

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



VANESSA SANTIAGO XIMENES

**UM ESTUDO CORRELACIONAL ENTRE HABILIDADES SOCIAIS, SUPORTE
SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS**

São Carlos

2018

VANESSA SANTIAGO XIMENES

UM ESTUDO CORRELACIONAL ENTRE HABILIDADES SOCIAIS, SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS

Texto para a banca de defesa de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos.

Orientadora-Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham
Pesquisa com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Banca examinadora:

Membro interno titular: Prof.^o Dr. Almir Del Prette

Membro externo titular: Prof.^a Dr.^a Susana Maria Gonçalves Coimbra

São Carlos

2018



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Vanessa Santiago Ximenes

São Carlos, 02/03/2018

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

Prof.^a Dr.^a Susana Maria Gonçalves Coimbra
Universidade do Porto/UP

Prof. Dr. Almir Del Prette
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Certifico que a sessão de defesa foi realizada com a participação à distância da **Prof.^a Dr.^a Susana Maria Gonçalves Coimbra** 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 Vanessa Santiago Ximenes.

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 14h00 no dia 02/03/2018.

Comissão Julgadora:
Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham
Prof.^a Dr.^a Susana Maria Gonçalves Coimbra
Prof. Dr. Almir Del Prette

Homologada pela CPG-PPGPsi na
_____*Reunião no dia ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Débora Hollanda de Souza
Coordenadora do PPGPsi

Dedico este trabalho a todos os cuidadores de idosos.

Reinauguração

Entre o gasto dezembro e o florido janeiro,
Entre a desmistificação e a expectativa,
Tornamos a acreditar, a ser bons meninos,
E como bons meninos reclamamos
A graça dos presentes coloridos.
Nossa idade – velho ou moço – pouco importa.
Importa é nos sentirmos vivos
E alvoroçados mais uma vez, e revestidos de beleza,
A exata beleza que vem dos gestos espontâneos
E do profundo instinto de subsistir
Enquanto as coisas em redor se derretem e somem
Como nuvens errantes no universo estável.
Prosseguimos. Reinauguramos. Abrimos os olhos gulosos
A um sol diferente que nos acorda para os
Descobrimientos.
Esta é a magia do tempo.
Esta é a colheita particular
Que se exprime no cálido abraço e no beijo comungante,
No acreditar da vida e na doação de vivê-la
Em perpétua procura e perpétua criação.
E já não somos apenas finitos e sós.
Somos uma fraternidade, um território, um país
Que começa outra vez no canto do galo de 1º de janeiro

Carlos Drummond de Andrade

Agradecimentos

No dia em que decidi participar do processo seletivo para o mestrado na (tão distante) “federal de São Carlos”, percebi que desde aquele momento, minha lista de agradecimentos já começaria.

Tatá, uma amiga completa, criou um desejo que, dia a dia, foi se potencializando em mim e se tornando ideias e palavras. Com sua leitura atenta e perspicaz, dividiu comigo dicas valiosas para o que se tornaria meu *projeto de pesquisa*. Muita gratidão por você ouvir cada desabafo com tanto cuidado, por me encorajar a pensar, e a me deixar ir no afeto daquilo que desperta interesse. Seguindo a história...

Nesse processo de criação, impossível deixar de agradecer também o incentivo decisivo da Annie, minha querida psicóloga.

Provas de seleção e, BINGO! Aprovada! Adeus, Londrina. São Carlos: lá vou eu! Mudar de cidade nunca foi uma dificuldade para mim, pelo contrário, sempre representou um movimento que, além de físico, é também emocional.

Logo de cara, minha primeira disciplina foi a de Habilidades Sociais, com Zilda e Almir Del Prette. Uau! Incrível. E nesse contexto, conheci a Fran, uma das pessoas que mais contribuiu para minha formação nos anos que viriam. A meu ver, com o empurrãozinho dela, pude estudar aquilo que inicialmente me propus: cuidadores de idosos. Fran, um sincero agradecimento por compartilhar seu (grande) conhecimento, sua ajuda e sua motivação.

Junto com a disciplina de Habilidades Sociais, veio também a Letícia, ou Lerelê, Letrícia, Lê. Pouco mais de uma semana que havíamos nos conhecido, me infiltrei no apto dela e desde então, já moramos juntas, já dividimos quarto, já demos palestras, já quisemos desistir e agora, infelizmente, moramos longe. Lê, amiga-parceira, obrigada pela leveza, pela graça e pela parceria. Você acrescentou um novo sentido a minha experiência no mestrado, e me ensinou mil e uma possibilidades de viver essa vida. Espero sempre tê-la por perto, mesmo à distância.

Muitas outras pessoas contribuíram para colorir um caminho cheio de normas APA. Serei grata por cada momento que dividimos juntos: Camila, Grazi, Amelie, Marcela, Ligia, Thais C., Thais J., Duda, Raquel, Lívia, Bruno.

Aproveito para reforçar minha gratidão pelos professores Almir Del Prette e Susana Coimbra, que gentilmente aceitaram compor minha banca de defesa desta dissertação.

Por fim, três pessoas que foram fundamentais para se alcançar o resultado desejado.

Lisa, sou muito agradecida por cada discussão que tivemos, cada explicação de estatística, de modelos teóricos, por cada correção. Porém, sou ainda mais agradecida por aquilo que você talvez nem saiba que me ensinou. Com você, aprendi um novo olhar. Um olhar

para o outro. Com suas reflexões e atitudes, você me ensinou a perceber que cada pessoa é um mundo a ser considerado, e especialmente, respeitado. Levarei essa lição! Orlando, você esteve comigo desde muito antes disso aqui acontecer, e quando decidi encarar esse novo desafio, você permaneceu. Quantas e quantas vezes ouvi de você: “Calma fu, você não precisa fazer tudo agora, respira”. Sabe, sua palavra foi equilíbrio, e sua presença, afago. Já te disse isso algumas vezes, e hoje cabe repetir, gostaria que você sentisse pelo menos metade de toda a força que você me dá. Obrigada, de todo meu coração, pela compreensão e companheirismo.

Encerrando esse momento, meu agradecimento para minha mãe. Aquela que não precisou entender de vida acadêmica para entender o quanto eu precisaria dela ao longo desses dois anos. Mãe, é um privilégio viver esta vida com você. Um *obrigada* imenso pela sua confiança e por estar aberta a se reinventar. Que a gente continue assim: vivendo as minhas e as suas mudanças!

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO	3
HIPÓTESES	33
OBJETIVOS	33
MÉTODO	34
<i>Delineamento da pesquisa</i>	34
<i>Considerações éticas</i>	34
<i>Local e procedimento da coleta de dados</i>	36
<i>Instrumentos</i>	37
<i>Análise de dados</i>	40
RESULTADOS	41
DISCUSSÃO	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE	73
<i>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	73
ANEXOS	75
<i>Anexos A e B - Questionário Sociodemográfico e Critério de Classificação Econômica Brasil</i>	75
<i>Anexo C - Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS-A</i>	76
<i>Anexo D – Escala de Qualidade de Vida na Demência de Alzheimer – versão do cuidador familiar - CqdV</i>	79
<i>Anexo E - Katz - Escala de Atividades Básicas de Vida Diária</i>	80
<i>Anexo F – Questionário de Atividades Funcionais - Pfeffer</i>	81

Ximenes, V.S. (2018). *Um Estudo Correlacional entre Habilidades Sociais, Suporte Social e Qualidade de Vida em Cuidadores Familiares de Idosos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. 90pp.

RESUMO

A demanda com cuidados de parentes idosos vem aumentando exponencialmente, no Brasil, ao mesmo tempo que a disponibilidade de apoio familiar tende a ser cada vez mais restrita. Assim, muitos cuidadores de idosos relatam intensas dificuldades para mobilizar outros familiares para dividirem a responsabilidade de cuidar, como também relatam mais problemas de saúde e percepção de qualidade de vida menos positiva em comparação com pessoas de perfil sociodemográfico similar, mas que não são cuidadoras. Portanto, é importante identificar variáveis que ajam como amortecedoras de adversidades e que permitam que o cuidador possa construir um contexto mais benéfico para ajudar seu parente idoso. Com base em estudos conduzidos com outras populações, é possível notar que as pessoas com habilidades sociais mais desenvolvidas apresentam percepções de mais suporte social e melhor qualidade de vida. Além disso, condições sociodemográficas parecem influenciar a emissão de habilidades sociais, a obtenção de suporte social e a avaliação da qualidade de vida. Para planejar intervenções psicossociais para cuidadores de idosos, seria importante verificar se as habilidades sociais também contribuem significativamente para superar as barreiras que dificultam a divisão de responsabilidades para o cuidado de um parente idoso. Baseado nessas considerações e em três modelos teóricos usados para entender fatores que afetam o bem-estar de cuidadores de idosos, os objetivos do presente estudo foram: (a) examinar a frequência de emissão de habilidades sociais, e percepções de suporte social e qualidade de vida, (b) analisar a força da relação entre as habilidades sociais de cuidadores de idosos e suas percepções de suporte social e qualidade de vida, e (c) investigar a influência de fatores sociodemográficos e do grau de dependência do idoso sobre estas variáveis. Participaram do estudo 70 cuidadores familiares de idosos, sendo 65 mulheres, recrutados em três estados brasileiros, com idade variando entre 27 e 78 anos. Todos responderam aos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, Critério de Classificação Econômica Brasil, Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos Familiares, Escala de Percepção do Suporte Social, a Escala de Qualidade de Vida - versão do cuidador, Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz, e Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer. Os escores dos cuidadores nas medidas de habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida foram médias a altas e foram encontradas correlações positivas e de força moderada entre estas três medidas. A escolaridade do cuidador apresentou uma correlação positiva, de magnitude fraca, com suas habilidades sociais. Não foi observada influência da idade, do nível socioeconômico e do grau de dependência do idoso sobre as variáveis principais deste estudo. Tendo em vista que as evidências obtidas apoiam os teóricos que propõe a existência de uma relação entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida, um próximo passo será a elaboração e a avaliação de programas de treinamento em habilidades sociais para determinar se o desenvolvimento e emissão dessa classe de comportamentos ajudaria os cuidadores a angariarem suporte social de maior qualidade, amenizando a sobrecarga com esta responsabilidade e melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Habilidades Sociais; Suporte Social; Qualidade de vida; Cuidador Familiar; Idoso.

Ximenes, V.S. (2018). *A Correlational Study between Social Skills, Social Support and Quality of Life in Family Caregivers of Elderly*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. 90pp.

ABSTRACT

The demand for care of elderly family has increased exponentially in Brazil, while the availability of family support tends to be increasingly restricted. Thus, many caregivers of elderly people report intense difficulties in mobilizing other family members to share responsibilities for caring, and also report poorer health and lower quality of life compared to people with a similar sociodemographic profile, but who are not caregivers. Therefore, it is important to identify variables that act as buffers for adversity and that allow the caregiver to construct a more beneficial context to help his or her elderly family. Based on studies conducted with other populations, it has been shown that those with better developed social skills have more positive perceptions of social support and of quality of life. In addition, sociodemographic conditions seem to influence people's use of social skills and the quality of the social support they receive. To plan psychosocial interventions for those who care for an elderly relative, it would be important to verify whether social skills are effective in overcoming barriers so that other family members also assume responsibilities for caring for an elderly relative. Based on these considerations and three theoretical models used to understand the wellbeing of those who care for an elderly family member, the objectives of this study were to: (a) examine the frequency of their use of social skills, and their perceptions of social support and quality of life, (b) analyze the strength of the relationship between caregivers' social skills and their perceptions of social support and quality of life, and (c) investigate the influence of sociodemographic factors and the dependency of the care-recipient on these variables. Study participants were 70 caregivers who assisted an elderly family member, 65 of them were women, recruited in three Brazilian states, with ages ranging between 27 and 78 years. They all responded to the following instruments: Brazilian Criteria for Economic Classification, the Social Skills Inventory for Family Caregivers of the Elderly, the Scale of Perceived Social Support, Quality of Life Scale – caregiver version, the Katz Scale of Daily Living Activities, and Pfeffer's Functional Activities Questionnaire. The caregivers' scores on the measures of social skills, social support and quality of life were moderate to high, and the correlations among caregivers' scores on these three measures were positive and of moderate strength. The caregivers' educational level had a weak, positive relationship with social skills. Their age and socioeconomic level, and the care-recipients' level of dependence did not have a significant relationship with any of the main, study variables. Given that the evidence obtained in this study supports theoreticians who propose that there is a relationship among social skills, social support and wellbeing, a next step will be to design and evaluate social skills training programs, to determine if the development and great use of this class of behaviors would help caregivers to obtain higher quality social support, lessening the burden of this responsibility, and improving their quality of life.

Key words: Social skills; Social support; Quality of life; Family caregiver; Elderly people

INTRODUÇÃO

A função de cuidar de um familiar idoso dependente envolve tarefas de assistência e acompanhamento diários que tendem a se intensificar ao longo do tempo, à medida que o grau de dependência do idoso aumenta. Diante das dificuldades que cuidadores experimentam neste papel, muitas vezes, o envolvimento com as tarefas de cuidar está associado a efeitos negativos na saúde física e mental de quem cuida (Tomomitsu, Perracini, & Neri, 2014). Assim, a compreensão de variáveis que amortecem tais consequências adversas é fundamental para a proteção da saúde e da qualidade de vida do cuidador e, portanto, do idoso que este acompanha. A percepção de suporte social pode atenuar os desfechos adversos da prestação de cuidados e contribuir para uma melhor adaptação do cuidador a este contexto. Em estudos com outras populações, há evidências de que a emissão de habilidades sociais pode favorecer o acesso ao suporte social (por exemplo, Müller et al., 2015; Vázquez & Lemos, 2013), uma vez que as habilidades sociais são classes de comportamentos que auxiliam na manutenção de relações com outras pessoas e na consecução de objetivos que requerem a articulação de esforços entre estas (Del Prette & Del Prette, 2017).

No entanto, pedir e receber apoio depende de um contexto cultural em que as pessoas concordam em dedicar recursos pessoais para uma determinada finalidade social. Neste sentido, Pinto, Barham e Del Prette (2016) entrevistaram 50 cuidadores de idosos dependentes, e a maioria deles descreveu dificuldades significativas para obter ajuda. Além disso, não foram encontrados estudos na literatura brasileira indicando se as habilidades sociais de cuidadores familiares de idosos contribuem para que o cuidador possa angariar mais suporte social e se cuidadores com repertório desenvolvido de habilidades sociais e maior percepção de suporte social também percebem a própria qualidade de vida de forma mais positiva.

Como um primeiro passo no processo de investigar se existe uma relação funcional entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida, e quais fatores contextuais afetam esta relação, o objetivo geral do presente estudo foi verificar se há associações entre estas variáveis em cuidadores familiares de idosos. Além disso, pretendeu-se avaliar a influência de variáveis sociodemográficas e o grau de dependência do idoso na emissão de habilidades sociais e nas percepções de suporte social e qualidade de vida do cuidador. Para descrever as necessidades sociais e as bases teóricas que fundamentam este trabalho, discute-se, a seguir: (a) as principais mudanças sociais que resultaram em um aumento na demanda por cuidadores familiares de idosos dependentes, (b) os conceitos de habilidades sociais e competência social, a relevância destes repertórios comportamentais para cuidadores de idosos e a influência de aspectos sociodemográficos na emissão de habilidades sociais, (c) a conceituação de suporte social, seus efeitos benéficos para a vida dos indivíduos e o papel das variáveis sociodemográficas sobre a obtenção de apoio, (d) o construto qualidade de vida e alguns fatores que podem afetar a avaliação das pessoas sobre ela, como a idade, o nível socioeconômico, a escolaridade e o grau de dependência do idoso e (e) três modelos teóricos que delineiam relações entre distintas variáveis que afetam as habilidades sociais, o suporte social e indicadores do bem-estar do cuidador de idosos.

Mudanças sociais que influenciaram a demanda por cuidadores familiares de idosos

Os grandes avanços obtidos nas áreas das ciências da saúde, associados à acentuada melhora nas condições de vida da população brasileira, observada a partir de meados do século XX, têm contribuído para a ampliação da expectativa de vida da população (Neri, 2014). Gaioli, Furegato e Santos (2012) destacaram mudanças no cenário de morbimortalidade em idosos. Há um decréscimo na morte por enfermidades infectocontagiosas, que geralmente levam à morte súbita do idoso, e uma elevação da prevalência de casos de doenças crônico-degenerativas, que parecem ser produtos da idade elevada em conjunto com o estilo de vida de cada indivíduo

(como as demências, artrite ou reumatismo, problemas na coluna, cardiopatias e diabetes), que acarretam em uma deterioração progressiva da saúde. Assim, idosos têm vivido por mais tempo em estado de dependência. Esta alteração vem requerendo uma reorganização estrutural e funcional da assistência aos idosos, em razão do prolongamento temporal do período de dependência de uma proporção cada vez maior destes, fazendo com que a demanda por cuidadores se intensifique (Camarano & Kanso, 2010).

Em um estudo de meta-análise de escopo internacional, Pinquart e Sörensen (2000) afirmaram que cerca de 80 a 90% de idosos dependentes são cuidados por membros da própria família. Em estudos nacionais recentes, pesquisadores confirmaram esta informação para o cenário brasileiro, indicando que membros da família são a principal fonte de suporte e cuidado ao idoso (Gaioli et al., 2012; Gonçalves et al., 2013; Loureiro & Fernandes, 2015). Todavia, a realidade mais frequente sobre quem assume a prestação de cuidados ao idoso foi descrita por Camarano e Kanso (2010) da seguinte maneira: “por família, entende-se mulher” (p. 93); porém, outros pesquisadores brasileiros reportam que entre 15 a 30% dos cuidadores de familiares idosos são homens (Tomomitsu, et al., 2014; Santos-Orlandi et al., 2017).

Pinquart e Sörensen (2000) descreveram que cuidadoras familiares de idosos são, em sua maioria, esposas ou filhas do idoso assistido, pois, em geral, as esposas são mais novas que os maridos e, além disso, as mulheres são mais longevas do que os homens, embora apresentem mais queixas de saúde do que eles. Pereira e Carvalho (2012) destacaram que o cônjuge se encontra na primeira linha da prestação de cuidados e são os cônjuges cuidadores que relatam maior sintomatologia depressiva, sobrecarga financeira e física, e estresse. As pesquisadoras afirmaram que o ajustamento conjugal pode ser considerado uma variável moderadora para a qualidade de vida do cuidador, de modo que uma baixa satisfação conjugal limita o acesso ao suporte social advindo do parceiro e prejudica a qualidade de vida do cuidador.

A maior parte dos cuidadores está na faixa de idade de 50 a 65 anos, e, além de cuidar do idoso, apresentam outras responsabilidades que competem por seu tempo, como cuidar de si próprio e de crianças da família (netos, por exemplo), e executar rotinas domésticas (Pereira & Carvalho, 2012). As autoras também pontuaram que, quanto aos estressores vivenciados pelos cuidadores, assume-se que comportamentos-problema dos idosos (por exemplo, agressividade, falta de colaboração), geram mais desfechos negativos do que o ônus das tarefas “domésticas” envolvidas no cuidar. Ou seja, a teimosia e a resistência do familiar dependente impactam mais na saúde mental do cuidador do que tudo que fazem para auxiliar o idoso no cumprimento de atividades diárias, como dar banho, vestir e alimentá-lo.

Não é recente a constatação de que a mulher é a protagonista no cuidado dos dependentes da família. Na dinâmica social dos séculos anteriores ao atual, desenhada nos entornos do patriarcado, a mulher já figurava como aquela que procria, obedece, ordena o lar e cuida das crianças, dos doentes e dos idosos da família (Silva, 2009). Elas eram chefes no ambiente doméstico e privado, sendo valorizadas pela função de esposa virtuosa, boa mãe e filha dedicada, enquanto os homens eram mantenedores financeiros da família e ocupavam livremente o espaço público (Silva, 2009).

Porém, com o desenrolar do tempo, as mulheres vêm desenhando uma nova possibilidade de atuação na sociedade (Camarano & Kanso, 2010). Segundo estas autoras, o aumento na escolaridade das mulheres e sua inserção em um mercado de trabalho onde predominava o “sexo forte” foram significativos antecedentes de uma importante mudança social. Trabalhando fora de casa, as mulheres passaram a ter renda e tiveram a possibilidade de chefiar suas famílias. Camarano e Kanso (2010) afirmaram que cerca de 40% da renda das famílias brasileiras em 2009 era gerada pelas mulheres. De uma função reprodutiva e do lar, as mulheres se tornaram produtoras da própria independência e ainda, mantenedoras econômicas da família.

A invenção da pílula contraceptiva foi também um marco na alteração da postura feminina frente normatização da mulher-mãe e pode ser considerada mais um passo em direção a sua maior autonomia (Brandão, 2015). Isto é, a possibilidade de manter relações sexuais e não se tornar mãe permitiu às mulheres mais liberdade sobre seus corpos e suas escolhas. Assim, o acesso a métodos contraceptivos e a entrada da mulher no mercado de trabalho foram marcadores sociais de grande relevância para o processo de maior ocupação da figura feminina na vida social, econômica e política (Brandão, 2015).

Como consequência desses marcadores, as mulheres tiveram a possibilidade de decidir quantos filhos teriam e se constituiriam famílias ou não, e foi, então, nesse momento, que as famílias se tornaram menos numerosas. Além de menores, as famílias passaram a ser instituições sociais temporárias, à medida que os casais não mais seguiam à risca os votos de ficarem juntos “até que a morte os separe”. Assim, tais mudanças na nupcialidade afrouxaram os laços afetivos e a vinculação entre os membros da família (Camarano & Kanso, 2010).

Essas mudanças na configuração familiar e no papel da mulher vem trazendo desdobramentos sociais e influenciam diretamente na prestação de cuidados oferecidos aos idosos (Camarano & Kanso, 2010). Por exemplo, a existência de famílias menores significa que há menos pessoas para cuidar de seus membros dependentes. O mesmo é observado quando a mulher deixa o lar e passa a trabalhar fora, ou seja, aquela que antes permanecia em casa e tinha disponibilidade para cuidar de seus familiares, é a que atualmente realiza longas jornadas de trabalho formal e contribui para o incremento da renda familiar. Observa-se, também, o reflexo das modificações na nupcialidade para o cuidado ao idoso, pois é esperado que um número maior de casamentos resulte em menor atenção familiar, ou seja, o idoso que casou uma vez tem mais chances de receber ajuda de seus familiares do que o idoso que casou duas ou mais vezes, devido à maior conexão afetiva com os familiares (Camarano & Kanso, 2010).

Em concomitância a todas essas modificações sociais, há também uma mudança demográfica, que é o aumento na expectativa de vida da população. Assim, com a menor disponibilidade dos filhos para cuidarem dos pais idosos (devido ao trabalho fora, por exemplo), aliada à maior expectativa de vida das pessoas na terceira idade, os cônjuges idosos se tornam a primeira opção para o cuidado de idosos da família (Santos-Orlandi, et al., 2017). Além disso, a expectativa de vida da mulher é cerca de sete anos maior que a do homem (Camargos & Gonzaga, 2015). Assim, é a esposa que geralmente irá prestar assistência ao marido e uma filha que irá assistir sua mãe idosa.

Santos-Orlandi et al. (2017) afirmam que grande parte dos cuidadores são pessoas idosas com baixa escolaridade, pois eles fazem parte de uma geração etária em que o trabalho (tanto doméstico quanto remunerado) era mais valorizado e incentivado do que a formação acadêmica. Estes autores pontuam, ainda, que o risco do idoso cuidador apresentar alguma doença crônica é maior, se comparado a cuidadores não idosos. Um idoso cuidador com doença crônica tende a ser negativamente impactado pelas demandas de assistência, pois despende grande parte de seu tempo cuidando de outro idoso, abrindo mão da própria saúde. Desta forma, um idoso cuidador pode oferecer um cuidado precário (Santos-Orlandi et al., 2017), devido a sua maior incapacidade funcional, envolvendo problemas tais como não poder fazer esforço, ter lapsos de memória, apresentar limitações de locomoção, entre outros.

Assim, o que se percebe é que são principalmente as mulheres exercendo as funções de cuidado, sendo que muitas delas são idosas que cuidam de seus cônjuges. Há uma distinção na literatura entre as mulheres cuidadoras e as mulheres idosas cuidadoras. Estas últimas ainda têm, geralmente, um envolvimento pautado no modelo patriarcal de família, no qual a mulher zela pelos afazeres domésticos, cuida dos familiares dependentes, e permanece casada até o fim da vida. Em contrapartida, conforme pontuam Ferreira, Isaac e Ximenes (no prelo), as mulheres cuidadoras de meia-idade tendem a ter maior escolaridade, geralmente trabalham fora, e vivem

em uma sociedade que lhes permite maior variabilidade quanto ao modo de vida e de constituição familiar.

Independentemente do gênero e da idade do cuidador, dentro desse papel social, há subdivisões a partir do tipo de cuidado prestado e do nível de envolvimento com o cuidado. De acordo com o tipo de cuidado, os cuidadores podem ser *formais*, que são aqueles que exercem a profissão de cuidar de alguém e recebem benefícios financeiros por exercer essa função, e *informais*, que são cuidadores familiares que não recebem nenhuma remuneração para cuidar do idoso e fazem parte da família do idoso assistido (Neri, 2014).

Quanto ao envolvimento com o idoso, há cuidadores primários, secundários e terciários. Os *cuidadores primários* são denominados de principais. Cuidadores familiares primários realizam a maioria das tarefas de assistência ao idoso, sendo os protagonistas na prestação de cuidados. Contudo, outros membros da família podem auxiliar em atividades complementares, sendo chamados de *cuidadores secundários e terciários*. Por despendarem mais tempo na prestação de cuidados, cuidadores primários são mais vulneráveis do que os secundários e terciários aos impactos negativos advindos da prestação de cuidados. Cuidadores secundários e terciários apresentam um nível de responsabilidade menor que o cuidador primário, e realizam atividades pontuais, como ajuda doméstica específica ou transporte do idoso e eventualmente revezam de função com o cuidador primário, sendo, portanto, uma fonte importante de suporte prático e emocional (Santos, 2010).

Assistir um idoso dependente envolve um processo de adaptação às mudanças decorrentes da prestação de cuidados, gerando significativos efeitos na vida do cuidador. Em uma perspectiva positiva, cuidar de um familiar idoso pode oferecer oportunidades para estreitar laços afetivos com esta pessoa, aprender maneiras úteis de prestar assistência ao familiar e ser socialmente valorizado por isso (Neri & Sommerhalder, 2002). Todavia, o cuidador poderá experimentar, de maneira geral, uma piora na sua saúde física e emocional, em

comparação com pessoas com um perfil sociodemográfico similar, não cuidadores. Em cuidadores, há maior probabilidade de apresentarem sobrecarga, sintomatologia depressiva, insônia, fadiga, diminuição da renda e isolamento social (Tomomitsu et al., 2014).

As trajetórias distintas de impactos positivos e negativos do cuidar dependem, em grande parte, do uso de recursos pessoais (por exemplo, habilidades para obter informações ou para lidar com situações estressantes) por parte do cuidador, que irão mediar tanto as demandas advindas do cuidado como também a qualidade da relação com o idoso (Tomomitsu et al., 2014). Outros pesquisadores (Neri, 2014; Pinto & Barham, 2014a; Pinto, Barham & Del Prette, 2016; Robinson, 1990) também demonstraram que certos mediadores, tais como as habilidades sociais e o suporte social, podem favorecer o melhor gerenciamento das funções referentes ao cuidar, mediando os impactos da prestação de assistência ao idoso e maximizando trocas interpessoais positivas que proporcionam qualidade de vida ao cuidador familiar.

Além disso, existem algumas variáveis, como a idade e o sexo, que envolvem diferenças biológicas entre pessoas, mas também mostram uma forte influência cultural na determinação de padrões de comportamento social. Estas variáveis, por sua vez, influenciam outras questões com grande efeito sobre a trajetória de vida de cada um, como o nível de escolaridade e o histórico de trabalho remunerado, os quais afetam o nível socioeconômico e a saúde do indivíduo, ao longo de sua vida e de forma acumulativa (Neri, 2014). Portanto, para examinar as relações entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida, é importante atentar também para fatores culturais que podem influenciar estas associações, fortalecendo ou diminuindo a força delas. Esta influência será observada verificando a relação entre variáveis sociodemográficas (idade, nível socioeconômico e escolaridade) e cada uma das medidas principais do estudo.

Habilidades Sociais

As habilidades sociais são classes de comportamentos sociais requeridas para lidar de maneira socialmente desejada com demandas advindas de situações interpessoais (Del Prette & Del Prette, 2017). Há uma diferença entre as *habilidades sociais* e a *competência social*. O primeiro termo se refere a comportamentos sociais que são necessários, mas não suficientes para garantir bons resultados sociais, enquanto o segundo termo diz respeito à escolha de formas de interagir que resultam na manutenção ou melhora da qualidade dos relacionamentos com outras pessoas e que permitem a realização adequada das tarefas realizadas com estas pessoas, dentro de um determinado contexto e cultura (Del Prette & Del Prette, 2017).

Nessa direção, Queluz, Barham, Del Prette e Santos (no prelo) afirmam que cuidadores que apresentam desempenhos socialmente competentes podem, por meio desses desempenhos, amenizar as condições de estresse e sobrecarga que vivenciam diariamente. No contexto de vida de um cuidador de idoso, por exemplo, é importante ser capaz de conversar com o idoso para resolver situações de conflito, distribuir entre os integrantes da família as tarefas relacionadas ao cuidado (tais como banho, alimentação e visitas ao médico), além de expressar sentimentos positivos para o idoso e as demais pessoas envolvidas no cuidado.

Pesquisadores (Barham, Pinto, Andrade, Lorenzini, & Ferreira, 2015; Carneiro, 2014; Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette, & Del Prette, 2007; Del Prette & Del Prette, 2013; Feitosa, 2014; Robinson, 1990) constataram que pessoas que possuem um repertório bem desenvolvido de habilidades sociais apresentam melhor qualidade de relacionamentos interpessoais, percepção de melhor qualidade de vida, maior autoestima, além de menores chances de adoecimento, de conflitos familiares, de sobrecarga e de depressão. Em relação ao contexto de prestação de cuidados a idosos, Pinto e Barham (2014b) investigaram quais habilidades o cuidador costuma empregar durante a atividade de cuidar, visando analisar a relação entre essas habilidades e indicadores de bem-estar do cuidador. As pesquisadoras afirmaram que as habilidades sociais estavam diretamente relacionadas ao bem-estar do cuidador, uma vez que

um repertório desenvolvido de habilidades sociais apresentou correlação negativa com sobrecarga e positiva com qualidade da relação com o idoso. Além disso, as seguintes habilidades sociais se mostraram mais relevantes para a prática de cuidados de idosos: controle da agressividade, resolução de problemas, solicitação de mudança de conduta, pedido de ajuda e recusa de pedidos abusivos (Pinto & Barham, 2014b).

O papel das variáveis sociodemográficas nas habilidades sociais

A literatura não é consensual quanto à influência das variáveis sociodemográficas, tais como idade, nível socioeconômico e escolaridade, na aquisição e no desenvolvimento das habilidades sociais. Porém, sabe-se que tais variáveis são antecedentes que, em certas condições, podem intensificar ou amenizar o estresse vivenciado pelo cuidador, exercendo, portanto, uma influência psicológica sobre a figura do familiar que presta assistência ao idoso (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990).

Idade. Conforme apontado, a maior parte dos cuidadores familiares tem idade maior que 50 anos, visto que são na maioria das vezes o cônjuge ou um dos filhos do idoso dependente (Loureiro & Fernandes, 2015; Neri, 2014). Mais idade pode representar uma situação que favorece o cuidar, pois à medida que os anos passam, as pessoas tendem a adquirir experiências interpessoais que possibilitam maior variação no seu repertório comportamental e, conseqüentemente, maior chance de saberem quais comportamentos emitir para resolver problemas e para estabelecer interações sociais que tragam algum tipo de benefício (Grol & Andretta, 2016).

No estudo de Grol e Andretta (2016), com 100 crianças de sete a 14 anos, as pesquisadoras identificaram que os participantes com idade igual ou maior que 10 anos demonstraram um repertório de habilidade social mais desenvolvido em comparação com as crianças de sete anos do estudo. Este dado parece indicar uma “trajetória de expansão” das habilidades sociais com a passagem do tempo.

Contudo, a simples passagem do tempo pode não garantir mais aprendizado de habilidades sociais, ou uma percepção mais positiva frente à vida. Existem conhecimentos, comportamentos e percepções que são adquiridos a partir de experiências vividas. Como ilustração, Luchesi (2011) teve como objetivo avaliar a atitude em relação à velhice de 54 crianças, de 7 a 10 anos de idade, que moravam com idosos com e sem demência. A experiência de conviver com um idoso em progressivo declínio cognitivo, que envolve perda crescente de memória e rompantes de agressividade, confusão e agitação, gerou nas crianças percepções distintas em relação à velhice. Assim, crianças que moravam com idosos com demência apresentaram mais atitudes negativas em relação à velhice, especialmente na avaliação da cognição, como a inteligência, rapidez, clareza e atenção do idoso, e do relacionamento social, que mede aspectos afetivo-emocionais, como valorização do idoso, aceitação e humor. Luchesi (2011) destacou que crianças serão idosos no futuro e os comportamentos delas na velhice podem ser influenciados pelas vivências e atitudes que tiveram na infância. Estudos como o de Luchesi demonstram que as atitudes frente às diferentes etapas da vida, como a velhice, são decorrentes de processos de aprendizagem e experiências (como conviver com idosos com declínio cognitivo), e não unicamente determinadas pelo transcurso do tempo. Assim, pode-se afirmar que há na literatura registros de que a idade pode influenciar o comportamento social das pessoas, porém esta variável não pode ser entendida como determinante único do desenvolvimento deste repertório.

Nível socioeconômico. No estudo de Scheufler et al. (2017), os autores compararam a influência de idade, escolaridade, sexo, estado civil e nível socioeconômico no escore geral de habilidades sociais de 134 idosos. O nível socioeconômico e a escolaridade foram os fatores que mais influenciaram este repertório de comportamentos sociais dos participantes. Os autores explicaram que os idosos com mais anos de estudo apresentavam uma condição econômica melhor, devido ao acesso a trabalhos com remuneração maior. Estes idosos possuíam mais

acesso a serviços de saúde, oportunidades de atividade física e adquiriram tecnologias novas mais cedo, apresentando um repertório de comunicação e resolução de problemas mais desenvolvido do que idosos que tiveram níveis mais baixos de renda e escolaridade.

Resultados semelhantes foram encontrados por Bandeira Del Prette, Del Prette e Magalhaes (2009), de modo que quanto mais elevado o nível socioeconômico, maiores os escores de habilidades sociais de 416 estudantes de primeira à quarta série de escolas públicas e particulares de um município brasileiro. No estudo de Bandeira, Rocha, Freitas, Del Prette e Del Prette (2006), que teve a participação de 257 estudantes, também de primeira à quarta série do ensino fundamental, os pesquisadores encontraram uma correlação positiva significativa entre o nível socioeconômico e o escore global de habilidades sociais, avaliadas pelos pais ($r=0,28$; $p<0,05$), professoras ($r=0,39$; $p<0,05$) e também pelas crianças ($r=0,22$; $p<0,05$). Já em Grol e Andretta (2016), não foram identificadas diferenças significativas entre as habilidades sociais e a classe social dos participantes do estudo, e as pesquisadoras pontuaram que este resultado pode estar relacionado a pouca variabilidade socioeconômica da amostra do estudo (predominância nas classes B e C). É possível perceber não existir um consenso na literatura sobre o efeito do nível socioeconômico nas habilidades sociais, pois alguns estudiosos demonstraram relação entre essas variáveis e outros não a identificaram. Assim, ainda que existam pesquisas que apontem para uma correlação positiva entre habilidades sociais e nível socioeconômico, não é possível estabelecer uma relação casuística de que quanto maior o status econômico, melhor o repertório de habilidades sociais. No caso de existir uma correlação significativa, o passo seguinte seria identificar, mais detalhadamente, de que maneira as condições socioeconômicas contribuem para melhorar as oportunidades de desenvolvimento de habilidades e competências sociais.

Escolaridade. Este é um fator que pode exercer algum efeito sobre a emissão de habilidades sociais (Santos-Orlandi et al, 2017). Níveis mais elevados de escolaridade

promovem maior desenvolvimento de capacidades intelectuais (Grol & Andretta, 2016). Por exemplo, indivíduos que leem mais apresentam maior extensão de vocabulário do que outras pessoas, aumentando as chances de serem capazes de descrever situações e refletir acerca de fatos e eventos de uma maneira mais diversificada, sendo tal variabilidade um aspecto importante para solucionar problemas interpessoais (Del Prette & Del Prette, 2001). Além disso, maior escolaridade frequentemente significa contato com um número maior de pessoas que pensam e agem de forma diferente entre si, e interações sociais variadas oferecem distintos modelos de socialização. Além disso, conforme o indivíduo avança nos anos escolares (ensino fundamental, ensino médio, graduação, pós-graduação), ele experimenta tarefas sociais de distintos níveis de complexidade, fato que pode promover a ampliação de seu conhecimento social.

Considerando estudos sobre cuidadores, há evidências que a escolaridade do cuidador afeta diretamente a qualidade do cuidado ofertado ao idoso, pois:

A baixa escolaridade pode dificultar a compreensão do cuidador em relação ao que acontece com o idoso, podendo representar uma barreira no processo de educação em saúde, que necessita da integridade da capacidade de aprendizagem das pessoas. Atenção redobrada dos profissionais em relação aos cuidadores pode ser necessária diante do conhecimento insuficiente dos cuidadores (Santos-Orlandi et al, 2017, p.5

Assim, o nível de formação educacional do cuidador tende a influenciar sua interação social com profissionais de saúde, pois podem ocorrer situações em que o cuidador não compreende as instruções da equipe de saúde, não descreve com clareza aos profissionais o estado físico e emocional do idoso, compra ou oferece medicação errada ou em uma dose incorreta ao idoso por não ter entendido a prescrição médica, entre outras dificuldades. Dessa forma, o vínculo de confiança e colaboração entre o cuidador e a equipe de saúde se torna menor e pouco produtivo, aumentando as chances de expor o idoso a riscos (Santos-Orlandi et al, 2017). Dessa forma, constata-se que quanto maior a escolaridade, mais desenvolvido tende a ser o repertório de habilidades sociais dos indivíduos.

Embora pareça que diferenças sociodemográficas afetam as habilidades sociais de distintas populações, o que se percebe é que cuidadores de idosos podem se sentir marginalizados da sociedade por despenderem seu tempo unicamente em função do idoso, porém eles ainda são muito influenciados pela organização social e pelo sistema de normatização no qual estão inseridos (Pearlin et al., 1990). Dessa maneira, apesar da tentativa de apreensão da influência de medidas sociodemográficas construída a partir desse apanhado de estudos, há ainda uma lacuna sobre o papel dessas variáveis no repertório de habilidades sociais e na percepção de suporte social e qualidade de vida por parte dos cuidadores familiares de idosos, os quais vivem quase constantemente com demandas sociais para interagir com o idoso e as demais pessoas envolvidas no contexto de cuidado.

Por fim, é importante investigar a ação das habilidades sociais em contextos sociais ainda pouco explorados, uma vez que as habilidades sociais que são demandadas em um determinado contexto social podem não ser funcionais ou requeridas em outro. Assim, avaliar fatores que podem aumentar ou reduzir a eficácia de sua emissão, por parte de cuidadores de idosos, é útil para a maior compreensão deste envolvimento social, bem como para o delineamento de ações que atendam às especificidades das pessoas e tarefas presentes em contextos de prestação de cuidados a idosos, de modo a favorecer o bem-estar dos envolvidos (Queluz, Barham, Del Prette, Fontaine, & Olaz, 2017). Neste cenário, a habilidade do cuidador em angariar diferentes formas de ajuda (emocional, material, informacional) pode influenciar positivamente sua percepção de suporte social e, por consequente, sua experiência de qualidade de vida.

Suporte social

De acordo com Cardoso e Baptista (2015), o conceito de suporte social surgiu na Psicologia por volta de 1976, a partir dos estudos de Cobb, que considerou o suporte social como “amortecedor” do estresse, facilitando a adaptação do indivíduo em situações de crise.

Atualmente, a definição deste conceito engloba três dimensões: emocional (perceber apoio afetivo recebido de outrem), material (receber recursos financeiros e apoio prático), e informacional (receber informações que contribuam no processo de tomada de decisão sobre como agir). Além de existirem distintas dimensões de suporte social, Neri e Sommerhalder (2002) afirmaram que, em cada contexto de cuidado, a natureza do apoio requerido pelo idoso e seu cuidador varia de acordo com as incapacidades físicas e cognitivas do idoso (como não conseguir se vestir, não ser capaz de ficar sozinho em casa, não cuidar do próprio dinheiro) para realizar suas atividades cotidianas.

Em situações em que há demanda alta e oferta insuficiente de suporte social, podem ocorrer impasses, tais como desacordos, exigências inoportunas, rejeição, críticas e invasão de privacidade, que podem afetar o bem-estar dos envolvidos. É o caso, por exemplo, de pessoas (incluindo familiares) pouco cientes dos efeitos da doença ou das demandas da rotina de cuidados que opinam desmedidamente, propondo mudanças disfuncionais e gerando um estresse tanto no familiar dependente quanto no cuidador. Além desses conflitos, pode existir ajuda ineficaz, incluindo excesso de ajuda e intromissão na rotina do cuidador e do idoso, interferindo no senso de autoeficácia da díade (Neri, 2014). A autora descreve alguns sinais de um suporte social inadequado:

(a) aumento da dependência comportamental; (b) aumento de conflitos interpessoais; (c) ameaças à autoestima e ao bem-estar emocional; (d) rebaixamento do senso de autoeficácia, que provoca aumento da incapacidade e aceleração do declínio e (e) estresse devido à percepção de que a ajuda é excessiva, inadequada ou intrusiva (Neri, 2014, p. 294).

Em todas essas situações, há grande demanda por um repertório desenvolvido de habilidades sociais para favorecer um gerenciamento de conflitos que traga maior qualidade de vida aos envolvidos. Com base em uma revisão da literatura e em dados coletados com cuidadores de idosos, Neri (2014) enfatizou que a percepção de suporte social é importante, uma vez que está diretamente relacionada a relatos de maior bem-estar psicológico, redução de

riscos de desenvolvimento de enfermidades, além de contribuir para a adaptação frente a condições de estresse, como aquelas geradas pelas tarefas de cuidar. Além disso, a percepção de suporte, por parte do cuidador, pode abrandar as tensões relacionadas à dependência do idoso e manter em bom estado a saúde do cuidador que, por sua vez, terá condições mais adequadas para assistir seu parente dependente (Guedea et al., 2009). Ademais, cuidadores de idosos tendem a manter redes menores de suporte, sendo que, na maioria das vezes, estas redes são compostas por vínculos familiares (Figueiredo, Lima & Sousa, 2012) e pode existir uma influência de variáveis sociodemográficas na formação de vínculos sociais (Neri & Vieira, 2013).

Idade. No estudo de Neri e Vieira (2013), as autoras investigaram a influência de variáveis sociodemográficas no envolvimento social e no suporte social de 1.451 idosos sem alteração cognitiva. Foram identificadas correlações positivas entre envolvimento social e suporte social, e uma correlação negativa entre envolvimento social e idade. Já num estudo com cuidadores e não cuidadores, realizado por Tomomitsu, Perracini e Neri (2013), as autoras buscaram comparar 338 idosos cuidadores com 338 idosos não-cuidadores quanto às seguintes variáveis: número de doenças, fadiga, insônia, sintomas depressivos, satisfação com a vida, atividades instrumentais de vida diária (AIVD), atividades avançadas de vida diária (AAVD) e suporte social percebido, além de conhecer o efeito de variáveis sociodemográficas sobre essas variáveis. As pesquisadoras descobriram que quanto maior a idade dos participantes, menor foi a participação social dos mesmos. Um dos fatores que parece ter amenizado o ônus do cuidado para o grupo de cuidadores com maior idade pode ter sido a ajuda advinda de membros de suas redes de apoio social. Assim, a percepção de suporte social de cuidadores mais idosos pode ter abrandado os efeitos prejudiciais de tal ocupação. Dessa forma, pode-se afirmar que a idade é uma variável sociodemográfica que parece estar negativamente relacionada com a percepção de suporte social.

Nível socioeconômico. Neri (2014) pontuou que idosos de baixa renda tendem a ser menos engajados em atividades sociais e o suporte que recebem é geralmente disponibilizado pelos familiares. Esses dados corroboram os achados de Oliveira e D'Elboux (2012). A partir de uma revisão de literatura, estas pesquisadoras afirmaram que cuidadores com baixa renda e menor escolaridade têm uma percepção de menor suporte social, gerando prejuízos tanto para o cuidador quanto para o idoso. Isto é, via de regra, estes cuidadores não trabalham fora, vivem com a renda do idoso, não participam de grupos sociais (igreja, vizinhança), pois não têm com quem deixar o familiar dependente, não interagem com pessoas que poderiam oferecer informações e tirar dúvidas sobre as doenças do idoso, ou as pessoas que o cuidador tem contato não oferecem uma ajuda instrumental (como levar o idoso ao médico), pois estão trabalhando ou cuidando dos membros da própria família.

Tomomitsu et al. (2013) reportaram que, tanto idosos cuidadores quanto aqueles que não cuidavam perceberam altos níveis de suporte social, independentemente do nível socioeconômico. Todavia, prestar ajuda a um idoso foi uma atividade mais onerosa para aqueles cuidadores com baixa renda do que para cuidadores com mais posses financeiras. Assim, similar aos achados de Oliveira e D'Elboux (2012), cuidadores com níveis econômicos mais baixos parecem sofrer mais com os impactos da função de cuidar, certamente por vivenciarem a escassez de recursos materiais, como uma moradia própria, remédios, alimentos, lazer e outros.

Além disso, idosos cuidadores e não-cuidadores, todos de baixa renda, relataram pior desempenho funcional em AIVD, ou seja, uma condição socioeconômica desfavorável parece estar diretamente associada a uma menor participação social, que envolve fazer e receber visitas, ir à igreja, ir a festas e a eventos culturais, fazer viagens curtas e longas, desempenhar trabalho remunerado e voluntário, entre outras. As autoras pontuaram que pobreza e desigualdade socioeconômica podem acarretar desvantagens sociais, bem como maior estresse

e menor qualidade de vida. Assim, o nível socioeconômico do cuidador é uma variável relevante a ser analisada, pois está associada ao arranjo domiciliar em que a assistência ao idoso é prestada, condição que parece influenciar a percepção de suporte social do cuidador e de qualidade de vida, à medida que pode descentralizar as atividades de cuidado (Gonçalves et al., 2013). Dessa maneira, quanto menor o nível socioeconômico, maior parece ser a vulnerabilidade do cuidador, devido ao reduzido acesso a bens materiais e às redes de suporte social.

Escolaridade. Oliveira e D'Elboux (2012) salientaram que o baixo índice de escolaridade pode também impactar diretamente nas tarefas de cuidado, devido à dificuldade em compreender o processo de adoecimento e fragilidade que acomete o idoso, e a percepção de suporte social, pois o cuidador pode não ser capaz de localizar recursos (humanos e institucionais) que disponibilizam apoio social a esta população. Como ilustração, um cuidador familiar que tem dificuldades para entender o avanço da doença de Alzheimer pode julgar que o idoso dissimula que não se lembra de determinados fatos, ou que quer provocar o cuidador ao perguntar inúmeras vezes a mesma coisa. Essas interpretações localizam o problema em um comportamento intencional do idoso e ignoram os efeitos de sua patologia, reduzindo a probabilidade do cuidador buscar locais adequados e estratégias funcionais para lidar com tais comportamentos do idoso.

Em Neri e Vieira (2013), idosos com 12 anos ou mais de escolaridade tiveram pontuação significativamente mais alta em envolvimento social do que os demais grupos. Além disso, menos anos de estudo geralmente estão relacionados a baixos níveis socioeconômicos, que se associam a menos acesso a serviços, como consultas médicas e psicológicas, e tratamentos, como remédios e orientações de profissionais. Esta privação de assistência e de obtenção de bens expõe o cuidador a uma condição de maior estresse, frustração e tensão, pois ele precisa despendar tempo em fila de postos de saúde para agendar uma consulta

médica para o idoso, ou quando este é acamado, o cuidador tem que requerer uma visita domiciliar, além de necessitar de donativos, como fraldas geriátricas, cadeiras de rodas, e em situação mais extrema, precisar da doação de alimentos. Assim, um nível menor de escolaridade pode resultar em menor percepção de suporte social e em uma condição que expõe o cuidador a maior vulnerabilidade emocional. Dessa maneira, todas essas situações sociodemográficas adversas podem aumentar a sobrecarga dos cuidadores, influenciando em sua qualidade de vida.

Por fim, o suporte social é especialmente importante, porque, a princípio, pode ser modificado de acordo com as necessidades dos indivíduos. Tomomitsu et al. (2013) ressaltaram que é fundamental um gerenciamento integrado da atenção ao cuidador, de maneira a incluir seus familiares, membros de sua rede de suporte na comunidade e serviços de apoio formal, pois dessa maneira, as necessidades materiais, emocionais e informacionais do cuidador podem ser atendidas.

Qualidade de vida

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995), a qualidade de vida pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem sobre diversos aspectos de sua saúde física, seu estado psicológico e das suas relações sociais no contexto da cultura e do sistema de valores no qual faz parte. Além de subjetivo, o conceito é dinâmico e circunstancial, pois sua avaliação depende da história de vida de cada pessoa, bem como da idade, da escolaridade, da condição socioeconômica, das habilidades sociais e do suporte social percebido (Carneiro et al., 2007; Gonçalves et al., 2013; Novelli, Nitrini, & Caramelli, 2010; Queluz et al., no prelo).

Idade. Numa pesquisa realizada com 141 idosos, Pereira, Alvarez, & Traebert (2011) descobriram uma relação estatisticamente relevante entre a idade avançada e a pior percepção de qualidade de vida no domínio físico, que diz respeito a dores, fadiga, e capacidade de realizar atividades. Isto é, idosos com 80 anos ou mais relataram pior percepção da qualidade de vida se comparados com indivíduos com menos de 80 anos de idade. Tais resultados diferem

daqueles verificados por Gutierrez, Auricchio e Medina (2011), que contaram com a participação de 166 idosos entre 60 e 83 anos. Os autores salientaram que apenas 3% dos participantes do estudo tinham idade superior a 80 anos, sendo que a maioria dos idosos não apresentava um grau elevado de incapacidades físicas e cognitivas, fato que pode ter favorecido a realização de atividades e o convívio social, contribuindo para uma percepção de melhor qualidade de vida (Gutierrez et al., 2011).

Já no estudo de Fernandes, Miranzi, Iwamoto, Tavares e Santos (2012), realizado com 90 enfermeiros com idades entre 20 e 30 anos, não houve relação estatisticamente significativa entre a idade e a percepção de qualidade de vida dos participantes. Porém, a condição de saúde apresentou relação com a autoavaliação da qualidade de vida. Assim, pode-se supor que a idade é um fator relevante a ser considerado, principalmente por estar relacionada com a condição de saúde do indivíduo (Fernandes et al., 2012). Logo, parece que quanto maior a idade, menor tende a ser a percepção de qualidade de vida.

Nível socioeconômico. Santos e Pavarini (2011) avaliaram a funcionalidade de 88 idosos com alterações cognitivas residentes em distintos contextos de vulnerabilidade social. As pesquisadoras descobriram que uma condição econômica precária expõe as pessoas a um maior risco de adoecimento e morte, e esse quadro tende a se intensificar em populações expostas a mais estresse e mais vulneráveis, como é o caso de idosos e cuidadores. Nessa direção, Pereira et al. (2011) pontuaram que baixa renda está associada a uma avaliação negativa de qualidade de vida no aspecto ambiental, referente a segurança física, recursos financeiros, recreação, acesso a novas informações, transporte e saúde. Em Almeida, Fonseca, Gomes e Oliveira (2017), que contou com 45 cuidadores de crianças com paralisia cerebral, houve uma correlação positiva e moderada entre o nível socioeconômico e a qualidade de vida dos participantes nos fatores ambiental (relacionado a saúde, transporte, lazer, recursos financeiros e segurança.) e psicológico (relacionado a indicadores do bem-estar). Assim, de acordo com resultados de

pesquisas anteriores, o nível socioeconômico parece estar positivamente correlacionado com a percepção de qualidade de vida em diferentes populações.

Escolaridade. No estudo de Pereira et al. (2011), menos anos de estudo esteve associado a uma autopercepção pior da qualidade de vida. Na pesquisa de Almeida et al. (2017), a escolaridade dos participantes esteve positivamente correlacionada com a percepção de qualidade de vida. Resultados semelhantes foram encontrados por Roncon, Lima e Pereira (2015), que investigaram fatores relacionados a qualidade de vida de 126 idosos e descobriram que aqueles que apresentaram mais de cinco anos de escolaridade tiveram uma percepção mais positiva da qualidade de vida geral, e também nos domínios físico, psicológico e ambiental, quando comparados com pessoas analfabetas e do ensino primário (até quatro anos de estudos). Dessa forma, é possível afirmar que a escolaridade e a qualidade de vida parecem estar positivamente correlacionadas.

Além dessas condições sociodemográficas, pesquisadores descreveram outras variáveis moderadoras que exercem algum impacto na percepção de qualidade de vida do cuidador. Entre tais variáveis, menciona-se o grau de dependência física e cognitiva do idoso alvo de cuidados (Anjos, Boery, Pereira, Santos, Boery, & Casotti, 2014; Fernandes et al., 2010; Flesch, Batistoni, Neri, & Cachionia, 2017).

Grau de dependência do idoso. A médio e longo prazos, ocorre um rebaixamento na percepção da qualidade de vida de indivíduos que prestam cuidados a familiares idosos (Pinto & Barham, 2014b). A partir de uma revisão integrativa da literatura, Flesch et al. (2017) afirmam que a qualidade de vida do cuidador de idosos é influenciada por diversas variáveis simultaneamente, como o grau e o tipo de dependência do idoso alvo de cuidados. As autoras pontuam que “o maior comprometimento requer maiores demandas de cuidado” (Flesch et al., 2017, p. 147).

Nessa direção, a condição de saúde e a presença de distúrbios de comportamento dos idosos que recebem cuidados correlacionam-se com sobrecarga e nível baixo de bem-estar subjetivo, principalmente quando o cuidar implica em grande ônus físico, trazendo prejuízos para a manutenção da qualidade de vida (Anjos, et al., 2014; Flesch, et al., 2017; Figueiredo et al., 2012; Pinguart & Sörensen, 2004). Segundo Figueiredo et al. (2012), a presença de uma doença no idoso assistido, principalmente quando ela tem caráter de cronicidade e dependência, reduz a qualidade das interações sociais do cuidador e tende a afetar sua acessibilidade à rede de suporte social.

Segundo Caldeira, Neri, Batistoni e Cachioni (2017), a satisfação e a qualidade de vida são construtos que estão diretamente relacionados, visto que um influencia o outro. Isto é, maior satisfação com a vida indica maior qualidade de vida. As pesquisadoras destacam, ainda, que “o grau de dependência física e cognitiva do idoso receptor de cuidados também influenciam a satisfação com a vida dos cuidadores” (Caldeira et al., 2017, p.504). Logo, a dependência do idoso é uma variável que pode afetar a qualidade de vida do cuidador. Figueiredo et al., (2012) pontuaram que cuidadores que cuidam de idosos com comprometimento cognitivo relatam percepções de qualidade de vida ainda menores do que aqueles que assistem idosos dependentes em atividades da vida diária, como vestir-se, tomar banho e alimentar-se. Portanto, o grau de dependência do idoso é também um fator relevante a ser considerado quando se pretende avaliar as percepções de suporte social e qualidade de vida do cuidador.

Relações entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida

A partir de um estudo de revisão sistemática da literatura, Ximenes, Queluz e Barham (2018) buscaram reunir estudos nacionais e internacionais que investigaram a relação entre habilidades sociais e suporte social em diferentes populações. As pesquisadoras localizaram 15 artigos, publicados entre os anos de 1997 e 2017, e a partir da análise desse material,

constataram que a magnitude das correlações entre habilidades sociais e suporte social esteve entre fraca e moderada. Dentre os participantes dessas pesquisas que compuseram a revisão, podem-se encontrar crianças ($r = 0,29$; $p < 0,01$; Vázquez & Lemos, 2013), adolescentes ($r = 0,57$; $p < 0,01$; Bédard, Bouffard, & Pansu, 2014), adultos com lesão da medula espinal ($r = 0,27$; $p < 0,01$; Müller et al., 2015) e idosos ($r = 0,27$, $p = 0,023$; Carneiro et al., 2007).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos há cerca de 30 anos, Robinson (1990) buscou avaliar a relação entre habilidades sociais, suporte social, sobrecarga e autoestima em 31 cuidadores familiares ou formais de idosos com demência. Esta relação foi descrita a partir do modelo de suporte social de Tolsdorf (1976), apresentado na Figura 1. De acordo com este modelo, o uso competente de habilidades sociais pode resultar em uma maior mobilização de pessoas da rede de suporte social. Isto é, habilidades sociais, como expressão de sentimentos, pedido de ajuda e assertividade, poderiam contribuir para o indivíduo receber mais apoio de sua rede de suporte, o que, por sua vez, poderia favorecer uma redução em sua percepção de sobrecarga e um aumento na sua autoestima.

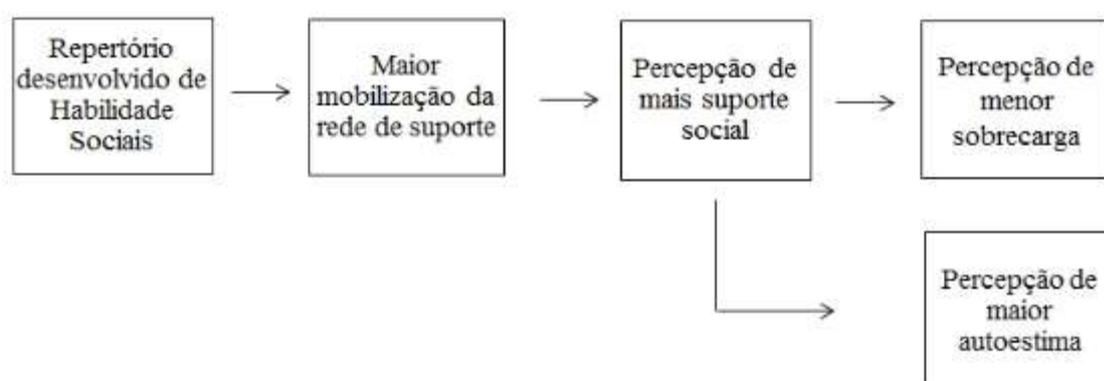


Figura 1. Esquema para representar a Teoria do Suporte Social de Tolsdorf (1976)

A partir da correlação positiva e moderada observada entre habilidades sociais e suporte social percebido ($r = 0,42$; $p < 0,01$), Robinson (1990) afirmou que cuidadores com déficits em habilidades sociais relataram ter menos pessoas em suas redes de apoio quando comparados com cuidadores com repertório mais desenvolvido de habilidades sociais. Logo, Robinson

considerou que as habilidades sociais contribuem para a formação e a manutenção da rede de suporte social do cuidador, o que seria coerente com o modelo de Tolsdorf (1976).

Um passo teórico importante foi dado com o desenvolvimento do *modelo de vulnerabilidade psicológica*, proposto por Segrin, McNelis e Swiatkowi (2016), pois estes autores buscaram investigar os desdobramentos da relação entre habilidades sociais e suporte social ao longo do *tempo*. Assim, segundo os autores, ao serem expostos a condições geradoras de estresse, indivíduos com limitações no repertório de habilidades sociais podem estar vulneráveis ao desenvolvimento de sofrimento psicológico (como depressão, solidão, estresse), porque têm menos acesso aos efeitos protetores do apoio social. Isto é, indivíduos que vivenciam condições de estresse, como cuidar de alguém dependente, tendem a sofrer mais quando não emitem comportamentos adequados para acionar suporte social e acabam por vivenciar sozinhos essas situações estressantes.

Para testar sua teoria, Segrin et al. (2016) realizaram um estudo longitudinal com a participação de 211 estudantes em um primeiro momento (T1) e 125 destes alunos, um ano mais tarde (T2). Em T1, os estudantes responderam a instrumentos usados para avaliar suas habilidades sociais, depressão, solidão e estresse. Em T2, foram aplicados inventários para medir depressão, solidão, estresse e percepção de suporte social. Segrin et al. (2016) evidenciaram que as habilidades sociais foram antecedentes de elevados níveis de suporte social em T2, e o suporte social foi preditivo de menores índices de vulnerabilidade psicológica ao longo de um ano. Isto é, estas evidências são coerentes com a hipótese de que as habilidades sociais teriam um efeito indireto nas medidas de sofrimento psicológico em T2, por meio do suporte social. Mais especificamente, os pesquisadores pontuaram que habilidades sociais, especialmente as comunicativas (como contato visual, gesticulação, manter conversação, fazer perguntas e elogiar) são comportamentos que favorecem maior vinculação com outras pessoas, oportunidades para expressão de necessidades e para pedir ajuda. Assim, conforme mencionado

por Segrin e Flora (2000), um repertório empobrecido de habilidades sociais pode ser um fator de vulnerabilidade, enquanto possuir habilidades sociais desenvolvidas pode ser um fator de resiliência, devido aos efeitos profiláticos dessas habilidades.

Além dos modelos de Tolsdorf (1976) e Segrin et al. (2016), um terceiro modelo teórico que contribui para a construção conceitual da presente pesquisa é o *modelo de estresse de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer*, de Pearlin et al. (1990). Este modelo deve ser considerado, pois ele descreve uma série de *variáveis contextuais* relacionadas ao ambiente em que o cuidador de idosos está inserido.

Pearlin et al. (1990) pontuaram que diante de algumas condições, a prestação de assistência ao idoso pode se tornar sinônimo de sobrecarga e estresse. Estas condições antecedentes podem estar relacionadas às características sociodemográficas do cuidador, como idade, sexo, renda, nível de educação, a relação com o idoso antes e durante a atividade de cuidado, o arranjo domiciliar, a composição familiar, além da participação do cuidador em redes tanto de network como de suporte social. Os autores sinalizaram uma relevante distinção entre network e suporte social, de modo que o primeiro descreve todas as interações sociais do indivíduo, enquanto o último diz respeito a relacionamentos interpessoais que oferecem algum tipo de apoio. Pode-se ter uma rede de network sem que haja suporte social, porém, o contrário não se aplica. Então, é possível que embora cuidadores convivam com uma variada gama de pessoas, como familiares, amigos de trabalho e vizinhos, podem não receber uma ajuda que poderia ter a função de suavizar os efeitos de uma exposição prolongada a estressores envolvidos no contexto de cuidado (Pearlin et al., 1990).

Ainda como antecedente das respostas de estresse, há também os estressores primários, secundários e intrapsíquicos que contribuem para o agravamento da situação do cuidador. Segundo os autores, esses estressores são condições, experiências e atividades que são problemáticas para os indivíduos, por gerarem percepções de ameaça, frustração ou exaustão.

Esses estressores decorrem diretamente das necessidades do idoso e da natureza e magnitude do cuidado demandado por ele (Pearlin et al., 1990).

Dentre os estressores primários, os autores listaram o estado cognitivo do idoso e seus comportamentos-problema, o grau de dependência do idoso em suas atividades básicas e funcionais, além da sobrecarga percebida pelo cuidador e ausência de uma relação de trocas recíprocas entre cuidador e idoso, visto que à medida que a demência se intensifica, evolui também o comprometimento cognitivo, aumentando as perdas de memória e de linguagem, e então, os níveis de interação social do idoso tendem a declinar (Pearlin et al., 1990). Em contraste, um cuidado físico mais pontual ao idoso, como quando este está com um resfriado ou passou por algum procedimento cirúrgico sem riscos elevados, pode ser encarado como uma oportunidade de demonstração de afeto e reciprocidade. Todavia, cuidar de um idoso com alguma demência ou com limitações físicas importantes, como paralisia ou ausência de um dos membros, é um estado duradouro, sem previsão de término, que provoca consequências negativas ao cuidador, como maior sobrecarga, depressão e isolamento (Neri, 2014).

Estes estressores primários, diretamente relacionados à função de cuidar, conduzem a outras dificuldades, que são chamadas de estressores secundários. Estes não estão relacionados ao cuidado, mas repercutem no bem-estar psicológico do cuidador, e são eles: conflitos familiares, como crenças distintas em relação aos cuidados prestados ao idoso, conflitos profissionais, ou seja, cuidar do idoso e trabalhar fora, problemas financeiros e restrições sociais do cuidador, como pouco ou nenhum contato com amigos (Pearlin et al., 1990; Pinto et al., 2016). Assim, por exemplo, à medida que o cuidador despense mais tempo com o idoso, se priva de interações e eventos sociais com possível função reforçadora, como visitar um amigo, ir a um restaurante, ou simplesmente dormir sem preocupações, e essa privação gera efeitos adversos sobre o estado psicológico do cuidador, como irritação e depressão (Pinto et al., 2016).

Ainda, outro exemplo desses estressores secundários pode ocorrer quando o cuidador

trabalha fora. Deixar de trabalhar para se dedicar unicamente ao idoso pode significar carência financeira, porém trabalhar e ainda cuidar do familiar dependente tende a resultar em uma maior percepção de sobrecarga, visto que se acumula um trabalho formal e um trabalho informal e pouco valorizado. Há também outra situação conflituosa que acontece quando um dos filhos se responsabiliza pelo cuidado a um de seus pais idosos, porém os irmãos, que não cuidam, emitem livremente opiniões e sugestões sobre o cuidar, sem levar em consideração o que já é feito pelo familiar cuidador. Assim, essas situações ilustram impasses que o cuidador vivencia e que não estão diretamente relacionadas às funções de cuidado ao idoso.

Outro tipo de estressor descrito por Pearlin et al. (1990) são os intrapsíquicos, que envolvem, por exemplo, baixa autoestima, baixa autoeficácia, reduzido senso de domínio, estar na função de cuidador sem voluntariamente querer ocupa-la, competências para cuidar e ganhos em exercer essa atividade. Diante de condições de dificuldade prolongada, essas percepções podem ser prejudicadas. Como exemplo, pode-se mencionar o caso de filhas que são solteiras e a elas é incumbida a função de cuidar, única e simplesmente por não ter constituído uma família. Ou ainda, cuidadores que assumem essa função de modo repentino, como quando o idoso sofre uma queda e quebra um de seus membros, ou vivencia um acidente que requer a necessidade de acompanhamento maior. Assim, todos os estressores listados são considerados antecedentes que aumentam a vulnerabilidade psicológica do indivíduo frente às situações de estresse, como cuidar continuamente de um idoso dependente.

Ainda segundo o modelo de estresse de Pearlin et al. (1990), existem mediadores que podem amenizar o efeito dos estressores descritos anteriormente. Os mediadores contribuem para explicar por que indivíduos expostos a uma condição semelhante, como cuidar de idosos, lidam de modos distintos com a mesma. Os autores mencionaram o suporte social e as estratégias de enfrentamento como principais mediadores de estresse de cuidadores de idosos, sendo que ambos os fatores têm a função de amortecer e “bloquear” a ação de estressores.

Pearlin et al. (1990) destacaram duas dimensões de suporte social ao cuidador de idosos: o suporte instrumental (o cuidador recebe ajuda de outro parente para cuidar do idoso ou para realizar as atividades de casa) e o emocional (quando o cuidador tem alguém de confiança para conversar). Desse modo, de acordo com os autores, cuidadores que recebem ajuda prática e têm um apoio emocional conseguem manejar mais habilmente situações geradoras de estresse.

Por fim, Pearlin et al. (1990) mencionaram, como elo final do modelo de estresse, os resultados de todo esse encadeamento de condições estressoras. Estes resultados seriam: os efeitos dos estressores e dos mediadores desse estresse no bem-estar das pessoas, em sua saúde física e mental e em sua capacidade de se manter em seu papel social de cuidar de um idoso. Todos esses resultados estão interconectados, porém os primeiros sinais de patologia que geralmente surgem são aqueles relacionados à saúde mental do cuidador, como depressão, ansiedade e irritabilidade, e quando estes sintomas persistem, podem afetar o bem-estar físico e reduzir o envolvimento do cuidador com as funções de cuidado (Pearlin et al., 1990). Assim, o modelo de estresse delineado por Pearlin et al. (1990) evidencia que ao se estudar o estresse em cuidadores de idosos, deve-se buscar não apenas uma condição ou fenômeno, mas sim, uma série de experiências, respostas e situações que estão emaranhadas naquilo que chamamos de assistência ao idoso. A Figura 2 ilustra o Modelo de Estresse de Cuidadores de Idosos, de Pearlin et al. (1990).

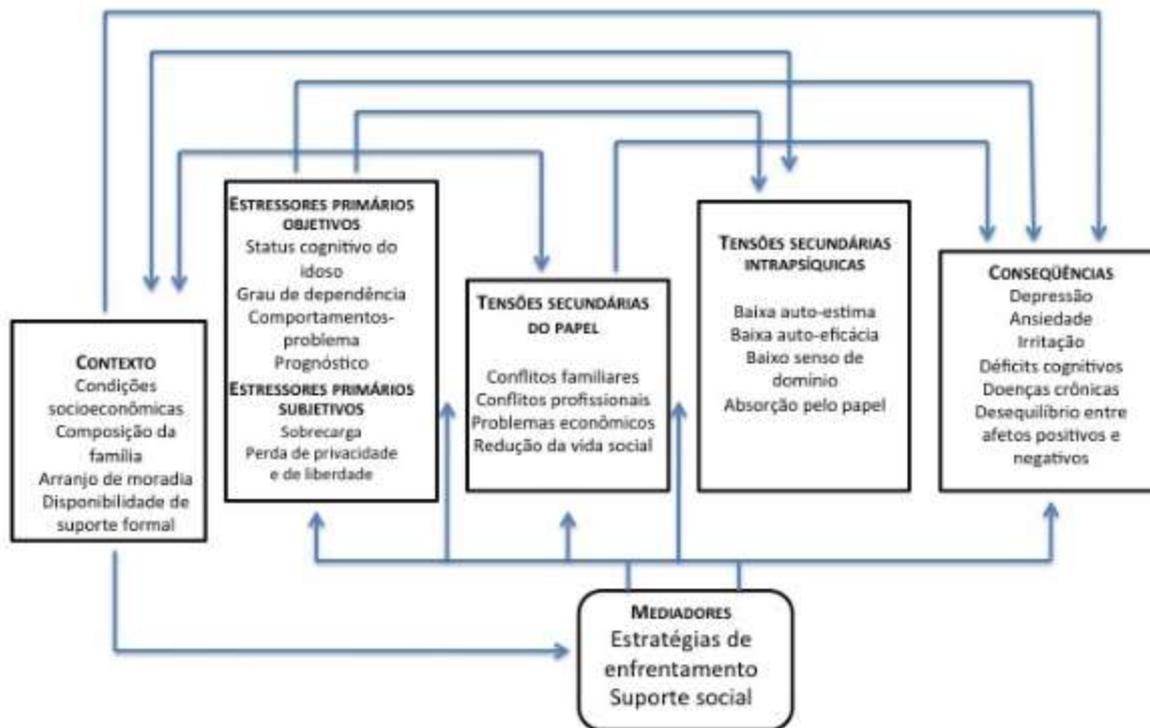


Figura 2. Modelo de estresse do cuidador de Pearlin, et al., 1990, apud Flesch, Lins e Carvalho (2016).

A partir da análise dos três modelos teóricos apresentados, é possível afirmar que, ao longo dos anos, houve uma problematização significativa acerca dos fatores que exercem algum tipo de influência no bem-estar físico, emocional e psicológico dos cuidadores de idosos. Além disso, os modelos vão na mesma direção, qual seja, demonstrar que existem condições que podem ser modificadas, rompendo com a ideia de que se tornar cuidador determina um declínio na qualidade de vida. Isto é, todos os modelos destacam a não inevitabilidade de perda da qualidade de vida pelo desempenho das tarefas de cuidador. Em Tolsdorf (1978), há uma tentativa inicial de verificar o papel das habilidades sociais na obtenção de suporte social, e conseqüentemente, na percepção de qualidade de vida. Em Segrin et al. (2016), os autores debruçam-se a averiguar os desdobramentos do efeito das habilidades sociais na percepção de suporte social no decorrer do tempo. E, por fim, em Pearlin et al. (1990), apesar de não existir uma descrição das habilidades sociais especificamente, há uma rica caracterização de um

conjunto de variáveis contextuais que influenciam os comportamentos do cuidador e a maneira na qual ele ocupará este papel.

Todavia, considerando a probabilidade de o cuidador vivenciar níveis altos de estresse para cumprir as demandas desta função, cabem ainda muitos questionamentos. O que é possível fazer para que ele seja capaz de amenizar os efeitos negativos do cuidado, sem abandonar o papel nem sofrer estresse elevado crônico, degredando sua integridade física e psicológica? Quando o cuidador busca suporte de outras pessoas, quais fatores sociodemográficos (fatores do contexto cultural) afetam a extensão do envolvimento destas pessoas? Além destes fatores, qual a eficácia do uso de habilidades sociais para obter apoio instrumental, via a negociação da distribuição de tarefas com parentes, fazer pedidos, e expressar sua opinião? Ou ainda, como o cuidador estabelece vínculos para obter apoio emocional junto a membros de seu círculo social, como amigos e vizinhos, podendo dividir abertamente suas percepções, angústias, frustrações de modo a ser compreendido e acolhido? Ainda, o cuidador tem um repertório de habilidades sociais para estabelecer vinculações interpessoais amenas, ou suas interações com outros são pautadas apenas em reclamações, monólogos e a negação da condição em que vive? Por meio do presente trabalho, pretende-se ter maior compreensão acerca de todos esses questionamentos. Assim, fundamentado nos modelos de suporte social de Tolsdorf (1976), de estresse de Pearlin et al. (1990) e de vulnerabilidade psicológica de Segrin et al. (2016), pretende-se verificar se as habilidades sociais são um recurso pessoal do cuidador que favorece a transformação de uma rede de network em uma de suporte social.

Apesar de existirem estudos publicados acerca da relação entre habilidades sociais e suporte social em outras populações, esta associação foi muito pouco investigada entre cuidadores de idosos, não foi estudada no contexto brasileiro e não foram encontradas pesquisas que avaliem a influência das habilidades sociais e do suporte social na qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos. Assim, uma vez que é crescente o número de idosos que

dependem do cuidado de outro familiar, objetiva-se produzir conhecimento útil ao entendimento sobre a relação funcional entre as habilidades sociais de cuidadores de idosos, a obtenção de suporte e o bem-estar do cuidador.

Visto que as habilidades sociais são aprendidas (Del Prette & Del Prette, 2017), caso as evidências do presente estudo confirmam uma relação entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida entre cuidadores de idosos, estas informações serão importantes para encorajar esforços para desenvolver programas de intervenção psicoeducativa que focam o desenvolvimento de habilidades sociais específicos ao contexto de cuidado, visando favorecer relações interpessoais equilibradas, condições de ajuda prática e emocional mais apropriadas para o cuidado, visando melhorar a qualidade de vida para o cuidador familiar, o idoso e para as demais pessoas envolvidas no contexto.

Hipóteses

Foram levantadas as seguintes hipóteses, a partir de resultados de estudos com outras populações, sobre a relação entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida entre cuidadores de idosos. Espera-se observar uma relação positiva entre: (a) habilidades sociais e percepções de suporte social; (b) habilidades sociais e percepções de qualidade de vida; e (c) percepções de suporte social e de qualidade de vida. Espera-se, ainda, que a idade, o nível socioeconômico, a escolaridade do cuidador e o grau de dependência do idoso estejam significativamente relacionados com estas três variáveis principais.

Objetivos

Diante do exposto, o objetivo geral do presente estudo é verificar se há correlações entre as habilidades sociais do cuidador, sua percepção acerca de suporte social e sua qualidade de vida. Os objetivos específicos são: (a) avaliar o repertório de habilidades sociais, a percepção de suporte social e a qualidade de vida do cuidador; (b) avaliar se há uma relação entre

habilidades sociais, percepção de suporte social e a qualidade de vida do cuidador; (c) descrever a relação entre habilidades sociais, suporte social, qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, bem como, indicadores do grau de dependência do idoso.

Método

Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa correlacional. O estudo apresenta abordagem quantitativa, pois foram utilizados um procedimento estruturado e vários instrumentos psicométricos para a coleta de dados.

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, com o parecer nº 1.800.222, CAAE 55661716.1.0000.5504. Todos os participantes receberam informações sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Participantes

Participaram deste estudo 70 cuidadores familiares de idosos, sendo 65 mulheres e 5 homens. Os cuidadores assistiam idosos dependentes, com restrições de saúde físicas, cognitivas ou psicológicas. Os critérios para inclusão na pesquisa foram: (a) ter idade igual ou maior que 18 anos, (b) ser membro da família do idoso, (c) cuidar do idoso há pelo menos seis meses, pois por volta deste período, sente-se mais frequentemente as consequências do cuidado oferecido ao idoso (Tomomitsu et al., 2014), (d) ser cuidador primário ou secundário do parente idoso e (e) aceitar participar do estudo de forma livre e esclarecida. Na Tabela 1, são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes.

Tabela 1.

Perfil Sociodemográfico dos Participantes

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	65	92,9
Masculino	5	7,1
Faixa etária (anos)		
18 – 30	1	1,4
31 – 50	17	24,2
51 – 70	44	63,0
Acima de 70	8	11,4
Estado civil		
Solteiro	12	17,1
Casado/união estável	47	67,1
Separado	8	11,4
Viúvo	3	4,4
Escolaridade		
Analfabeto ou Ensino Fundamental I incompleto	7	10,0
Ensino Fundamental I ou II incompleto	12	17,1
Ensino Fundamental II ou Ensino Médio incompleto	9	12,9
Ensino Médio ou Superior incompleto	19	27,1
Superior completo	23	32,9
Classe social		
A1/A2	8	11,4
B1/B2	41	58,6
C1/C2	20	28,5
D/E	1	1,4
Relação com o idoso		
Filho (a)	46	65,7
Cônjuge	17	24,3
Outros	8	10
Tempo de cuidado		
6 meses a 2 anos	26	37,1
3 a 8 anos	33	47,2
Mais que 8 anos	11	15,6
Vive com o idoso		
Sim	54	77,1
Não	16	22,9
Estado onde reside		
São Paulo	30	42,9
Paraná	15	21,4
Rondônia	25	35,7

A média de idade dos cuidadores foi de 57,3 anos ($DP = 10,6$). A maior parte dos participantes era casado (67,1%) e 32,9% da amostra tinha Ensino Superior completo. Os cuidadores estavam concentrados majoritariamente entre as classes sociais B2 e B1, de acordo com sua pontuação no Critério Brasil, e estes participantes apresentarem renda bruta mensal

entre 2,8 salários mínimos e 5,5 salários mínimos, respectivamente. No que diz respeito ao grau de parentesco com o idoso, 65,7% eram filhas ou filhos e, 77,1% dos cuidadores moravam na mesma residência que o idoso. O tempo médio que os participantes exerciam a tarefa de cuidar do familiar idoso foi de 4,5 anos ($DP = 3,65$).

Local e procedimento da coleta de dados

A partir do acesso as listas de cuidadores participantes dos programas e grupos descritos acima, foram selecionados aqueles que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. Em seguida, a pesquisadora entrou em contato via telefone com o cuidador para descrever o estudo e convidá-lo a participar. Após o aceite do cuidador, realizou-se um encontro para a coleta de dados, que iniciava com a assinatura do TCLE, seguido da aplicação dos instrumentos. Todos os dados foram coletados pela pesquisadora.

A coleta de dados foi realizada em três estados brasileiros: São Paulo, Paraná e Rondônia. No estado de São Paulo, a coleta foi efetuada em duas cidades (São Carlos e Rio Claro). Nessas cidades, os participantes foram convidados a participar do estudo por meio do programa “Ação de Fisioterapia em Geriatria”, oferecido como uma atividade da Linha de Cuidado em Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), e do contato com membros do Laboratório de Atividade Física e Envelhecimento, da Universidade Estadual Paulista (UNESP, Rio Claro). No Paraná, a coleta ocorreu em uma cidade (Londrina) e os participantes foram convidados a participar por meio do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento (GESEN), da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No estado de Rondônia, os dados foram coletados em duas cidades (Pimenta Bueno e Espigão D’Oeste) e os participantes foram convidados a partir do grupo Amigos da Melhor Idade (AMI).

Foram realizados encontros individuais de aproximadamente uma hora para a aplicação dos instrumentos, sendo que o tempo de duração dos encontros variou, a depender da necessidade dos participantes. No Paraná e em Rondônia, a coleta de dados foi feita apenas na

residência dos cuidadores; em São Paulo, a coleta de dados foi realizada na residência dos cuidadores e em salas de atendimento individual na UFSCar e na UNESP Rio Claro.

Instrumentos

Entrevista para caracterização sociodemográfica. A fim de caracterizar a amostra da pesquisa, foram preparadas perguntas para obtenção das seguintes informações sobre o cuidador: sexo, idade, escolaridade, estado civil, grau de parentesco com o idoso, tempo que se exercia a atividade de cuidar de um parente idoso e se morava junto com o idoso (Anexo A).

Critério de Classificação Econômica Brasil. Este instrumento foi utilizado para avaliar o nível socioeconômico de cada participante, com base na posse de bens de consumo duráveis, no grau de instrução do chefe da família e em alguns outros fatores como a posse de automóveis e a quantidade de televisões na residência. Esta escala divide a população nas seguintes classes sociais: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E, sendo que A1 é a classe com maior poder aquisitivo, e a classe E engloba pessoas menos favorecidas financeiramente (ABEP, 2013) (Anexo B).

Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos Familiares (IHS-CI), de Queluz et al. (2017). Trata-se de um instrumento de autorrelato sob a forma de inventário, composto por um caderno de aplicação e uma folha de resposta. Contém 24 itens para avaliar o repertório de habilidades sociais do cuidador familiar. Cada item apresenta uma situação interpessoal que surge comumente entre cuidadores de idosos e o respondente deve avaliar com que frequência se comporta de acordo com o descrito, de modo a considerar seu comportamento em 10 ocasiões similares, pontuando *nunca ou raramente* (quando age da forma prevista 0 a 2 vezes em cada 10 ocasiões similares); *de vez em quando* (age da forma prevista em 3 a 5 ocasiões); *muitas vezes* (6 a 8 ocasiões); *sempre* (9 ou 10 ocasiões). As respostas são pontuadas da seguinte forma: 1 (*nunca*), 2 (*de vez em quando*), 3 (*muitas vezes*) e 4 (*sempre*).

O instrumento apresenta três escores fatoriais, denominados *Expressividade Afetiva* (com confiabilidade interna de $\alpha = 0,87$), *Comunicação Assertiva* ($\alpha = 0,79$) e *Buscar por*

Informação/Formação ($\alpha = 0,60$). A consistência interna do instrumento para o escore global observado no estudo de validação foi de $\alpha = 0,89$ (Queluz et al., 2017). Com os 70 respondentes do presente estudo, a confiabilidade dos fatores foi: Expressividade Afetiva, $\alpha = 0,74$, Comunicação Assertiva, $\alpha = 0,62$ e Buscar por Informação/Formação, $\alpha = 0,50$.

Escala de Percepção do Suporte Social Versão Adulta (EPSUS-A). Este instrumento é usado para avaliar a percepção de suporte social e foi adaptado para uso no Brasil (Cardoso & Baptista, 2015). A escala contém 36 itens, agrupados em quatro fatores. O fator *Afetivo*, composto por 17 itens, $\alpha = 0,92$, está relacionado ao suporte emocional e avalia a percepção em que o indivíduo pode contar com outras pessoas. O fator *Interações Sociais*, constituído por cinco itens, $\alpha = 0,75$, refere-se ao relacionamento do indivíduo com outras pessoas, bem como a possibilidade de sua participação em eventos sociais. Composto por sete itens, o fator *Instrumental*, $\alpha = 0,82$, engloba itens relacionados à percepção de suporte material, como dinheiro e alimento. Por fim, o fator *Enfrentamento de Problemas*, com sete itens, $\alpha = 0,83$, descreve itens acerca da percepção que o indivíduo possui sobre a troca de informações (conselhos, instruções) entre os membros da sua rede de suporte em momentos de tomada de decisão e resolução de problemas. A pontuação de cada item da escala pode variar de 0 a 3 pontos, sendo 0 (*nunca*), 1 (*poucas vezes*), 2 (*muitas vezes*) e 3 (*sempre*). A pontuação geral pode variar entre 0 e 108, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a percepção do suporte social. Com os 70 cuidadores da presente pesquisa, os fatores da EPSUS-A apresentaram os seguintes valores de confiabilidade: Afetivo, $\alpha = 0,93$; Interações Sociais, $\alpha = 0,76$; Instrumental, $\alpha = 0,88$ e Enfrentamento de Problemas, $\alpha = 0,83$ (Anexo C).

Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer, Versão do cuidador/familiar – CQdV). Este instrumento é uma das três versões da Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (Qdv-DA), traduzida e adaptada transculturalmente para uso no Brasil (Novelli et al., 2010). O instrumento foi escolhido por ter sido construído a partir de uma revisão da

literatura geriátrica e validado tanto para idosos quanto para seus cuidadores, que não necessariamente apresentam problemas de saúde, nem idade superior a 60 anos. A escala CQdV apresentou consistência interna de $\alpha = 0,86$ na versão em português e possui 13 itens avaliados pelo participante, sendo estes: saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral. O participante indica a importância que atribui a cada item, podendo escolher entre *muito importante* (3 pontos), *importância razoável* (2 pontos) e *nada importante* (1 ponto), e em seguida, avalia sua situação atual em relação a cada item, podendo escolher entre *ruim* (1 ponto), *regular* (2 pontos), *bom* (3 pontos) ou *excelente* (4 pontos). A pontuação de sua situação atual pode variar entre um valor mínimo de 13 e um máximo de 52 pontos. Com os 70 cuidadores do presente estudo, a escala CQdV apresentou um valor de confiabilidade interna de $\alpha = 0,86$ (Anexo D).

Katz - Escala de Atividades Básicas de Vida Diária. Esta escala é utilizada para classificar o nível de independência do indivíduo avaliado, considerando seis atividades de autocuidados (vestir-se, lavar-se, utilizar o sanitário, movimentar-se, ser continente e alimentar-se). É atribuído um ponto para cada atividade que o idoso seja capaz de realizar, sem a ajuda de outra pessoa. A pontuação total pode variar entre zero e seis pontos, sendo que um escore entre zero e dois pontos significa dependência importante do idoso, de três a quatro pontos indica dependência parcial e entre cinco e seis pontos representa que o idoso é independente quanto às atividades de vida diária (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963). Este instrumento foi adaptado para uso no Brasil por Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro Filho 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. Com os 70 cuidadores do presente estudo, este instrumento apresentou um valor de confiabilidade interna de $\alpha = 0,90$ (Anexo E).

Pfeffer - Questionário de Atividades Funcionais. Este instrumento é composto por 10 itens para determinar o nível de funcionalidade e o grau de independência do avaliado em atividades instrumentais da vida diária, tais como controlar finanças pessoais, cozinhar, compreender informações sobre o meio onde vive, e outras. Foi aplicado com os cuidadores, a fim de obter informações sobre a dependência do idoso cuidado, nestas atividades. Para cada atividade, o cuidador pode marcar: *o idoso faz a atividades 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). A confiabilidade interna deste questionário para o presente estudo foi de $\alpha = 0,93$ (Anexo F).

Análise de dados

Inicialmente, de acordo com as instruções de cada instrumento, foram calculados os escores totais e por fator de cada respondente. Todos os escores foram divididos pelo número de itens na subescala ou no instrumento, para permitir comparações entre os escores. A normalidade destes escores foi verificada a partir de medidas de assimetria, curtose e o teste de normalidade da distribuição de Kolmogorov-Smirnov (Marôco, 2014). Foram considerados distribuições paramétricas aquelas que apresentaram assimetria variando entre 1 e -1, curtose entre 3 e -3 e $p < 0,05$ no teste de normalidade da distribuição de Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, foi realizada a análise estatística descritiva para resumir os dados obtidos em cada instrumento. Foram calculados a média, o desvio padrão e os valores mínimos e máximos para as variáveis investigadas. Dada a normalidade dos dados, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para investigar as correlações entre os escores do IHS-CI com os escores das escalas EPSUS-A e CQdV, bem como, com as variáveis sociodemográficas. Para a análise

dos dados, utilizou-se o programa *Statistical Program for Social Sciences for Windows* (SPSS), versão 20.0. Para o presente estudo, a magnitude das correlações foi classificada conforme proposição de Dancey e Reidy (2013): fraca ($< 0,30$); moderada (0,30 a 0,59), forte (0,60 a 0,90) e perfeita (1,00).

Resultados

Na Tabela 2, podem ser observados os resultados descritivos para o escore total e para cada um dos fatores dos instrumentos utilizados.

Tabela 2.

Valores Descritivos - Habilidades Sociais, Suporte Social e Qualidade de Vida

Medida	sk	k	Média	DP	Limites de pontuação		Valores observados	
					Inferior	Superior	Mínimo	Máximo
1. Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos Familiares (IHS-CI)								
Escore total	0,06	-0,64	2,9	0,47	1	4	2	4
Expressividade afetiva	-0,29	-0,96	3,1	0,57	1	4	1,9	4
Comunicação assertiva	-0,15	-0,34	2,9	0,51	1	4	1,7	4
Busca por informação/formação	0,21	-0,48	2,4	0,72	1	4	1	4
2. Escala de Percepção do Suporte Social Versão Adulta (EPSUS-A)								
Escore Total	-0,62	-0,46	2,1	0,59	0	3	0,69	3
Afetivo	-0,72	-0,13	2,2	0,61	0	3	0,53	3
Interações sociais	-0,25	-0,18	1,5	0,80	0	3	0	3
Instrumental	-0,98	-0,28	2,3	0,79	0	3	0,29	3
Enfrentamento de Problemas	-0,47	-0,57	2,0	0,73	0	3	0,29	3
3. Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer, Versão do cuidador/familiar (CQdV)								
Escore Total	-0,14	-0,34	2,8	0,51	1	4	1,62	3,92

Notas. N = 70, sk = assimetria, k = curtose, DP = desvio padrão.

De maneira geral, os cuidadores relataram emitir *de vez em quando a muitas vezes* os diferentes comportamentos sociais que constituem as três classes de habilidades sociais investigadas pelo IHS-CI ($M = 2,9$; $DP = 0,47$). Quanto aos fatores desse inventário, a habilidade de demonstrar afeto positivo foi a que os cuidadores relataram se comportar com maior frequência ($M = 3,1$; $DP = 0,57$), em seguida a de comunicação assertiva ($M = 2,9$; $DP = 0,51$) e, em menor frequência, a busca por informação/formação ($M = 2,4$; $DP = 0,72$).

No que se refere ao escore total, dividido pelo número de itens na EPSUS-A, os cuidadores relataram perceber *muitas vezes* que podem contar com outras pessoas ($M = 2,1$; $DP = 0,59$). A frequência de suporte afetivo ($M = 2,2$; $DP = 0,61$) e de suporte instrumental ($M =$

2,3; $DP = 0,79$) que relataram perceber foi maior do que a frequência de suporte para enfrentar problemas ($M = 2$; $DP = 0,73$). A pontuação mais baixa foi no fator Interações Sociais ($M = 1,50$; $DP = 0,80$), relativo aos relacionamentos do cuidador com outras pessoas e a possibilidade de participação em eventos sociais. Em relação à CQdV, a maior parte dos participantes avaliou sua qualidade de vida como *regular* ou *boa* ($M = 2,8$; $DP = 0,51$). Na Tabela 3, são apresentadas as correlações entre os escores totais de habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos.

Tabela 3.

Correlações entre os Escores Totais de Habilidades Sociais, Suporte Social e Qualidade de Vida (N = 70)

Instrumento	Suporte Social	Qualidade de Vida
Habilidades Sociais	0,35*	0,41*
Suporte Social	-	0,48*

* $p < 0,01$

Com base na Tabela 3, é possível observar que as correlações entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida foram moderadas e positivas. Isto é, quanto maior a frequência de emissão de comportamentos socialmente habilidosos, segundo o relato dos cuidadores, mais eles perceberam que recebiam suporte social e melhor foi a avaliação da sua qualidade de vida.

Na Tabela 4, são apresentados os valores das correlações entre os escores obtidos pelos cuidadores em cada um dos fatores dos instrumentos de habilidades sociais e suporte social e o escore total obtido na escala de qualidade de vida.

Tabela 4.

Correlações entre Escores nos Fatores dos Instrumentos de Habilidades Sociais e Suporte Social e o Escore Total da Escala de Qualidade de Vida

Medida	Suporte Social			Enfrentamento de Problemas	Qualidade de Vida
	Afetivo	Interações Sociais	Instrumental		
1. Habilidades Sociais					
Expressividade Afetiva	0,38**	0,30*	0,09	0,28*	0,30*
Comunicação Assertiva	0,28*	0,26*	0,25*	0,43**	0,23
Formação/Informação	0,20	0,24*	0,07	0,23	0,19
2. Qualidade de Vida					
	0,50**	0,48**	0,08	0,44**	--

Nota. CQdV = Versão Cuidador - Qualidade de Vida.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Com base na Tabela 4, é possível observar algumas correlações fracas, mas uma maioria de força moderada entre os fatores dos instrumentos de habilidades sociais e suporte social. A correlação mais significativa foi entre o fator de Comunicação Assertiva (Habilidades Sociais) e o Enfrentamento de Problemas (Suporte Social), demonstrando que cuidadores que possuem repertório comportamental assertivo conseguem angariar com mais frequência o suporte de pessoas que contribuem para a tomada de decisões importantes e a resolução de conflitos.

Três dos escores nos fatores da escala de suporte social estavam positiva e moderadamente correlacionados com os escores na medida de qualidade de vida, sinalizando uma relação importante entre suporte emocional, contato social e apoio em momentos de enfrentamento de dificuldades e a percepção do cuidador sobre sua qualidade de vida. Não existiu correlação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e o escore para o fator de apoio instrumental de suporte social. As correlações entre os escores para dois dos fatores do Inventário de Habilidades Sociais de Cuidadores Familiares de Idosos e a percepção de qualidade de vida foram fracas, com somente o fator de expressão afetiva apresentando uma correlação com qualidade de vida no limite inferior do intervalo considerado como moderada.

Na Tabela 5, são apresentadas as correlações entre as variáveis sociodemográficas (idade, nível socioeconômico e escolaridade) e os escores nas medidas de habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida. Em função do número pequeno de homens na amostra, não foi possível analisar a relação entre sexo e as demais variáveis.

Tabela 5.

Correlações entre Variáveis Sociodemográficas, Habilidades Sociais, Suporte Social e Qualidade de Vida

Variável	Habilidades Sociais	Suporte Social	Qualidade de vida
Idade	-0,11	-0,11	-0,03
Escolaridade	0,26*	-0,04	0,10
CCEB	0,17	0,06	0,16

Notas. CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil.

* $p < 0,05$

Pode-se afirmar que as variáveis sociodemográficas não apresentaram correlação estatisticamente significativa com as habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida dos cuidadores da presente pesquisa. A única variável que apresentou correlação estatisticamente significativa, de fraca magnitude, foi entre escolaridade e habilidades sociais, indicando que quanto maior o nível de escolaridade dos cuidadores, mais desenvolvido tende a ser o repertório de habilidades sociais.

Na Tabela 6, são expostas as correlações entre medidas de dependência do idoso em atividades básicas (Katz - Escala de Atividades Básicas de Vida Diária) e instrumentais (Pfeffer - Questionário de Atividades Funcionais) de vida diária, ambos respondidos pelos cuidadores, e os escores nos instrumentos usados para avaliar a emissão de habilidades sociais, percepções de suporte social e percepções de qualidade de vida por parte dos cuidadores.

Tabela 6.
Correlações entre Medidas de Dependência do Idoso, Habilidades Sociais, Suporte Social e Qualidade de Vida

Tipo de dependência	Habilidades Sociais	Suporte Social	Qualidade de vida
Atividades Básicas	0,06	0,18	0,02
Atividades Instrumentais	-0,16	-0,18	-0,01

Observa-se que as correlações entre o nível de dependência dos idosos, avaliado pelo cuidador em atividades básicas e instrumentais e as medidas de habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida não foram estatisticamente significativos. Estes resultados indicam que há pouca relação entre as condições físicas e cognitivas do idoso e a frequência na emissão de habilidades sociais, percepções de suporte social e de qualidade de vida do cuidador familiar.

Discussão

Diante das dificuldades socioemocionais comumente relatadas por cuidadores de idosos e considerando os modelos teóricos de Tolsdorf (1976), Segrin et al. (2016) e Pearlin et al. (1990) sobre fatores que podem afetar a saúde mental desta população, a seguir, são discutidas as evidências empíricas obtidas na presente pesquisa. É importante ressaltar que, para a avaliação das habilidades sociais dos respondentes, foi utilizado um instrumento psicométrico novo e específico a este contexto (Queluz et al., 2017). Portanto, os resultados obtidos com este instrumento devem refletir o repertório específico do cuidador para interagir com as pessoas principais neste contexto (seu parente idoso dependente, outros familiares, amigos e profissionais), afetando sua vivência do papel de cuidador.

À semelhança da maioria dos estudos sobre o perfil sociodemográfico de quem cuida de idosos no Brasil, na amostra de cuidadores do presente estudo, predominaram mulheres e filhas do idoso assistido, com idade entre 51 a 70 anos (Loureiro & Fernandes, 2015; Neri,

2014; Tomomitsu et al., 2014). De forma geral, foram encontrados resultados que corroboram as hipóteses levantadas, predizendo a existência de correlações significativas entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida. Estes resultados são semelhantes àqueles identificados por Robinson (1990), obtidos com cuidadores de idosos, porém em outro contexto cultural e em outro momento histórico. Os resultados observados na presente pesquisa também confirmam dados recentes sobre a relação entre habilidades sociais e qualidade de vida, em cuidadores de idosos, encontrados por Queluz et al. (no prelo), além de se alinhar com resultados sobre a relação entre habilidades sociais e suporte social, observada em outras populações (Barth, 1988; Carneiro et al., 2007; Müller et al., 2015; Vázquez & Lemos, 2013; Ximenes et al., 2018).

Objetivo 1. Descrever o repertório de habilidades sociais e as percepções de suporte social e de qualidade de vida de uma amostra de cuidadores.

De maneira geral, os participantes relataram usar com frequência intermediária suas habilidades sociais, principalmente a habilidade de expressividade afetiva. Müller, et al. (2015) afirmam que as habilidades de expressar sentimentos positivos estão associada a um repertório bem desenvolvido de habilidades sociais, e tais habilidades produz efeitos na formação de vínculos sociais e no acesso ao apoio social. No contexto de prestação de cuidados, a expressão de emoções positivas pode ser uma importante estratégia para o cuidador angariar e manter o suporte social. Além de obter suporte social de outras pessoas que podem compartilhar as tarefas do cuidado, a expressão de sentimentos positivos é igualmente importante para manter interações positivas com a pessoa idosa dependente, envolvendo comportamentos sociais tais como, elogiar o idoso quando faz algo bom, demonstrar carinho, animar o idoso, elogiar o idoso quando faz algo difícil, agradecer elogio do idoso, se colocar no lugar do outro, elogiar um familiar, agradecer elogio de familiar, demonstrar insatisfação para familiares e controlar a

irritação. À medida que expressa sentimentos positivos, o cuidador tende a direcionar sua atenção para resultados satisfatórios e encontrar formas de valorizar estes resultados. Ao expressar afetos às demais pessoas envolvidas em seu contexto, pode-se reforçar o envolvimento destas e produzir nelas sentimento de valorização e atitudes de cooperação. Dessa forma, o cuidador poderá estreitar sua vinculação interpessoal com os demais e angariar tanto suporte emocional (aumentando sua integração social), quanto apoio instrumental (amenizando a elevada demanda de tarefas de cuidado) e, desta forma, melhorar sua qualidade de vida (Neri, 2014; Pinto & Barham, 2014b).

O menor escore para os fatores do Inventário de Habilidades Sociais foi para o fator Busca por Informação/Formação. Os comportamentos que compõe essa classe são fazer perguntas a profissionais, fazer perguntas a outros cuidadores e pedir a opinião de outrem, por exemplo. Examinando os itens desse fator, nota-se que eles estão diretamente relacionados a buscar informações com profissionais, outros cuidadores e demais pessoas envolvidas no cuidado. As pesquisadoras levantaram a hipótese de que, quando as necessidades do idoso são estáveis durante um período de tempo prolongado, o cuidador não precisa constantemente buscar por informações, pois pode já ter encontrado uma forma funcional e adequada de lidar com a dependência e as necessidades específicas do idoso. Essa hipótese pode ser reforçada considerando o fato de um critério de inclusão dos participantes neste estudo ter sido que o idoso estivesse sob seus cuidados há pelo menos seis meses, condição que aumenta a probabilidade dos cuidadores já terem vivenciado a fase de aquisição dos principais conhecimentos para exercer a tarefa de cuidar de outrem (Tomomitsu, et al., 2014). Além disso, tendo em vista que a maior parte da amostra foi formada por indivíduos com nível de escolaridade de ensino superior completo, há maiores chances de o cuidador ter acesso a tecnologias e materiais que sirvam de apoio e orientação, como livros, sites, pesquisas, relatos

de caso e outros (Scheufler et al., 2017), que podem ser usados para sanar dúvidas advindas do contexto de cuidados.

Outra hipótese para compreender um escore médio menor no fator Busca por Informação/Formação em comparação com os escores médios nos outros dois fatores (expressividade afetiva e comunicação assertiva) pode ser sugerida com base no fato de que os cuidadores apresentaram uma frequência mais baixa de interação social, se comparada aos outros fatores da escala EPSUS-A. Logo, pode ser que não tenham outras pessoas bem informadas em sua rede de contatos para pedir opinião (Camarano & Kanso, 2010), nem facilidade para marcar consultas com profissionais que ofereceriam orientações práticas.

No que diz respeito ao escore total e em cada fator (divididos pelo número de itens) do instrumento de suporte social (EPSUS-A), em média, os cuidadores do presente estudo relataram que, *muitas vezes*, possuem suporte social, sendo este de caráter afetivo, instrumental e também um apoio em situações que demandam o enfrentamento de problemas. O fator com menor pontuação foi o de Interações Sociais. Tal resultado pode refletir a elevada demanda para cumprir as funções de cuidado, de forma que não haja disponibilidade de tempo para investir em interações sociais. Além disso, Camarano e Kanso (2010) relataram que o cuidador principal de um idoso, via de regra, recebe pouco auxílio contínuo de outras pessoas para cuidar do idoso, o que dificulta sua participação em encontros sociais regulares. Por exemplo, durante a aplicação da escala EPSUS-A, cuidadores relataram que recebem convites para eventos (como aniversários e confraternizações), viagens, passeios e caminhadas, todavia, não os aceitam, pois não podem levar o idoso (devido às limitações de saúde deste) e também não tem quem os substitua.

A maior parte dos cuidadores que participou do presente estudo avaliou sua qualidade de vida como *regular* ou *boa*. Este dado sinaliza que, mesmo prestando assistência ao idoso dependente, os cuidadores continuam percebendo aspectos positivos na condição em que se

encontram. Todavia, vale ressaltar que alguns dos cuidadores se encontravam em situações de vulnerabilidade emocional e se não houver algum tipo de mudança em seu cotidiano, com o passar do tempo, elevam-se as chances de sua saúde mental deteriorar ainda mais, conforme descrito por Tomomitsu et al. (2014), afetando negativamente a avaliação da qualidade de vida.

Objetivo 2. Examinar as relações entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida de cuidadores de idosos.

Habilidades sociais x suporte social. Iniciando com habilidades sociais e suporte social, pode-se afirmar que a relação entre estas duas variáveis foi confirmada no presente estudo ($r = 0,35$; $p < 0,01$). Esta relação foi de magnitude um pouco maior quando comparada às correlações observadas entre esses mesmos construtos em amostras compostas por crianças (Vasquez & Lemos, 2013), idosos (Carneiro et al., 2007), e adultos (Müller et al., 2015), mas foi um pouco mais fraca em relação a um estudo com adolescentes ($r = 0,57$; $p < 0,01$) (Bédard, et al., 2014). A correlação obtida com cuidadores de idosos no presente estudo foi um pouco menor do que no estudo de Robinson (1990) ($r = 0,42$; $p < 0,01$), também com cuidadores de idosos.

A força da correlação entre habilidades sociais e suporte social observada na presente pesquisa foi similar ao valor da correlação reportado por Barth (1988), com uma amostra de 109 mães adolescentes ($r = 0,34$, $p < 0,01$). É possível traçar algumas semelhanças entre os contextos em que cuidadores de idosos e mães jovens estão inseridos, as quais possivelmente contribuíram para a proximidade destes resultados. Por exemplo, em ambos os contextos, existe uma grande demanda de tarefas de cuidado por alguém dependente, há certo despreparo para assumir as atividades de cuidado, além de existirem leis e normas sociais que designam a responsabilidade para estes cuidados à família ao mesmo tempo que existe uma certa

preocupação social (ou até, mesmo, pressão social) por parte de pessoas que observam o cuidador, para com a qualidade dos cuidados oferecidos à pessoa dependente.

Além de investigar a associação entre as pontuações totais nos instrumentos de habilidades sociais e suporte social, também foram examinadas as relações entre os escores em cada fator destes dois instrumentos, por permitir uma análise mais refinada, que pode guiar o preparo de programas de intervenção. A relação entre a comunicação assertiva e a percepção de suporte social para enfrentamento de problemas foi de magnitude moderada e positiva. Assim, parece que cuidadores que encontram formas de expor e discutir suas opiniões, sugestões ou expectativas, em relação à situação de cuidado, com pessoas de sua rede de suporte social, sem danificar estes relacionamentos, tendem a conseguir apoio em momentos que requerem a tomada de decisões ou solução de problemas, em acordo com relatos dos participantes no estudo de Pinto et al. (2016), sobre a emissão de habilidades sociais para cuidar de idosos dependentes.

No contexto de cuidar, podem existir circunstâncias em que o cuidador vivencia cenários inéditos relacionados à assistência ao idoso, ou situações nos quais não alcança os resultados almejados (Camarano & Kanso, 2010; Marques, Landim, Collares, & Mesquita, 2011), gerando sentimentos negativos e uma sensação de sobrecarga (Pinto et al., 2016). Nestas condições, o cuidador precisa encontrar novas maneiras de se comportar, analisando a situação com a ajuda de outras pessoas de modo a levantar alternativas para a resolução de conflitos. Além disso, para resolver o problema, o cuidador pode ainda emitir comportamentos assertivos ao pedir uma mudança de comportamento por parte de outros membros da família do idoso.

Pesquisadores afirmam que a sensação de sobrecarga está atrelada às dificuldades que cuidadores experimentam para lidar com as inúmeras e constantes dificuldades que precisam enfrentar e se adaptar (Pinto & Barham, 2014a; Queluz et al., no prelo; Tomomitsu et al., 2014). A assertividade pode ser útil em tais ocasiões, pois, segundo Del Prette e Del Prette (2013), ela

é requerida especialmente em contextos que envolvem algum risco de consequências negativas, demandando autocontrole de sentimentos negativos e, ao mesmo tempo, a expressão adequada desses sentimentos. A comunicação assertiva envolve, por exemplo, os comportamentos de expressar e pedir opiniões, discordar de outras pessoas, lidar com críticas, pedir ajuda, aceitar ajuda de familiar, admitir erros, mudar comportamento após crítica construtiva, agradecer a colaboração de familiares, e conversar sobre dificuldades.

A partir de uma revisão da literatura, Ximenes et al. (2018) pontuaram que indivíduos com déficits nas habilidades sociais de responder adequadamente às críticas e negar pedidos abusivos percebem menos suporte social, por não estabelecerem vinculações sociais pautadas em comportamentos assertivos e em desempenhos socialmente competentes, que levam em consideração a concordância entre pensar e agir. Nesse cenário, de acordo com Ximenes et al., aumentam as chances da pessoa se esquivar de contatos sociais e optar pelo isolamento, fato que influencia sua percepção acerca do apoio social à medida que não mantém contatos com outros indivíduos.

Assim, por meio da comunicação assertiva, o cuidador pode descrever os efeitos sobre ele, das ações de cada pessoa que faz parte de uma determinada situação estressante. Com isso, ele pode iniciar uma discussão sobre comportamentos alternativos para lidar com estas situações e receber auxílio para tomar decisões. Desse modo, o cuidador terá mais chances de solucionar conflitos associados à carência de ajuda por parte de outros membros da família, comportamentos-problema do idoso (como agitação ou agressividade), falta de tempo para si, ou a falta de contato social.

Habilidades sociais x qualidade de vida. A relação entre habilidades sociais e qualidade de vida em cuidadores de idosos também foi investigada. Estas variáveis apresentaram correlação moderada ($r = 0,41; p < 0,01$), corroborando a hipótese levantada no presente estudo e confirmando resultados de estudos compostos por cuidadores de idosos e por outras

populações (Carneiro et al., 2007; Pinto & Barham, 2014b; Queluz et al., no prelo; Ximenes et al., 2018). Tal resultado reitera a afirmativa de que indivíduos com um repertório bem desenvolvido de habilidades sociais estão menos vulneráveis a permanecerem em interações sociais perniciosas e desgastantes que afetam negativamente os indicadores de bem-estar (Segrin et al., 2016). Inseridos em um contexto que pode gerar sobrecarga, cuidadores de idosos socialmente habilidosos têm um repertório mais eficaz para modificar situações aversivas, amenizando os impactos das atividades de cuidado de maneira a contribuir para uma percepção de melhor qualidade de vida (Pinto et al., 2016).

Suporte social x qualidade de vida. A relação entre suporte social e qualidade de vida foi também analisada. Em acordo com a hipótese levantada para este estudo, prevendo uma relação positiva entre suporte social e qualidade de vida, a relação entre os escores totais em cada variável foi de magnitude moderada ($r = 0,49$; $p < 0,01$). Pereira e Soarez (2015) demonstraram uma piora na qualidade de vida de cuidadores que não têm outra pessoa que acompanhe sua situação, todos os dias, e destacaram o suporte social como um recurso fundamental para que o cuidador possa avaliar positivamente sua qualidade de vida. De acordo com estas autoras, apesar de importante, não é um apoio social suficiente, por exemplo, receber auxílio de uma pessoa para dividir as atividades de cuidar apenas em fins de semana e diante de necessidades pontuais, tais como quando o cuidador está doente ou tem uma consulta médica agendada. É necessário que exista um suporte contínuo que ofereça ao cuidador a possibilidade de dividir tarefas na assistência ao idoso (Pinto et al., 2016).

Considerando os escores de suporte social em cada um dos fatores, observa-se que Suporte Afetivo, Interação Social e Enfrentamento de Problemas apresentaram correlações de força moderada com a percepção de qualidade de vida. Diante da relação entre estes construtos, e lembrando que as pontuações nos fatores Suporte Afetivo e Enfrentamento de Problemas da EPSUS-A foram elevadas, pode-se afirmar que o suporte social foi um fator importante que

contribuiu para a percepção também positiva da qualidade de vida dos cuidadores (Pereira & Soarez, 2015).

A relação entre suporte instrumental e qualidade de vida, no entanto, não foi significativa. Porém, na EPSUS-A, a maior parte dos itens do fator Instrumental está quase inteiramente focada em ajuda financeira. Apesar de o suporte econômico estar entre as principais necessidades do cuidador (Guedea et al., 2009), o tipo de apoio instrumental que o cuidador precisa não está apenas relacionado à ajuda financeira, mas também à necessidade de receber ajuda prática, por meio da divisão de tarefas (Pinto et al., 2016). Além disso, cabe ressaltar que dos 13 temas do instrumento de qualidade de vida, apenas um deles aborda a percepção do cuidador acerca de sua situação financeira atual, sendo este o único item que estaria mais relacionado ao conteúdo da medida de suporte instrumental usada no presente estudo. Logo, a relação pouco expressiva entre suporte instrumental e qualidade de vida pode estar relacionada aos itens do fator Suporte Instrumental, que não representam uma parte importante das necessidades de quem cuida de um parente idoso, em conjunto com a pouca influência da situação financeira do respondente sobre seu escore no instrumento de qualidade de vida. Por fim, conclui-se que as correlações entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida de cuidadores de idosos do presente estudo oferecem evidências coerentes com os três modelos teóricos analisados anteriormente.

Objetivo 3. Analisar: (a) as correlações entre medidas sociodemográficas e as habilidades sociais, o suporte social e a qualidade de vida do cuidador, e (b) a relação entre indicadores do grau de dependência do idoso e as habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida.

Dada a força moderada da correlação entre as variáveis principais analisadas no presente estudo, investigou-se a existência de outros fatores contextuais ou culturais que também

incidem nas habilidades sociais e nas percepções do cuidador acerca de seu suporte social e de sua qualidade de vida, alterando-as. A partir dos valores das correlações observadas, pode-se afirmar que as medidas sociodemográficas idade e nível socioeconômico parecem não exercer influência significativa sobre as habilidades sociais e as percepções do cuidador acerca do suporte social e da qualidade de vida, o que não confirma resultados de algumas pesquisas anteriores que sinalizam, sim, a influência de fatores sociodemográficos nas habilidades sociais (Bandeira et al., 2006; 2009; Scheufler et al., 2017), no suporte social (Figueiredo et al., 2012; Oliveira & D'Elboux, 2012; Pereira & Carvalho, 2012; Santos & Pavarini, 2011; Tomomitsu et al., 2013) e na qualidade de vida (Almeida et al., 2017; Pereira et al., 2011).

A existência de relações significativas em alguns estudos, mas não em outros, pode ocorrer em função de variações metodológicas (por exemplo, amostras mais homogêneas em alguns dos estudos, o que reduz a força de correlações) ou reais diferenças entre cada população de interesse. Por exemplo, em amostras de pessoas de mais idade, a idade cronológica tende a ser um preditor de baixo poder, diante da heterogeneidade das trajetórias de desenvolvimento ao longo da vida (Tomomitsu, Perracini, & Neri, 2014). Quando estes fatores contextuais apresentam correlações significativas, sinalizam a existência de efeitos culturais. Ou seja, quando investigamos habilidades sociais, suporte social e percepções de qualidade de vida em amostras de crianças, adolescentes ou jovens adultos, os participantes de cada amostra que são mais velhos possuem maior escolaridade ou possuem maior nível socioeconômico tendem a dizer que emitem habilidades sociais com mais frequência, reportam receber maior apoio social e percebem sua qualidade de vida como melhor, em comparação com pessoas com menor idade, escolaridade ou condições socioeconômicas (Almeida et al., 2017; Oliveira & D'Elboux, 2012; Scheufler et al., 2017). Estas informações são importantes para a elaboração de programas de intervenção, para pensar em como ajudar pessoas a lidarem com ou superarem estes efeitos.

Idade. Com base nos resultados desta pesquisa, ter idade maior não significou emitir em maior (ou menor) frequência comportamentos de cada classe das habilidades sociais, perceber mais (ou menos) suporte social, ou avaliar mais positiva- ou negativamente a própria qualidade de vida. Conforme pontuado anteriormente, unicamente a passagem do tempo não prediz desenvolvimento de comportamentos. É necessário que, ao longo dos anos, os indivíduos vivenciem distintas experiências que irão modificar sua percepção e suas atitudes frente aos eventos cotidianos. Logo, a idade é uma variável contextual que parece não determinar isoladamente, um bom desempenho nas interações sociais e na prestação de cuidado ao idoso (Fernandes et al., 2012; Luchesi, 2011).

Possivelmente, a idade seria um fator mais influente entre cuidadores com 65 anos de idade ou mais, por ser um período da vida quando há maior probabilidade de surgirem problemas significativos relacionados à sua própria saúde física (Pereira et al., 2011). Conforme demonstrado por Santos e Pavarini (2011), a idade está diretamente relacionada ao grau de dependência. Logo, com o passar dos anos, idosos cuidadores também tendem a requer maior ajuda, não apenas para cuidarem de outro idoso, mas também para cuidarem de si próprios, visto que estão mais vulneráveis a serem acometidos por declínio em suas capacidades funcionais. Assim, ao pensarmos em um contexto de idosos cuidadores, a rede de suporte social pode ser mais relevante para aqueles com limitações de saúde, pois são os membros dessa teia social que irão prestar assistência tanto ao cuidador quanto ao idoso.

Nessa direção, Flesch et al. (2017) descobriram variações nas respostas de cuidadores de diferentes idades diante das demandas de cuidado, de modo que cuidadores mais velhos apresentavam mais riscos de sintomas depressivos, sobrecarga e comprometimento cognitivo, além de uma percepção de menor qualidade de vida. Tal resultado reforça a importância de se planejar intervenções voltadas para o desenvolvimento do repertório de habilidades sociais para esta população, com o intuito de auxiliá-la na obtenção de suporte social.

Nível socioeconômico. Não foi observada uma correlação significativa entre o nível socioeconômico dos cuidadores, investigado com base no número de bens materiais (como televisão, automóvel, geladeira e outros) e no nível de escolaridade do chefe da família, e as variáveis principais do estudo. Este resultado reflete que, apesar de um nível socioeconômico maior permitir maior acesso a serviços pagos e bens de consumo (Scheufler et al., 2017), variações nesta condição não modificaram a frequência na emissão de habilidades sociais, a obtenção de suporte social, ou a percepção de qualidade de vida entre os cuidadores avaliados.

Vale ressaltar que, como critério para participar da presente pesquisa, foram selecionados cuidadores que estavam oferecendo apoio ao seu familiar idoso, de forma não remunerada. Assim, é possível inferir que todos os cuidadores possuíam uma fonte de renda suficiente para se manter e para manter o idoso assistido. Construir uma boa condição financeira pode ser um contexto que propicie o aprendizado de comportamentos pró-sociais, como ouvir os outros, trabalhar em grupo, controlar a expressão de sentimentos negativos, entre outros. Porém, pode ser também uma condição para que o indivíduo aprenda comportamentos “individualistas”, ou seja, pagar por serviços no lugar de formar vínculos com outros. Assim, mais do que ter dinheiro, é necessário que o cuidador tenha estabelecido relações interpessoais com seus familiares pautadas em um desempenho social competente que o leva a oferecer apoio aos familiares dependentes e a encontrar formas de pedir, com sucesso, a ajuda que necessita.

Todavia, o efeito do nível socioeconômico do cuidador sobre as demais variáveis de interesse poderia ser mais evidente entre cuidadores mais idosos. No presente estudo, poucos cuidadores possuíam mais de 70 anos. Conforme pontuado por Santos e Pavarini (2011), uma condição econômica precária aumenta a vulnerabilidade ao adoecimento e a morte, especialmente em idosos. Assim, os resultados deste estudo não contradizem a preocupação de outros pesquisadores com a pobreza de cuidadores de faixas etárias mais avançadas, o que pode

ser uma condição propiciadora do desenvolvimento de doenças e de maior risco de fatalidades, gerando uma condição de rebaixamento na qualidade de vida desses cuidadores idosos.

Escolaridade. A única variável sociodemográfica examinada que teve associação estatisticamente significativa, de magnitude fraca, com as habilidades sociais dos participantes foi a escolaridade do cuidador. Cuidadores que apresentaram maior nível de escolaridade relataram emitir com maior frequência as habilidades sociais, confirmando estudos anteriores conduzidos com outras populações (Grol & Andretta, 2016; Santos-Orlandi et al, 2017; Scheufler et al., 2016). Tal resultado pode ser entendido, entre outras possibilidades, na aprendizagem de habilidades específicas, como consequência de uma exposição a diferentes modelos de comportamento interpessoal, pois indivíduos com maior escolaridade frequentaram ambientes (escolas, universidades, congressos, palestras) que dispõem de uma rica variabilidade de comportamentos sociais, propiciando a chance do aprendizado de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2017).

Assim, lembrando que o tamanho do efeito desta variável não foi grande, entende-se que pessoas com mais anos de estudo provavelmente desenvolveram maior domínio de habilidades sociais que também são importantes no contexto de cuidado a idosos (Oliveira & D'Elboux, 2012; Pinto et al., 2016). Dentre tais habilidades, têm-se: habilidades de planejamento, que podem facilitar a organização da rotina da díade cuidador-idoso, pois aumentam as chances de o cuidador conseguir prever e controlar as tarefas de cuidado; de automonitoria e autorregulação do próprio desempenho, que requerem observação, descrição, interpretação e autorregulação do desempenho social durante uma interação interpessoal e auxiliam o cuidador a identificar alternativas possíveis de resposta, prever prováveis consequências dessas alternativas e escolher respostas controladas não apenas por aquilo que é melhor para si, mas também o que é mais vantajoso para os envolvidos na relação interpessoal (Dias, 2014), e de resolução de problemas e tomada de decisão (Scheufler et al., 2017), que são

habilidades que contribuem para um relacionamento interpessoal benéfico entre cuidador e idoso, pois à medida que os conflitos vão sendo resolvidos, a percepção de autoeficácia e de qualidade de vida melhoram (Pinto & Barham, 2014b).

Grau de dependência do idoso. Quanto maior a dependência do idoso, quanto mais ajuda ele precisa, por parte do cuidador. No entanto, não foram encontradas associações estatísticas expressivas entre indicadores do grau de dependência do idoso e medidas de emissão de habilidades sociais, obtenção de suporte social e percepções qualidade de vida, por parte dos cuidadores. Porém, os resultados da presente pesquisa destoam dos principais achados da literatura da área, que mostram evidências que cuidadores que acompanham idosos mais dependentes apresentam menor qualidade de vida (Caldeira et al., 2017; Figueiredo et al., 2012; Tomomitsu et al., 2014).

A sobrecarga dos cuidadores tende a se elevar quando há alterações repentinas nas demandas, como quando o indivíduo assume o papel de cuidador, ou quando o estado de saúde do idoso se modifica, de repente (Tomomitsu et al., 2014). É possível que a maior parte dos participantes da presente pesquisa estava ajustada na condição em que se encontrava. Isto é, é possível que os cuidadores estavam adaptados à rotina que vivenciam com o idoso. Neste sentido, é importante distinguir entre a sensação de estresse que o cuidador costuma sentir quando precisa responder a mudanças na dependência do seu familiar dependente, e os efeitos do grau de dependência do seu familiar sobre o tempo que o cuidador dedica a este papel. Pode não existir uma correlação significativa entre percepções de sobrecarga e grau de dependência, mesmo havendo uma forte influência do grau de dependência do idoso na rotina do cuidador, no sentido de que, maior dependência, maior deve ser a participação do cuidador. Tal adaptação ao contexto de cuidar significa que o cuidador está ciente dos comportamentos que precisa emitir para produzir alterações em seu meio (por exemplo, o cuidador pode saber a melhor hora de dar banho no idoso sem gerar conflitos, além de saber os assuntos que deve evitar em

interações com o familiar dependente e as pessoas que pode auxiliá-lo nos cuidados com o idoso) e isso parece resultar em uma percepção de sobrecarga menor, surtindo efeitos na avaliação da própria qualidade de vida (Flesch et al., 2017).

A fraca correlação entre as medidas de dependência do idoso e a de qualidade de vida pode ser entendida a partir do suporte social recebido pelos cuidadores participantes da presente pesquisa. No presente estudo, os cuidadores não foram recrutados usando uma lista de espera para atendimento psicológico e a maior parte relatou perceber que podem contar *muitas vezes* com outras pessoas em seu cotidiano. A disponibilidade de suporte social pode ter amenizado o impacto do grau de dependência do idoso na avaliação da qualidade de vida do cuidador. Dessa forma, questiona-se a ideia de que o grau de dependência física e cognitiva do idoso está diretamente relacionado à qualidade de vida do cuidador, conforme explicitado por alguns pesquisadores (Anjos et al., 2014; Caldeira et al., 2017; Pinquart e Sörensen, 2004) e supõe-se que a qualidade de vida pode ser mediada pela variável suporte social, em acordo com os modelos teóricos usados para fundamentar o presente trabalho.

Limitações do estudo

Há na literatura a descrição de outras variáveis que não foram investigadas na presente pesquisa e que podem influenciar a emissão das habilidades sociais, a obtenção de suporte social e a percepção de qualidade de vida por parte do cuidador. Por exemplo, a qualidade da relação entre a díade cuidador-idoso pode influenciar a frequência de uso das habilidades sociais (Pinto & Barham, 2014b), visto que ambos despendem um longo tempo juntos. Uma relação de apego seguro, envolvendo confiança, comunicação aberta e poucos comportamentos para evitar assuntos significativos (Suzuki & Tomoda, 2015) permite trocas sociais positivas entre os membros da díade, o que oportuniza um cuidado de qualidade, com menor percepção de sobrecarga e percepções de maior qualidade de vida, permitindo, por exemplo, trocas de

opinião, interações colaborativas e expressões de afeto. Em contrapartida, quando as interações forem predominantemente negativas ou ausentes, a relação pode se tornar onerosa e aversiva, de modo a tolher a expressão de sentimentos positivos, o diálogo e a interação benéfica.

Para examinar a relação entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida, também pode ser importante avaliar outros fatores que parecem influenciar a disponibilidade e percepção da qualidade do suporte social ou da qualidade de vida. Neste sentido, seria útil examinar a adequação do suporte (as habilidades de quem ajuda), a duração do evento estressante que demanda apoio social, custos relacionados a oferecer ajuda (por exemplo, reduzir a carga de trabalho remunerado, dificuldades físicas), custos envolvidos em receber ajuda (por exemplo, horários inconvenientes) e o pareamento entre a necessidade de suporte e a disponibilidade deste (Figueiredo et al, 2012). A qualidade de vida do cuidador pode ser influenciada por fatores como depressão (Feitosa, 2014), má qualidade do sono, tipo de demência e sintomas neuropsiquiátricos do idoso, acesso por parte do cuidador a serviços de saúde e lazer, prevalência de problemas de saúde no cuidador, e espiritualidade (Pereira, & Soares, 2015). Todas essas variáveis precisam de investigação, visto que podem exercer influência nas habilidades sociais do cuidador de idosos, bem como em sua percepção de apoio social e qualidade de vida.

Ressalta-se, também, que o instrumento utilizado para medir o suporte social não foi construído especificamente para uso com cuidadores de idosos, podendo ter como resultado uma medida não tão acurada da percepção que o cuidador tem acerca de sua rede de apoio. O instrumento contém itens relacionados à ajuda emocional, material, informacional e relativos à participação do respondente em interações sociais. Porém no contexto de cuidado, o suporte necessário pode ir além dessas áreas (Rees et al., 2007) e demandar tipos de apoio também vinculados com a divisão de tarefas, o que possibilitaria ao cuidador não só ajuda com atividades diárias do idoso, mas também a oportunidade de ter algum tempo livre para praticar

atividades de interesse pessoal e de autocuidado (Pinto et al., 2016). Apesar da necessidade de ferramentas específicas, ressalta-se que, na revisão da literatura realizada para este estudo, não foi encontrado um instrumento específico já validado, para uso com cuidadores de idosos, nem de autoria brasileira, nem transculturalmente adaptado, que poderia ser usado para mensurar a percepção de suporte social nesta população, sendo este um possível objeto de estudos futuros.

Direções para estudos futuros

Para fortalecer as evidências sobre a relação entre habilidades sociais de cuidadores, obtenção de suporte social e percepções de qualidade de vida observadas no presente estudo, será importante realizar estudos longitudinais, ao exemplo de Segrin et al. (2016). Outra possibilidade seria a elaboração e avaliação da eficácia de um programa de treinamento em habilidades sociais para cuidadores familiares de idosos, como forma de verificar, de maneira experimental, a relação entre um possível aumento na emissão de habilidades sociais no contexto de cuidado (caso a intervenção for eficaz) e a obtenção de suporte social. Este tipo de intervenção pode ser especialmente importante para ajudar cuidadores que relatam baixa frequência na emissão de habilidades sociais no seu papel de cuidador de idoso ou pouca satisfação com o suporte social que recebem. Isto é, se for possível ensinar os cuidadores a aproveitarem melhor as redes de apoio (humanas e institucionais) a sua volta, com o objetivo de diminuir as dificuldades que enfrentam, é provável que eles possam sentir maior benefício advindo de suas vinculações sociais e mais satisfação com sua capacidade de lidar com a condição de prestação de cuidado em que se encontram.

Programas psicoeducativos que podem promover a aquisição e refinamento de um repertório de habilidades sociais para lidar com as demandas do contexto de cuidar de um parente idoso, considerando tanto as habilidades do cuidador quanto as do idoso, é uma

alternativa frente às grandes demandas de adaptação que existem e à condição de convivência social intensa entre a díade. Sem tais habilidades, aumentam-se as chances de interação negativa entre o idoso e seus familiares, com declínio na qualidade de vida de ambos e maior chance de ocorrência de negligência e violência intrafamiliar (Pinto, Albuquerque, & Barham, 2013).

Figueiredo et al. (2012) destacaram que a relação entre o cuidador familiar e os profissionais que oferecem um suporte formal deve também ser alvo de atenção e pesquisa. Os autores comentam que, na realidade, existe uma partilha do cuidado do idoso com a rede formal de apoio, porém os cuidadores não consideram esses profissionais como elementos significativos de suporte. Uma das explicações para tal resultado é que os profissionais da saúde estão mais fortemente direcionados a prestar ajuda ao idoso dependente, sendo este o principal beneficiário dos serviços formais de apoio, e não o cuidador. Este dado destaca a necessidade da criação de programas voltados especificamente para a saúde e o bem-estar do cuidador familiar.

Estes autores alertaram que a ausência de reconhecimento e valorização da dedicação do cuidador por parte da rede de apoio formal pode ser um entrave para a prestação de um apoio interligado entre suporte formal e informal. Tal discussão sinaliza a necessidade da elaboração e implementação de treinamentos de habilidades sociais também para profissionais que estão em contato direto com a vida do idoso e do cuidador. A aprendizagem e o refinamento das habilidades sociais nessa população podem contribuir para uma comunicação mais eficiente com os cuidadores familiares, bem como para maior empatia e acolhimento das demandas destas pessoas, que assumiram a responsabilidade tão significativa para assistir um parente idoso dependente.

Novas pesquisas podem também serem delineadas a partir de metodologias distintas da adotada na presente pesquisa. Assim, por exemplo, sugere-se a realização de estudos de comparação entre cuidadores e não cuidadores, buscando verificar a emissão de habilidades

sociais e as percepções de suporte social e qualidade de vida entre aqueles que assistem a um idoso e aqueles que não têm tal função. Pode-se também realizar um estudo longitudinal com o objetivo de avaliar o efeito da passagem do tempo sobre essas três variáveis principais do presente estudo. Ademais, em estudos futuros, será importante utilizar instrumentos que não envolvam apenas o autorrelato de emissão de habilidades sociais, mas também a observação e registros de comportamentos dessas classes.

Além disso, em pesquisas futuras, a relação entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida pode ser avaliada com um número mais significativo de cuidadores familiares do sexo masculino, visto que, dadas as normas sociais que localizam a mulher no papel de cuidadora, é possível que elas recebam menos ajuda, pois são consideradas naturalmente capacitadas a prestar cuidados (visto que geraram e assistiram seus filhos em seus desenvolvimentos), reafirmando um lugar social solitário e gerador de sobrecarga e estresse (Camargo, 2010). Em contrapartida, homens, que não foram “educados” para cuidar, e sim para prover o sustento das famílias, podem obter maior apoio prático e emocional, justamente por não terem habilidades quase que “instintuais” para cuidar. Logo, o sexo, uma característica biológica que é influenciada por aspectos socioculturais, pode gerar efeitos tanto na emissão de habilidades sociais, quanto na quantidade e qualidade de ajuda recebida por cuidadores de idosos.

Ademais, cabe a investigação acerca da emissão de habilidades sociais e as percepções de suporte social e qualidade de vida de cuidadores formais domiciliários. Debert (2016) afirma que o cuidado formal de idosos em domicílio é um mercado de trabalho em expansão, e nesse contexto, deve-se considerar também a empregada doméstica e os serviços por ela prestados, mesmo quando o cuidador principal do idoso é o filho ou o cônjuge. A autora afirma que “o trabalho de cuidado organizado como trabalho doméstico informal é uma resposta relativamente muito econômica à necessidade de cuidados” (Debert, 2016, p. 139), pois

contrata-se uma empregada doméstica e se paga um benefício a mais para que ela exerça também a função de atender as necessidades do idoso dependente. Assim, parece válido investigar as habilidades sociais, o suporte social e a qualidade de vida de cuidadores formais domiciliários a fim de verificar se as relações se alteram a partir de normas culturais que afetam as habilidades sociais e a responsividade de membros da rede social a diferentes grupos de cuidadores.

Considerações finais

A principal contribuição deste estudo foi a compreensão mais precisa acerca das relações entre as habilidades sociais e as percepções de suporte social e de qualidade de vida em cuidadores familiares de idosos. Tendo em vista estudos demonstrando que as habilidades sociais podem ser aprendidas e refinadas por meio de treinamentos (Del Prette & Del Prette, 2011, 2017), será importante elaborar e avaliar intervenções com o objetivo de ampliar e aperfeiçoar o repertório de habilidades sociais de cuidadores de idosos, visto que “populações específicas têm necessidades interpessoais próprias, de modo que seu mapeamento e consequentes intervenções focadas parecem constituir um caminho produtivo para fazer avançar o programa de pesquisa em habilidades sociais” (Bolsoni-Silva & Carraca, 2010, p. 334). Por meio de treinamentos de habilidades sociais voltados a cuidadores de idosos, será possível verificar se o desenvolvimento deste repertório comportamental terá como consequência uma melhora significativa na percepção do cuidador acerca do suporte social que recebe e como produto final, uma melhora na percepção de sua qualidade de vida.

Referências

- ABEP (2013). Critério de Classificação Econômica Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.
- Almeida, K. M., da Fonseca, B. M., Gomes, A. A., & Oliveira, M. X. (2017). Fatores que influenciam a qualidade de vida de cuidadores de paralisados cerebrais. *Fisioterapia em Movimento*, 26(2), 307-314. doi: 10.1590/s0103-51502013000200007
- Anjos, K. F. D., Boery, R. N. S. D. O., Pereira, R., Santos, V. C., Boery, E. N., & Casotti, C. A. (2014). Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicílio. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental (Online)*, 6(2), 450 - 461. doi: 10.9789/2175-5361
- Bandeira, M., Silva Rocha, S., Cordeiro Freitas, L., Pereira Del Prette, Z. A., & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. *Psicologia em estudo*, 11(3). doi: 10.1590/s1413-73722006000300010
- Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Magalhaes, T. (2009). Validação das escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência acadêmica (SSRS-BR) para o ensino fundamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 271-282. doi: 10.1590/S010237722009000200016
- Barth, R. P. (1988). Social skills and social support among young mothers. *Journal of Community Psychology*, 16(2), 132-143. doi: 10.1002/1520-6629(198804)16:2<132::aid-jcop2290160204>3.0.co;2-z
- Barham, E. J., Pinto, F. N. F. R., Andrade, A. R., Lorenzini, M. F. J., & Ferreira, C. R. (2015). Fundamentos e estratégias de intervenção para a promoção de saúde mental em cuidadores de idosos. Em S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos & L. Polejack (Orgs.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção*. pp. 844-862. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys. ISBN 978-85-64468-44-3
- Bolsoni-Silva, A. T., & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em revista*, 16(2), 330-350. doi: 10.5752/p.1678-9563.2010v16n2p330
- Brandão, Á. A. R. (2015). A Transformação da Mulher na Relação com o Trabalho. *Psicologias*, 1. Disponível em: <http://revistas.ufac.br/revista/index.php/psi/article/view/208>

- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2010a). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 27(1), 232-235. doi: 10.1590/s0102-30982010000100014
- Camargo, R. C. V. F. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: Uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(2), 231-254. doi: 10.11606/issn.1806-6976.
- Camargos, M. C. S., & Gonzaga, M. R. (2015). Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. *Caderno de Saúde Pública*, 31(7), 1460-1472. doi: 10.1590/0102-311x00128914
- Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2015). Evidência de validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulta) - EPSUS-A: um estudo correlacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 946-958. doi: 10.1590/1982-3703001352013
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237. doi: 10.1590/s0102-79722007000200008
- Carneiro, R. S. (2014). Um estudo das HS em idosos. *Psicologia Argumento*, 32(76), 23-31. doi: 10.7213/psicol.argum.32.076.ds02
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem Matemática*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2011). *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (2. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Vozes
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2013). Social Skills Inventory (SSI-Del-Prette): Characteristics and Studies in Brazil. In F. L. Osório (Org.), *Social anxiety disorders: From theory to practice*. pp. 49-62. New York, NY: Nova Science.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2017). *Habilidades Sociais e Competência Social para uma vida melhor*. São Carlos, SP: EDUFSCar. 243pp.
- Debert, G. G. (2016). Migrações e o cuidado do idoso. *Cadernos Pagu*, 46, 129-149. doi: 10.1590/18094449201600460129
- Dias, T. P. (2014). Conceituação, avaliação e promoção de automonitoria em pré-escolares e sua relação com competência social e comportamentos-problema. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos/SP.
- Feitosa, F. B. (2014). A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 488-499. doi: 10.1590/1982-3703000992013

- Fernandes, J.S., Miranzi, S. D. S. C., Iwamoto, H. H., Tavares, D. M. D. S., & Santos, C. B. (2012). Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(3). doi: 10.1590/s0104-07072010000300004
- Ferreira, C. R., Isaac, L. & Ximenes, V.S (no prelo). *Cuidar de idosos: um assunto de mulher?* Estudos Interdisciplinares em Psicologia.
- Flesch, L. D., Lins, A. E. S. & Carvalho, E. B. (2016). Cuidado familiar a idosos física e cognitivamente frágeis: Teoria, pesquisa e intervenção In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1476-1482.
- Flesch, L. D., Batistonia, S. S. T., Neri, A. L., & Cachionia, M. (2017). Aspectos psicológicos da qualidade de vida de cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. *Geriatrics, Gerontology and Aging (Impr.)*, 11(3), 138-149. doi: 10.5327/z2447-211520171700041
- Gaioli, C. C. L. D. O., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(1), 150-157. doi: 10.1590/s0104-07072012000100017
- Guedea, M. T. D., Damacena, F. A., Carbajal, M. M. M., Marcobich, P. O., Hernández, G. A., Lizárraga, L. V., & Flores, E. I. (2009). Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 242-249. doi: 10.1590/s0102-71822009000200011
- Gonçalves, L. T. H., Leite, M. T., Hildebrandt, L. M., Bisogno, S. C., Biasuz, S., & Falcade, B. L. (2013). Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 315-25. doi: 10.1590/s1809-98232013000200011
- Grol, Letícia dos Santos Van, & Andretta, Ilana. (2016). Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em crianças com idade escolar: um estudo descritivo. *Temas em Psicologia*, 24(3), 1129-1138. doi: 10.9788/TP2016.3-17
- Gutierrez, B. A. O., Auricchio, A. M., & Medina, N. V. J. (2011). Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. *Journal Health Sci Inst*, 29(3), 186-190. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, 185(12), 914-919. doi:10.1001/jama.1963.0306012002401

- Lino, V.; T. S., Pereira, S.R.M., Camacho, L. A. B., Ribeiro Filho, S. T., & 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. doi: 10.1590/s0102-311x2008000100010
- Loureiro, L. S. N., & Fernandes, M. G. M. (2015). Perfil do cuidador familiar de idosos dependentes em convívio domiciliar. *Journal of Research: Fundamental Care On-line*, 7(1), 145-154. doi: 10.9789/2175-5361.2015.
- Luchesi, B. M. (2011). Crianças que convivem com idosos: Atitudes em relação à velhice e percepção sobre demência. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.
- Marques, A. K. M. C., Landim, F. L. P., Collares, P. M., & Mesquita, R. D. (2011). Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(Supl 1), 945-955. doi: 10.1590/s1413-81232011000700026
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number.
- Müller, R., Peter, C., Cieza, A., Post, M. W., Van Leeuwen, C. M., Werner, C. S. & SwiSCI Study Group. (2015). Social skills: A resource for more social support, lower depression levels, higher quality of life, and participation in individuals with spinal cord injury? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(3), 447-455. doi: 10.1016/j.apmr.2014.09.006
- Neri, A. L. (2014). *Palavras Chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Alínea. 4ªed.
- Neri, A. L., & Sommerhalder, C. (2002). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: A. L. Neri (org). *Cuidar de Idosos no Contexto da Família: Questões Psicológicas e Sociais*, 3, pp. 9-63. Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L., & Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 419-432. doi: 10.1590/s1809-98232013000300002
- Novelli, M. M., Nitri, R., & Caramelli, P. (2010). Validation of the Brazilian version of the quality of life scale for patients with Alzheimer's disease and their caregivers (QOL-AD). *Aging & Mental Health*, 14(5), 624-631. doi: 10.1080/13607861003588840
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 41(10), 403-409.

- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, *30*(5), 583-594. doi: 10.1093/geront/30.5.583
- Pereira, K. C. R., Alvarez, A. M., & Traebert, J. L. (2011). Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, *14*(1), 85-95. doi: 10.1590/s1809-98232011000100010
- Pereira, M. G., & Carvalho, H. (2012). Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*, *20*(2). doi: 10.9788/tp2012.2-07
- Pereira, M., S., L., & Soares, S. M. (2015). Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(12). 3839-3851. doi: 10.1590/1413-812320152012.15632014
- Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Chance, J. M., & Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, *37*(3), 323-329. doi: 10.1093/geronj/37.3.323
- Pinto, F. N. F. R., & Barham, E. J. (2014a). 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. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13043
- Pinto, F. N. F. R., & Barham, E. J. (2014b). Bem-estar psicológico: comparação entre cuidadores de idosos com e sem demência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *15*(3), 635-655. doi: 10.15309/14psd150307.
- Pinto, F. N. F. R., Barham, E. J., & Del Prette, Z. A. P. (2016). Interpersonal conflicts among family caregivers of the elderly: The importance of social skills. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *26*(64), 161-170. doi: 10.1590/1982-43272664201605
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, *15*(2), 187-224. doi: 10.1037/0882-7974.15.2.187
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Aging & mental health*, *8*(5), 438-449. doi: 10.1080/13607860410001725036
- Queluz, F. N. F. R., Barham, E. J., Del Prette, Z. A. P., & Santos, A. A. A. (no prelo). Inventário de habilidades sociais para cuidadores familiares de idosos (IHS-CI): relações com indicadores de bem-estar psicológico. *Temas em Psicologia*.

- 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. doi: 10.15689/ap.2017.1601.09
- Rees, T., Hardy, L., & Evans, L. (2007). Construct validity of the Social Support Survey in Sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(3), 355-368. doi: 10.1016/j.psychsport.2006.06.005
- Robinson, K. (1990). The relationships between social skills, social support, self-esteem and burden in adult caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 15(7), 788-795. doi: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01908.x
- Roncon, J., Lima S., & Pereira, M. G (2015). Qualidade de vida, morbidade psicológica e relações familiares em pessoas idosas a residir na Comunidade. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 31(1), 87-96. doi:10.1590/0102-37722015011637087096
- Santos, A. A., & Pavarini, S. C. (2011). Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm*, 24(4), 520-6. doi: 10.5216/ree.v13i2.10170.
- Santos, S. M. A. D. (2010). O cuidado a idosos fragilizados no âmbito da família: questões que se propõem à teoria e à pesquisa em gerontologia e às políticas públicas em relação a velhice. In: Santos, S. M. A. D (org.). *Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador*, 3, Campinas: Alínea, p. 13-27.
- Santos-Orlandi, A., & Brito, T. P., & Ottaviani, A., & Rossetti, E. S., & Zazzetta, M., & Gratão, A. M., & Orlandi, F. S., & Pavarini, S. I. (2017). Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 21(1), 1-8. doi: 10.5935/1414-8145.20170013
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26(3), 489-514. doi: 10.1111/j.1468-2958.2000.tb00766.x
- Segrin, C., McNelis, M., & Swiatkowski, P. (2016). Social skills, social support, and psychological distress: A test of the Social Skills Deficit Vulnerability Model. *Human Communication Research*, 42(1), 122-137. doi: 10.1111/hcre.12070
- Scheufler, L., Braz, A. C., Pacheco, J. T. B., de Oliveira, C. R., Gonzatti, V., de Lima Argimon, I. I., Del Prette Z. A., & Irigaray, T. Q. (2017). Are social skills related to sociodemographic variables and depressive symptoms? A cross-sectional study with elderly sample. *Ageing International*, 1-16. doi: 10.1007/s12126-016-9260-8

- Silva, L. S. (2009). Mulheres em cena: as novas roupagens do primeiro damismo na assistência social. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. doi: 10.17771/PUCRio.acad.15501
- Suzuki, H., & Tomoda, A. (2015). Roles of attachment and self-esteem: Impact of early life stress on depressive symptoms among Japanese institutionalized children. *BMC Psychiatry*, 15 (8), 1-11. doi: 10.1186/s12888-015-0385-1
- Tolsdorf, C. C. (1976). Social networks, support, and coping: An exploratory study. *Family Process*, 15(4), 407-417. doi: 10.1111/j.1545-5300.1976.00407.x
- Tomomitsu, M. R., Perracini, M. R., & Neri, A. L. (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. doi: 10.1590/s1809-98232013000400002
- Tomomitsu M. R. S. V., Perracini M. R., & Neri, A. L. (2014). Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), pp. 3429-3440. doi: 10.1590/1413-81232014198.13952013
- Vázquez, M. G., & Lemos, V. N. (2013). Habilidades sociales y apoyo social percibido en niños con diagnóstico. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 59(2), 87-93. ISSN: 0001 – 6896.
- 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.

Apêndice

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Ciências Humanas - Departamento de Psicologia
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____
_, RG: _____ aceito participar da pesquisa “Um estudo correlacional entre habilidades sociais, suporte social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos”, realizada pela aluna de pós-graduação Vanessa Santiago Ximenes, orientada pela Profa. Dra. Elizabeth Joan Barham.

Com o aumento do número de idosos no Brasil e no mundo, estudos que busquem identificar fatores que contribuam para um envelhecimento bem-sucedido e que promovam uma interação saudável entre o idoso e sua rede de suporte, com a preservação da saúde, a autonomia e o bem-estar psicológico dos envolvidos, mostram-se importantes na atualidade e também em décadas futuras. Assim, o objetivo desta pesquisa é realizar um levantamento de habilidades que são importantes para a atividade de cuidar de um idoso, bem como avaliar o suporte social e a qualidade de vida do cuidador familiar de idoso.

Para tanto, os seguintes instrumentos serão utilizados: ficha de entrevista (contendo nome, idade, estado civil, escolaridade, tempo de cuidado ao idoso), Critério de Classificação Econômica Brasil para a caracterização socioeconômica do cuidador, Escala de Percepção do Suporte Social Versão Adulta para avaliar o suporte social do cuidador, Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos Familiares para avaliar as habilidades sociais, Escalas de Vida Diária de Katz e de Avaliação Funcional de Pfeffer para o cuidador avaliar o grau de dependência do idoso cuidado e Escala de Qualidade de Vida na Demência de Alzheimer, Versão do cuidador/familiar para avaliar a qualidade de vida do cuidador familiar. Os dados serão coletados individualmente.

Você foi selecionado para participar desta pesquisa por ser um cuidador de um idoso de sua família há pelo menos seis meses. Não haverá gastos de sua parte para a participação na pesquisa. E, também, não haverá pagamento para sua participação.

Sua participação deve lhe trazer alguns benefícios, tais como: (a) a oportunidade de refletir sobre sua situação de cuidador de idoso, o que demanda lidar com situações estressantes, (b) a oportunidade de conversar com um profissional sobre a sua condição de cuidador de idoso membro de sua família.

Os riscos ligados à sua 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 em sua vida, que pode estar sendo estressante. No entanto, a pesquisadora é uma psicóloga com treinamento prévio nesta área, e poderá te ajudar a pensar em estratégias construtivas que podem ser usadas em sua situação. Seu anonimato será rigorosamente mantido. Assim, na apresentação dos achados principais da pesquisa, por exemplo, não serão divulgados resultados individuais que possam te identificar e violar sua privacidade.

Os resultados gerais poderão ser divulgados em reuniões e trabalhos científicos e utilizados para a realização da dissertação de mestrado de Vanessa Santiago Ximenes, mas nunca será revelada a sua identidade. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação neste estudo, agora ou a qualquer momento, de forma gratuita. Você também receberá 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

Concordo em participar da pesquisa, respondendo a alguns instrumentos com perguntas sobre os cuidados que ofereço ao meu parente idoso, sobre minhas próprias habilidades em realizar a atividade de cuidar e sobre minhas percepções de minha situação atual. 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 a pesquisadora ou nos serviços que usufruo pela instituição em que fui convidado.

São Carlos, _____ de _____ de 20 ____.

Pesquisadora Responsável: Vanessa Santiago Ximenes

Assinatura do Participante

Contato da Pesquisadora Responsável

Tel: (43) 9635 – 7881 (Tim)

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

Anexos

Anexos A e B - Questionário Sociodemográfico e Critério de Classificação Econômica Brasil

Nome:

Escolaridade:

Idade:

Estado Civil:

Sexo: () Masculino () Feminino

Relação com o idoso: () Filho () Neto () Cônjuge () Nora/genro () Outro

Há quanto tempo é cuidador? _____

Reside com o idoso? () Sim () Não

Agora, para caracterização socioeconômica, gostaria de saber quantos de cada um desses itens, você tem em sua residência.

ITEM	0	1	2	3	4 ou mais
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

Grau de Instrução do chefe de sua família

Marque X	Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual
	Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental (ou 1º. Grau)
	Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental (ou 1º. Grau)
	Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental (ou 1º. Grau) completo
	Colegial completo/ Superior incompleto	Médio (ou 2º. Grau) completo
	Superior completo	Superior completo

Anexo C - Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS-A

Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulto)

EPSUS - A

Abaixo você encontrará uma série de afirmações relacionadas ao quanto você pode contar com pessoas (amigos, vizinhos, família, etc.) em suas necessidades afetivas, de informação, instrumental e no enfrentamento de problemas. Responda a partir da seguinte afirmação:

Posso contar com pessoas que...

Estado em que mora: _____	Idade: _____
Sexo: Masculino ()	Feminino ()
Grau de escolaridade	
() Fundamental Incompleto	() Fundamental Completo
() Médio Completo	() Superior Incompleto
() Outro. Especificar _____	() Médio Incompleto
() Superior Completo	
Estado civil: () solteiro	() casado
() recasado	() viúvo
	() separado
	() outro _____
Profissão: _____	
Religião: _____ () Praticante () Não praticante	

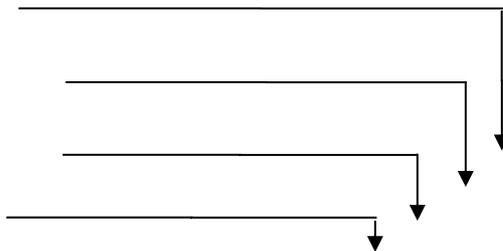
Posso contar com pessoas que...

(3) Sempre

(2) Muitas vezes

(1) Poucas vezes

(0) Nunca



1	Me convidam para atividades sociais				
2	Pagam minhas contas quando tenho um problema financeiro				
3	Me proporcionam situações agradáveis				
4	Compreendem meus problemas				
5	Escutam meus problemas sem me julgar				
6	São agradáveis para se conversar				
7	Respeitam minhas opiniões				
8	Estão ao meu lado quando preciso				
9	Me fornecem alimentação quando preciso.				
10	Demonstram confiança				
11	Auxiliam em momentos de tomadas de decisões em minha vida				
12	Ajudam a comprar a medicação quando estou doente				
13	Me divertem				
14	Me valorizam				
15	Me auxiliam a compreender determinada situação				
16	Proporcionam momentos de descontração				
17	Auxiliam financeiramente quando preciso comprar algo necessário				
18	Escutam meus medos e preocupações				
19	Me convidam para atividades de lazer				
20	Me fazem rir				
21	Entendem meus valores				
22	Me ajudam caso venha a ficar doente				

23	Me convidam para praticar atividades físicas				
24	Demonstram carinho por mim				
25	Comemoram comigo minhas alegrias e conquistas				
26	Conseguem me distrair				
27	Me convidam para viajar				
28	Me elogiam				
29	Fazem contato comigo quando não compareço a um evento social				
30	Preparam minhas refeições quando estou impossibilitado				
31	Discutem meus problemas				
32	Passam momentos agradáveis comigo				
33	Confiam em mim				
34	Se preocupam com meu bem estar				
35	Emprestam dinheiro quando estou com dificuldades financeiras				
36	Ajudam com informações sobre meus planos para o futuro				

Quando você respondeu as questões anteriores, em quantas pessoas você pensou?

nenhuma 1 a 4 pessoas 5 a 7 8 a 10 mais que 10 pessoas

Essas pessoas incluem? Coloque entre parênteses o número de pessoas correspondente.

Por exemplo, se você pensou em 4 pessoas, sendo que desses três são de sua família e uma é um amigo(a) de trabalho, escreva 3 na opção família e 1 na opção amigos do trabalho dentro dos parênteses

família amigos da escola/universidade amigos do trabalho
 parentes amigos do clube amigos da igreja
 vizinhos amigos em geral Outros. Especificar
 _____ _____ _____

Anexo D – Escala de Qualidade de Vida na Demência de Alzheimer – versão do cuidador familiar - CqdV

Anexo E - Escala de Qualidade de Vida na Demência de Alzheimer - versão do cuidador/familiar – CqdV

Envelhecimento e Demência: Qualidade de vida na DA							
Qualidade de vida: DA							
(Versão do cuidador)							
Número do entrevistado			Número da avaliação		Data da entrevista		
□□□□□□			□□		□□ □□ □□		
<p>Instruções: Por favor, avalie o quanto cada item é importante para sua qualidade de vida em geral e em seguida avalie sua atual situação, como você a vê. Indique suas escolhas colocando um X no quadrado apropriado. No último item, por favor, avalie sua qualidade de vida em geral, como você a vê.</p>							
Importância				Situação Atual			
Muito	Razoável	Nada		Ruim	Regular	Bom	Excelente
			1. Saúde Física				
			2. Disposição				
			3. Humor				
			4. Moradia				
			5. Memória				
			6. Família				
			7. Casamento				
			8. Amigos				
			9. Você em geral				
			10. Capacidade para fazer tarefas.				
			11. Capacidade para fazer atividades de lazer				
			12. Dinheiro				
			13. A vida em geral				

PONTOS:

Anexo E - Katz - Escala de Atividades Básicas de Vida Diária

NOME DO CUIDADOR:

NOME DO IDOSO:

NOME DO ENTREVISTADOR:

Data:

--	--

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA – Katz

PONTUAÇÃO (somatória das respostas “SIM”):

--

De 05 a 06 pontos INDEPENDÊNCIA

De 03 a 04 pontos DEPENDÊNCIA PARCIAL

De 0 a 02 pontos DEPENDÊNCIA IMPORTANTE

Instruções: “Vou fazer algumas perguntas sobre atividades do dia-a-dia do seu acompanhante, e gostaria que respondesse “sim” ou “não”.

	ATIVIDADE		SIM/ Correto/ consegue	NÃO/ Não consegue
1	Em relação ao Banho	Toma banho sem receber ajuda ou recebe ajuda somente para uma parte do corpo.	1	0
2	Em relação a Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	1	0
3	Quanto à Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).	1	0
4	Em relação à Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda de uma pessoa (pode usar andador ou bengala).	1	0
5	Quanto à Continência	Controla completamente urina e fezes.	1	0
6	Em relação à Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar ou passar manteiga no pão).	1	0

Anexo F – Questionário de Atividades Funcionais - Pfeffer

NOME DO CUIDADOR:

NOME DO IDOSO:

NOME DO ENTREVISTADOR:

Data:

--	--	--	--	--

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS – Pfeffer

(OBSERVAÇÃO: QUESTIONÁRIO APLICADO AO FAMILIAR/CUIDADOR)

PONTUAÇÃO (somatória de pontos):

--

Total maior do que 5 (cinco) pontos = DEPENDÊNCIA

Por favor, responda as perguntas que serão feitas de acordo com o seu entendimento sobre o nível ou grau de independência e autonomia que o seu (sua) acompanhante apresenta para a realização das tarefas do dia-a-dia.

	Normal	Faz com dificuldade	Necessita de ajuda	Não é capaz	Nunca o fez, mas poderia fazê-lo	Nunca o fez e agora teria dificuldade
1. Ele(a) manuseia seu próprio dinheiro?	0	1	2	3	0	1
2. Ele(a) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho(a)?	0	1	2	3	0	1
3. Ele(a) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?	0	1	2	3	0	1
4. Ele(a) é capaz de preparar uma refeição?	0	1	2	3	0	1
5. Ele(a) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?	0	1	2	3	0	1
6. Ele(a) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?	0	1	2	3	0	1
7. Ele(a) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?	0	1	2	3	0	1
8. Ele(a) é capaz de manusear seus próprios remédios?	0	1	2	3	0	1
9. Ele(a) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	0	1	2	3	0	1

	Normal	Sim, mas com precauções	Sim, por períodos curtos	Não poderia	Nunca ficou, mas poderia ficar agora	Nunca ficou e agora teria dificuldade
10. Ele(a) pode ser deixado(a) em casa sozinho(a) de forma segura?	0	1	2	3	0	1