quanto menor foi o número de planos que estavam sendo organizados para serem de fato postos em prática, maior foi a percepção emocional negativa do papel de cuidar. Portanto, estar em um processo de busca de soluções pode melhorar a saúde mental desse cuidador que exerce essa atividade bastante onerosa reforçando a importância de programas de intervenção em planejamento de vida corroborando com a literatura que indica a importância desses para aumento de percepção de bem-estar (Farquharson & MacLeod, 2014).

Dessa forma, em consonância com a literatura, algumas das informações observadas confirmam, pelo menos parcialmente, o modelo proposto sobre o processo contínuo de planejamento e a saúde mental. Os cuidadores que conseguem monitorar e buscar diferentes estratégias para resolução das demandas que aparecem no contexto de cuidado e que conseguem colocar essas necessidades de mudança de forma assertiva para outras pessoas envolvidas, como forma de angariar apoio, parecem relatar mais planos passíveis de serem postos em prática. Somado a isso, o cuidador que consegue estabelecer esses planos mais exequíveis para equilibrar as atividades de cuidado com atividades que são importantes também para si relatam menor percepção de problemas de saúde mental.

Limitações do estudo

A interpretação dos resultados obtidos deve levar em consideração as limitações do presente estudo. Em relação à amostra, por exemplo, participaram 30 cuidadores familiares, 28 mulheres e 2 homens. Uma amostra maior poderia garantir dados estatísticos mais significativos quanto às variáveis estudadas. Embora a proporção maior de mulheres esteja de acordo com a literatura (Pinquart e Sörensen, 2003), uma amostra com mais homens permitirá verificar se existem diferenças culturais entre esses subgrupos que podem interferir na elaboração de planos e no repertório de habilidades exigidas na tarefa de cuidar de um outro. O perfil socioeconômico e de escolaridade dos participantes também pode ter sido uma variável importante. Todos os participantes moravam no estado de São Paulo onde, no cenário atual brasileiro, as famílias possuem maior escolaridade e recursos financeiros que em algumas outras regiões. É provável que estas variáveis interfiram na quantidade e exequibilidade dos planos.

Além disso, a estrutura do instrumento Planos de Vida pode ter estimulado os cuidadores a relataram planos apenas dentro das áreas especificadas. Na categoria “outros”, em geral, os cuidadores que chegaram a relatar algum plano descreveram planos relacionados à espiritualidade. É possível que se o instrumento incluísse a área “minha espiritualidade”, outros cuidadores também teriam relatado planos para ela e, portanto, apresentariam um número maior de planos. A espiritualidade tem sido considerada na literatura como área importante para a qualidade de vida dessa população (Pereira & Soares, 2015; Souza et al., 2017) indicando a importância de considerá-la em futuros estudos.

Ademais, o instrumento divide-se em sete áreas que se iniciam com pronomes possessivos como “minha” e “meu”. É provável que o uso desses pronomes em um contexto de cuidado induza o respondente a pensar em planos que não incluem o idoso que está sendo

cuidado. Esse fato pode estar relacionado ao número baixo de cuidadores que relataram planos e atividades que incluíssem seu familiar cuidado.

É ainda importante, para melhor compreensão de planejamento de vida para essa população, identificar fatores que contribuíram para a relação entre o número de planos e a saúde mental ou bem-estar de cuidadores. Um número pequeno de planos pode estar relacionado com menor bem-estar em função de uma falta de estratégias, ou para a resolução de problemas, ou para se engajar em importantes atividades sociais e de saúde física e mental. Ademais, é preciso verificar se o formato da relação ideal entre o número de planos exequíveis e o bem-estar é linear ou uma curva de u-invertida. Alguém com um número grande de planos estará investindo muito no seu futuro e não procurando formas de valorizar ou melhorar a situação em que se encontra atualmente?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foi possível obter informações sobre algumas habilidades que contribuem para que cuidadores de idosos lidem com a tarefa de equilibrar suas necessidades com as dos idosos sob seus cuidados. As evidências apontam que seria importante que, diante das dificuldades de saúde física e mental que já foram notadas nesta população, os psicólogos ajudem os cuidadores a identificar ferramentas psicológicas e interpessoais que possam ajudá-los, cada um a sua maneira, com o desafio de encontrar formas de cuidar de outra pessoa, sem se anular. Dessa forma, a elaboração e avaliação de intervenções que considerem planejamento de vida tornam-se importantes para promover a saúde mental e bem-estar dessa população.

REFERÊNCIAS

- Bandeira, M.T., Gonçalves J.A., Santos, D.C.S., Lima, D.C., & Oliveira, M.S. (2014). Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade. *Psico-USF*, 19(3), 399-409.
- Bauab, J. P., & Emmel, M. L. G. (2014). Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(2), 339-352.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory—II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bianchi M, Flesch LD, Alves EVC, Batistoni SST, Neri AL. Zarit Burden Interview Psychometric Indicators Applied in Older People Caregivers of Other Elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2835.
- Braz, E., & Ciosak, S. I. (2009). O tornar-se cuidadora na senescência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 372-377. doi:10.1590/S1414-81452009000200019
- Camarano, A. A., & Mello, J. L. (2010). Introdução. In: Camarano, A. A. (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: Um novo risco social a ser assumido, 13-37. Rio de Janeiro, RJ: IPEA.
- Carvalho, A. M. A, Cavalcanti, V. R. S., Almeida, M. A. & Bastos, A. C. S (2008). Mulheres e cuidado: Bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? *Paidéia*, 18(41), 431-444.
- Corso, H. V., Sperb, T. M., Jou, G. I., & Salles, J. F. (2013). Metacognição e Funções Executivas: Relações entre os Conceitos e Implicações para a Aprendizagem. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29 (1), 21-29.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem Matemática*. Porto Alegre: Artmed, pp. 220-249.

- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del Prette): Manual de Aplicação, Apuração e Interpretação*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- _____ (2011). *Psicologia das Relações Interpessoais: Vivências Para o Trabalho em Grupo* (9^a. ed.) Petrópolis: Vozes.
- _____ (2017). *Habilidades Sociais e Competência Social para uma Vida Melhor*. São Carlos, SP, EDUFSCar. 243pp.
- 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.
- Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Kergoat, M.J, Coulombe, R. (2011). Challenges associated with transition to caregiver role following diagnostic disclosure of Alzheimer disease: a descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(9), 1109-19.
- 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.
- Farquharson, L & MacLeod, A. K. (2014). A brief goal-setting and planning intervention to improve well-being for people with psychiatric disorders. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 83(2), 122–124.
- Ferreira, C.F., Queluz, F.N.F.R, Ximenes, V.S., Isaac, L. & Barham, E.J. (2017). P3Es e a diminuição da sobrecarga em cuidadores: Confirmando efeitos em curto e longo prazo. *Revista Kairós Gerontologia*. 20(3), 131-150.
- Ferreira, C.F., Ximenes, V.S. & Isaac, L. (2018) Cuidar de Idosos: Um Assunto de Mulher? *Estudos Interdisciplinares em Psicologia - UEL*. Artigo submetido para publicação

- Ferreira, H. G., & Barham, E. J. (2011). O envolvimento de idosos em atividades prazerosas: revisão de literatura sobre instrumentos de aferição. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(3), 579-590.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.
- França, A.B. (2017) *Escala de Metacognição - Sênior: evidências de validade, precisão e normas iniciais para idoso*. Tese de doutorado, Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: Famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- Katz, Sidney & B. Ford, Amasa & W. Moskowitz, Roland & A. Jackson, Beverly & W. Jaffe, Marjorie. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *The Journal of the American Medical Association*.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY: Guilford.
- Kohlsdorf, M.; Costa Junior, A. L. (2009) O autorrelato na pesquisa em psicologia da saúde: desafios metodológicos. *Psicologia Argumento*, 27, 131-139.
- Lino, V.T.S, Pereira, S.R.M., Camacho, L.A.B, Ribeiro, S.T., Filho, & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 103-112.
- Lorenzini, M. F. J. (2014). *Trabalhadores que cuidam de parentes idosos: Esforços e necessidades na conciliação de responsabilidades profissionais e familiares*. Monografia. Curso de Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.

- MacLeod, A. K. (2013). Goals and plans: Their relationship to well-being. Em A. Efklides & D. Moraitou, D. (Org.) *A Positive Psychological Perspective on Quality of Life*. Dordrecht: Springer, pp.33-50.
- MacLeod, A. K., Coates, E., & Hetherington, J. (2008). Increasing well-being through teaching goal-setting and planning skills: Results of a brief intervention. *Journal of Happiness Studies*, 9(2), 185-196.
- Ministério do Trabalho (2016). *Classificação Brasileira de Ocupações: CBO*. Brasília, DF: MTE, SPPE. Recuperado de: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/saibaMais.jsf>
- Mumford, M. D., Schultz, R. A., & Van Doorn, J. R. (2001). Performance in planning: Processes, requirements, and errors. *Review of General Psychology*, 5(3), 213-240.
- Neri, A. L. (2014). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Nunes, C. O. A. T. (2015). *Programa de Preparação de Planos de Vida para a Aposentadoria: Avaliação de Necessidades, Processo e Efeitos*. Tese de doutorado, Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil e Programa Doutoral em Psicologia da Universidade do Porto, Portugal.
- Osbourn, H. K.; Hatcher, J. M.; & Zongrone, B. M. (2015). Training and development in organizational planning skills. Em M. D. Mumford e M. Frese (Eds.). *The Psychology of Planning in Organizations: Research and Applications*. New York: Routledge.
- Pascualon, J. F. (2011). *Escala de avaliação da metacognição infantil: elaboração dos itens e análise dos parâmetros psicométricos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- Pascualon-Araújo, J. F. (2015). *Escala de Metacognição: Evidências de Validade, Precisão e Estabelecimento de Normas*. Tese de doutorado, Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

- Pereira, L.S.M, Soares, S.M. (2015). Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3839-3851.
- Perracini, M. R., & Neri, A. L. (2012) Tarefas de cuidar: Com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In A. L Neri (Ed.), *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais* (3a. ed., pp. 165-201). Campinas, SP: Alínea.
- Pfeffer, R.I, Kurosaki, T.T., Harrah, C.H.Jr, Chance, J.M, Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37(3), 323-329.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. doi:10.1037/0882-7974.18.2.250
- Pinto, F. N. F. R.; Barham, E. J.; & Del Prette, Z.A. (2016). Conflitos interpessoais no cuidado de idosos: importância das habilidades sociais do cuidador. *Paideia*, 26(64), 161-170.
- Pinto, F.N.F.R. (2016). *Construção e Análise Psicométrica de um Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos Familiares*. Tese de doutorado, Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil.
- Pinto, F. N. F. R., & Barham, E. J. (2014). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 525-539.

- Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos (2003). *Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.* Diário Oficial da União. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
- Queluz, F.N.F.R., Barham, E.J., Del Prette Z.A.P., & Santos, A.A. (2017). Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos (IHS-CI): evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 78-86.
- Queluz, F. N. F. R., Barham, E. J., Del Prette, Z. A. P., Fontaine, A. M. G.V., & Olaz, F. O. (2017). Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos (IHS-CI): Evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 78-86.
- Ribeiro, C. (2003). Metacognição: Um Apoio ao Processo de Aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 109-116.
- Robinson, K. M. (1988). A social skills training program for adult caregivers. *Advances in Nursing Science*, 10(20), 59-72.
- Santos-Orlandi, A.A., Brito, T.R.P., Ottaviani, A.C., Rossetti, E.S., Zazzetta, M.S., Gratão, A.C.M, Orlandi, F.S., & Pavarini, S.C. (2017). Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. *Escola Anna Nery*, 21(1), 2017.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., & O'Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory–II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32 (1), 3-20. Doi: 10.1177/0145445507303833
- Seima, M. D., & Lenardt, M. H. (2011). A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Textos & Contextos*, 10(2), 388-398.
- Souza, E.N., Oliveira, N.A., Luchesi, B.M., Gratão, A.C.M., Orlandi, F.S., & Pavarini, S.C.. (2017). Relação Entre A Esperança E A Espiritualidade De Idosos Cuidadores. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(3)

- 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.
- Tomomitsu, M., Perracini, M., & Neri, A. (2013) Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 16*(4), 663-680.
- Welsh, D. T., & Ordóñez, L. D. (2014). The dark side of consecutive high performance goals: Linking goal setting, depletion, and unethical behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 123*(2), 79-89. DOI:
- Ximenes, V.S., Queluz, F.N.F.R, Barham, E.J. (2018). *Revisão da literatura acerca da relação entre habilidades sociais e apoio social em diferentes contextos*. Artigo submetido para publicação
- Zanelli, J. C., Silva, N., & Soares, D. H. P. (2010). Orientação para aposentadoria nas organizações de trabalho: Construção de projetos para o pós-carreira. Porto Alegre: Artmed.
- Zarit, S. H., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The Hidden Victims of Alzheimer's Disease: Families Under Stress*. New York: NYU Press.

Anexo A

Perguntas abertas sobre o planejamento de ajustes na rotina de cuidados

1. Em uma situação em que surge uma tarefa extra no contexto de sua família (levar o idoso ao médico), o que é feito para decidir quem fará essa tarefa?
2. O que te leva a refletir sobre suas ações no contexto familiar?
3. O que você faz para encontrar formas de resolver os problemas que aparecem no contexto familiar?
4. Você sente que precisa se esforçar para cumprir as tarefas da sua rotina familiar? Com que frequência? Dê um exemplo
5. De que maneira você se esforça mais nesse contexto?
6. Em algum momento você julgou necessário redefinir suas prioridades em relação à sua família? Dê exemplos
7. Você costuma pedir ajuda ou delegar tarefas a outros familiares? Em que situações isso já ocorreu/costuma ocorrer?
8. Você já contratou serviços de terceiros para tarefas da casa ou cuidado com o idoso? Se sim, como foi o processo que o fez chegar a essa decisão?

3. Minha vida financeira (previsão de renda e despesas) / Investimentos:

Curto Prazo	Médio Prazo

4. Minha saúde física / bem-estar físico:

Curto Prazo	Médio Prazo

5. Meus relacionamentos sociais (amigos, colegas):

Curto Prazo	Médio Prazo

6. Meus relacionamentos familiares (parceiro(a), filhos(as), netos(s), pais, etc):

Curto Prazo	Médio Prazo

7. Meu lazer e atividades culturais:

Curto Prazo	Médio Prazo

8. Outros (especifique):

Curto Prazo	Médio Prazo

Considerando as suas preferências pessoais e os efeitos que você acredita que a função de cuidador tem na sua vida, assinale qual o nível de **IMPORTÂNCIA** de cada área listada abaixo (variando de 1 a 10) para o seu equilíbrio e bem-estar psicológico:

Ao responder cada item, utilize a seguinte escala:

1-2 nenhuma importância; 3-4 alguma importância; 5-6 média importância; 7-8 muita importância e 9-10 máxima importância

1. Ocupação/ Atividades profissionais.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Desenvolvimento pessoal.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Vida financeira.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Saúde física/ Bem-estar físico.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Relacionamentos sociais (colegas, amigos).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Relacionamentos familiares (parceiro(a), filhos(as), netos(s), pais, etc).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Lazer e atividades culturais.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Planejamento de Vida e Percepção de Sobrecarga de Cuidadores de Idosos Dependentes

Pesquisador: Leticia Isaac

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55518216.5.0000.5504

Instituição Proponente: CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.579.821

Apresentação do Projeto:

Pesquisa descritiva, de levantamento das necessidades da população-alvo (cuidadores de idosos localizados na Unidade de Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - São Carlos- SP), com uso de 3 instrumentos, os quais gerarão dados objetivos e outros mais subjetivos. Os dados psicométrico sofrerão análise descritiva e aqueles de ordem qualitativa, análise categorial. Os dados estão prospectados a serem obtidos em dois encontros com os participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar habilidades que afetam a capacidade do cuidador de idoso estabelecer planos que contribuam para o seu bem estar. Para tanto, enquanto objetivos específicos, pretende-se: (a) descrever as habilidades metacognitivas, (b) avaliar as habilidades sociais dos cuidadores, (c) analisar os planos dos cuidadores, para esta fase de suas vidas e (d) verificar a relação entre as habilidades avaliadas e a qualidade dos planos dos cuidadores (e) verificar qualidade dos planos e bem estar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE aponta os benefícios e os riscos,. Quanto ao último, lista o cansaço ao responder aos instrumentos e possível desconforto ao falar sobre situação de vida e, menciona que como a

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.579.821

pesquisadora "é uma psicóloga com treinamento prévio nesta área", poderá ajudar o sujeito a pensar estratégias construtivas que posso ser utilizada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os dados serão coletados nas dependências da USE, no momento de espera do cuidador do idos que estará em atendimento fisioterápico. No TCLE afirma que a pesquisa não afetará a relação com a instituição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o parecer da USE autorizando o estudo, o qual não explicita o nome de quem assinou e foi assinado na condição de 'por'. Folha de rosto adequadamente preenchida e assinada.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Do ponto de vista ético encontra-se suficiente.

Considerações Finais a critério do CEP:

Estudo atende às recomendações éticas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_681523.pdf	23/04/2016 09:26:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLeticiaCEP.pdf	22/04/2016 11:32:53	Leticia Isaac	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ParecerUSE.pdf	13/04/2016 22:55:32	Leticia Isaac	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/04/2016 22:50:25	Leticia Isaac	Aceito
Folha de Rosto	LeticiaIsaac.pdf	13/04/2016 22:47:12	Leticia Isaac	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.579.821

Não

SAO CARLOS, 08 de Junho de 2016

Assinado por:
Ricardo Cameiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Página 03 de 03

Anexo D

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____
, RG: _____ aceito participar da pesquisa, “Planejamento de Vida entre Cuidadores de Idosos Dependentes”, realizada pela mestrandia Letícia Isaac e orientada pela Profa. Dra. Elizabeth Joan Barham, ambas da Universidade Federal de São Carlos.

Por meio desta pesquisa, será realizado um levantamento de habilidades que possam afetar os planos de vida e percepções de bem estar entre cuidadores que assistam idosos dependentes. Eu estou sendo convidado a participar desta pesquisa por ser um cuidador de um idoso dependente.

Concordo em participar da pesquisa, respondendo a alguns instrumentos com perguntas sobre os cuidados que ofereço ao meu parente idoso, sobre os planos que tenho para esta fase de minha vida e sobre minhas percepções de minha situação atual.

Minha participação deve me trazer alguns benefícios, tais como: (a) a oportunidade de refletir e conversar com um profissional sobre a minha situação de cuidador de idoso, o que demanda lidar com situações estressantes, (b) registrar um plano de vida que contemple áreas importantes para meu bem-estar, diante da situação de cuidado e para preservar minha relação com o idoso que assisto.

Os riscos ligados à minha participação nessa pesquisa dizem respeito à possibilidade de sentir algum cansaço ao responder aos instrumentos e possível desconforto ao falar sobre uma situação que existe na minha vida, que pode estar sendo estressante. No entanto, a pesquisadora é uma psicóloga com treinamento prévio nesta área, e poderá me ajudar a pensar em estratégias construtivas que posso usar na minha situação. Meu anonimato será rigorosamente mantido. Assim, na apresentação dos achados principais, por exemplo, não serão divulgados resultados individuais que podem me identificar.

Declaro ciência de que minha participação é voluntária e que posso me retirar da

pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete algum tipo de prejuízo na minha relação com o aplicador ou nos serviços que usufruo pela instituição em que fui recrutado. Os resultados gerais poderão ser divulgados em reuniões e trabalhos científicos e utilizados para a realização da tese de mestrado de Letícia Isaac, mas nunca revelando minha identidade. Receberei uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar minhas dúvidas sobre o projeto e minha participação neste, agora ou a qualquer momento. Também receberei uma devolutiva sobre os principais resultados do estudo.

A pesquisadora 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

São Carlos, _____ de _____ de 20____.

Pesquisadora Responsável: Letícia Isaac

Assinatura do Participante

Contato da Pesquisadora Responsável

Tel: (19) 98820-8434

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil