


ARTIGO ORIGINAL

Escala de Autorregulação Emocional (EARE-AD): Evidências de validade com cuidadores de idosos

**Emotional Self-Regulation Scale (EARE-AD): Evidence of validity with caregivers of
the elderly**

**Escala de Autorregulación Emocional (EARE-AD): Evidencia de validez con
cuidadores de ancianos**

Helder Henrique Viana Santos Batista ^a, Ana Paula Porto Noronha^b

^a Faculdade de Extrema, Curso de Psicologia – Extrema/MG – Brasil. ^b Universidade São Francisco, Programa de Pós Graduação em Psicologia – Campinas/São Paulo – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20220010

Resumo

Autorregulação emocional e inteligência emocional são construtos vinculados às emoções e auxiliam em comportamentos adaptativos frente a eventos estressantes, que estão presentes na vivência de cuidadores de idosos. O objetivo desse estudo foi buscar evidências de validade com base na relação com variáveis externas (inteligência emocional e características sociodemográficas) para a Escala de Autorregulação Emocional (EARE-AD). Participaram 128 cuidadores, com idades entre 19 e 79 anos de uma cidade do Estado de São Paulo. Foram aplicadas a EARE-AD, as Medidas de Inteligência Emocional (MIE) e um questionário sociodemográfico. Os quatro fatores da EARE-AD se correlacionaram significativamente com ao menos algum fator da MIE, com magnitudes fracas e moderadas ($r=0,19$ a $0,46$). Os participantes mais novos apresentaram maiores médias que os mais velhos no fator estratégias de enfrentamento da EARE-AD. Foram identificadas evidências de validade para a EARE-AD. Conclui-se que a tarefa de cuidar de idosos pode ser desgastante emocional e fisicamente, mas os cuidadores podem apresentar boas estratégias de enfrentamento.

Palavras-chaves: Emoções; Psicometria; Inteligência emocional

Abstract

Emotional self-regulation and emotional intelligence are constructs linked to emotions and assist in adaptive behavior to stressful events, which are present in the experience of caregivers of the elderly. The objective

of this study was to find evidence of validity based on the relationship with external variables (emotional intelligence and sociodemographic characteristics) for the Emotional Self-Regulation Scale-Adult (ESRS-AD). Participants were 128 caregivers, ages between 19 and 79 years of a city of the State of São Paulo. The ESRS-AD and Emotional Intelligence Measures (EIM) and a sociodemographic questionnaire were applied. The four factors of ESRS-AD correlated significantly with at least some EIM factor, with weak and moderate magnitudes ($r = .19$ to $.46$). The younger participants presented higher means than the older in the coping strategies factor of ESRS-AD. Evidence of validity for ESRS-AD has been identified. It is concluded that the task of caring for the elderly can be emotionally and physically exhausting, but caregivers can present good coping strategies.

Keywords: Emotions; Psychometrics; Emotional intelligence

Resumen

La autorregulación emocional y la inteligencia emocional son constructos vinculados a las emociones y ayudan a las conductas adaptativas ante eventos estresantes, que están presentes en la experiencia de los cuidadores de ancianos. El objetivo de este estudio fue buscar evidencias de validez a partir de la relación con variables externas (inteligencia emocional y características sociodemográficas) para la Escala de Autorregulación Emocional (EARE-AD). Participaron 128 cuidadores, de 19 a 79 años, de una ciudad del Estado de São Paulo. Se aplicó el EARE-AD, las Medidas de Inteligencia Emocional (EIM) y un cuestionario sociodemográfico. Los cuatro factores EARE-AD se correlacionaron significativamente con al menos algún factor MIE, con magnitudes débiles y moderadas ($r = 0,19$ a $0,46$). Los participantes más jóvenes tuvieron promedios más altos que los participantes mayores en el factor Estrategias de afrontamiento de la EARE-AD. Se identificó evidencia de validez para la EARE-AD. Se concluye que la tarea de cuidar de ancianos puede resultar esgotamiento emocional y físico, pero los cuidadores pueden presentar buenas estrategias de afrontamiento.

Palabras clave: Emociones; Psicometría; Inteligencia emocional

A presente pesquisa visa obter evidências de validade com base na relação com variáveis externas para a Escala de Autorregulação Emocional-Adulto – EARE-AD¹ em uma amostra de cuidadores de idosos, dado que as constantes sobrecargas emocionais vivenciadas por cuidadores potencializam o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, estresse e depressão²⁻⁴. Optou-se por investigar a autorregulação emocional (AE), diante de uma situação de tristeza, em relação à inteligência emocional, compreendida como as informações sobre as emoções e os sentimentos na relação com outras pessoas, e por meio das características sociodemográficas dos participantes como variáveis externas.

A autorregulação emocional (AE) tem sido compreendida como a habilidade de enfrentar com êxito as emoções negativas, e de ter o controle emocional em situações estressantes, como a morte de um ente querido ou a perda de um emprego, e que possam estar implicadas em transtornos de humor, tais como, a depressão⁵⁻⁷. Weiss et al.⁷ consideraram a AE como um construto multidimensional que inclui: a) a avaliação,

a compreensão e a aceitação das emoções; b) o controle dos comportamentos impulsivos e a capacidade de engajamento em comportamentos direcionados ao vivenciar emoções negativas; e c) o uso de estratégias apropriadas para modular a duração e a intensidade das respostas emocionais.

A AE tem implicações importantes na adaptação saudável das pessoas às situações e eventos cotidianos^{5,8}. Déficits de AE estão associados fortemente a comportamentos impulsivos diante da vivência de emoções negativas^{6,9} e com comportamentos disfuncionais e excessivos, como o uso de álcool, drogas, comportamentos sexuais de risco e outros¹⁰. Em baixos níveis, a AE pode indicar menor competência no estabelecimento de relações sociais saudáveis, além de se associar a alterações emocionais e de humor, como a depressão, o estresse pós-traumático, a ansiedade, dependência de substâncias psicoativas e desconforto psicológico^{5,6,11,12}. Ademais, a AE pode explicar uma porcentagem importante de variância dos níveis de bem-estar subjetivo e psicológico^{12,13} e das forças de caráter¹⁴, ser um bom preditor da resiliência¹⁵, além de minimizar os efeitos do neuroticismo, por sua vez, fortemente associado às emoções negativas¹¹.

Batista e Noronha¹⁶ identificaram, em um levantamento na base de dados da Scielo, os construtos e os instrumentos associados à avaliação de AE no período entre 2008 e 2017. Os resultados apontaram para a inteligência emocional como o construto mais estudado com a AE. A explicação centra-se no fato de que, segundo Salovey et al¹⁷ a inteligência emocional como o monitoramento, a regulação e a avaliação de sentimentos e emoções para identificar os níveis do construto, incluindo-a como um fator que identifica a regulação emocional dos respondentes. Nesse sentido, Goleman¹⁸ ressaltou que a AE é um componente da inteligência emocional e, em alguns estudos, foram identificadas associações positivas entre os construtos^{19,20}. Dessa forma, a inteligência emocional refere-se à capacidade de identificar, nomear e agir de forma adequada em relação aos próprios sentimentos e em relação aos sentimentos alheios^{17,18,21}. Pessoas com altos níveis de inteligência emocional tendem a ser mais estáveis emocionalmente, mantêm relações interpessoais mais saudáveis e expressam emoções negativas de forma assertiva^{22,23}.

As pesquisas relacionadas à regulação das emoções têm aumentado na última década^{13,14,24}, sobretudo por ser um recurso que pode contribuir com a saúde física e mental das pessoas. Isso é particularmente presente quando são considerados os diversos contextos em que as pessoas estão inseridas, como hospitais, escolas e famílias^{16,19,25}. Há de se considerar, especialmente nos âmbitos familiar e hospitalar, a necessidade de atentar-se aos cuidadores de idosos. Esses são pessoas que prestam cuidados de acordo com objetivos estabelecidos por responsáveis de direito ou por instituições especializadas, observando os aspectos sociais e físicos²⁶.

Os cuidadores formais são profissionais que possuem capacitação técnica para assistir outrem e recebem recompensa financeira para tal. Técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e outros profissionais da saúde podem ser considerados cuidadores formais que trabalham em hospitais ou casas de repouso^{27,28}. Os cuidadores informais, por sua vez, são familiares dos idosos, principalmente cônjuges e filhos, e os cuidados são feitos de forma voluntária, sem recompensa financeira para cuidarem do idoso, além de não terem formação específica para a tarefa^{27,28}. O número de cuidadores tem crescido no Brasil e no mundo devido ao aumento da longevidade e das doenças crônicas e degenerativas de idosos²⁹. Esse aumento

pode gerar problemas para o sistema de saúde, uma vez que 40% daqueles com mais de 65 anos necessitam de outras pessoas para realizarem tarefas de higiene, compras e alimentação^{30, 31}.

Os benefícios de cuidar de um idoso, para o cuidador informal, centram-se no fato de poder auxiliá-lo de forma mais afetiva por ser um familiar, sendo que os deslocamentos a hospitais são facilitados e o atendimento fica mais humanizado³². Além disso, cuidadores informais e formais podem encontrar, ao desenvolverem suas atividades, uma possibilidade de desenvolvimento da resiliência, busca por melhores relacionamentos interpessoais e do equilíbrio biopsicossocial, por meio do exercício da fé e da espiritualidade, e encontro de um sentido de vida^{27,33}. Os malefícios referem-se ao estresse, sobrecarga emocional e física vivenciada por cuidadores, impactando na qualidade de vida, no convívio social, na qualidade do sono, no desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiedade²⁻⁴. O ambiente hospitalar e as casas de repouso podem potencializar o desenvolvimento de estresse e sobrecarga emocional em cuidadores formais, uma vez que lidam com grande quantidade de procedimentos invasivos e vivenciam situações-limites (momentos críticos que extrapolam a possibilidade de patologia, envolvem questões morais), com carga horária excessiva e possibilidade de morte dos pacientes²⁸.

Au²⁵, ao testar um modelo de intervenção comportamental por telefone para cuidadores de idosos que portavam algum tipo de demência, com vistas a diminuir os sintomas depressivos dos cuidadores, identificou que o grupo que recebeu o treinamento apresentou diminuição significativa nos níveis de sintomas depressivos. O referido grupo apresentou maior frequência de uso de estratégias de regulação emocional após o treinamento, indicando a importância do desenvolvimento de intervenções focadas no controle das próprias emoções. Horiguchi e Lipp³⁵ e Iavarone et al.³⁶ identificaram que as mulheres cuidadoras tendem a apresentar maiores níveis de sobrecarga, além de adotarem estratégias centradas na emoção e assumirem tarefas que extrapolam seus limites físicos e emocionais. Os cuidadores mais velhos tendem a apresentar maior nível de sobrecarga, posto que com o passar do tempo também tendem a perder a capacidade física e cognitiva, além de ter menos perspectivas de futuro, menor esperança e otimismo³⁶.

Desenvolver estudos referentes à AE em cuidadores de idosos pode auxiliar na identificação de baixos níveis do construto e na escolha dos tratamentos mais adequados^{6,9}, de forma que o cuidador também seja cuidado. Com vistas a avaliar a AE nos mais variados contextos, no cenário internacional foram desenvolvidas algumas medidas, como o *Emotion Regulation Profile-Revised*⁹ e o *Trait Meta-Mood Scale*¹⁷. No Brasil, os estudos referentes às medidas que avaliam a AE ainda são incipientes, além de não existir consenso quanto às propriedades psicométricas e aos modelos teóricos que subsidiaram a construção dos instrumentos^{1, 8, 16, 37, 38}. Para exemplificar serão descritas algumas medidas que avaliam a AE no cenário brasileiro e que poderiam ser utilizadas para avaliação em cuidadores de idosos.

Os indicadores psicométricos do *Emotional Regulation Questionnaire (ERQ)* foram investigados por Batistoni et al.³⁷ em uma amostra de idosos. O ERP avalia duas estratégias de regulação das emoções, quais sejam, reavaliação cognitiva e supressão emocional. Os autores identificaram uma estrutura com dois fatores, sendo Supressão emocional ($\alpha = 0,69$) e Reavaliação cognitiva ($\alpha = 0,75$). Gondim et al.³⁸ analisaram

as propriedades psicométricas da *Emotion Regulation Profile* (ERP) em uma amostra de pessoas com idades entre 18 e 51 anos. O instrumento avalia a AE do respondente considerando um cenário pré-estabelecido. Os autores também identificaram uma estrutura de dois fatores, sendo que um dizia respeito ao controle de emoções positivas ($\alpha = 0,67$) e outro ao controle de emoções negativas ($\alpha = 0,73$). Noronha et al.¹ analisaram as propriedades psicométricas das Escalas de Autorregulação Emocional versões adulto (EARE-AD) e infanto-juvenil (EARE-IJ). Os instrumentos avaliam a AE diante de algum evento que tenha causado tristeza, de forma que o respondente indica os pensamentos, sentimentos e comportamentos que melhor o descrevem. Os autores encontraram uma estrutura com quatro fatores nas duas escalas separadamente, sendo que três apresentaram nomenclaturas e definições semelhantes nas duas versões: estratégias de enfrentamento adequadas ($\alpha_{EARE-AD} = 0,98$; $\alpha_{EARE-IJ} = 0,95$), pessimismo ($\alpha_{EARE-AD} = 0,88$; $\alpha_{EARE-IJ} = 0,94$) e paralisação ($\alpha_{EARE-AD} = 0,92$; $\alpha_{EARE-IJ} = 0,94$). Além disso, foram encontrados o fator externalização da agressividade ($\alpha = 0,69$) na versão adulta e avaliação da experiência ($\alpha = 0,91$) na infanto-juvenil.

Em síntese, os instrumentos que avaliam a AE consideram um cenário pré-estabelecido³⁸, foram específicos para idosos³⁷ ou considera algum estado da emoção¹. Noronha et al.¹ ressaltaram que as Escalas de Autorregulação Emocional (adulto e infanto-juvenil) também podem ser úteis em populações que tenham desenvolvido disforias e transtornos de humor. Nesse sentido, dado o fato de que cuidadores de idosos são expostos a eventos estressantes que podem contribuir com o desenvolvimento de estresse, ansiedade e depressão²⁻⁴, identificar os níveis de AE desse grupo se faz necessário. A vantagem da EARE-AD em relação aos demais instrumentos mencionados é o acúmulo de evidências de validade de tipos distintos, por meio de análises com a Teoria Clássica dos Testes e da Teoria de Resposta ao Item, o que traz ao instrumento confiabilidade. Ademais, a EARE-AD avalia as estratégias disfuncionais, permitindo a investigação das dificuldades dos indivíduos.

O objetivo do presente estudo foi buscar evidências de validade baseadas na relação com outras variáveis para a EARE-AD. Para tal, foram investigadas as associações entre a inteligência emocional e a AE de cuidadores de idosos; se as características sociodemográficas dos participantes seriam preditoras e se apresentariam diferenças de médias em relação aos fatores da EARE-AD. Hipotetizou-se que: H1) as associações entre os fatores paralisação, pessimismo e externalização da agressividade (EARE-AD) e os fatores da MIE seriam negativas; já as associações entre o fator estratégias de enfrentamento (EARE-AD) e os fatores da Medidas de Inteligência Emocional (MIE) seriam positivas. Em ambos os casos as magnitudes esperadas são entre fracas e moderadas^{17,39}. H2) a AE apresentaria associações positivas (fator estratégias de enfrentamento) e negativas (fatores paralisação, pessimismo e externalização da agressividade) com a idade^{36,37}. As magnitudes esperadas variariam entre fracas e moderadas. H3) a variável sexo apresentaria diferenças estatisticamente significativas, com as mulheres com maiores médias nos fatores negativos da AE (externalização de agressividade, pessimismo e paralisação)^{35,36}.

No tocante à sustentação das hipóteses formuladas, para a primeira, a relação negativa se justifica, pois o instrumento de avaliação da inteligência emocional identifica as características presentes, enquanto a

EARE-AD avalia as estratégias disfuncionais, notadamente nos fatores paralisação, pessimismo e externalização da agressividade. Por sua vez, o fator estratégias de enfrentamento avalia as estratégias funcionais, e, portanto, se relaciona de modo positivo com inteligência emocional. A hipótese 2 trata da magnitude das correlações. A este respeito, convém destacar que a autorregulação emocional é considerada um componente da inteligência emocional, de modo que não são construtos correlatos, justificando, assim, os coeficientes baixos^{40,41}. Por fim, a hipótese 3 refere-se às médias mais elevadas das mulheres nos fatores negativos da AE, dado que as mulheres tendem a apresentar maiores níveis de sobrecarga emocional e agir de forma a ultrapassar os seus limites físicos e emocionais, o que poderia leva-las a agir de forma agressiva ou ter uma visão negativa em relação ao futuro^{35,36}.

Material e Método

Participantes

A amostra de conveniência foi composta por 128 cuidadores de uma cidade do interior do estado de São Paulo, dos quais 66,4% eram cuidadores informais. A faixa etária variou entre 19 e 79 anos ($M= 44,67$; $DP= 14,25$), sendo 84,4% dos participantes do sexo feminino. Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes possuía o ensino médio completo/superior incompleto (50,00%), superior completo (37,90%), ensino fundamental II completo/ensino médio incompleto (8,01%) e ensino fundamental II completo/ensino fundamental II incompleto (4,03%). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes era casada/união estável (50,00%). Ademais, 30,95% da amostra era solteira, 13,49% divorciada e 5,56% viúva. A maioria dos cuidadores relatou que o idoso não possuía algum tipo de demência (63,12%) e recebia ajuda de outras pessoas para cuidar do idoso (82,26%).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. Desenvolvido com o objetivo de identificar o sexo, a idade, a escolaridade e o estado civil dos participantes. Ainda, com base na literatura existente sobre cuidadores de idosos^{3,27,28}, foi questionado se o idoso era paciente ou familiar do respondente, há quanto tempo prestava cuidados, se o idoso possuía alguma demência e se o respondente contava com ajuda de outras pessoas para cuidar do idoso.

Escala de Autorregulação Emocional-Adulto – EARE-AD¹. O instrumento é composto por 34 itens, dispostos em uma escala *Likert* de 5 pontos (0= nunca a 4= sempre), sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de autorregulação emocional. Os fatores foram denominados Estratégias de enfrentamento adequadas (Fator 1), Externalização de agressividade (Fator 2), Pessimismo (Fator 3) e Paralisação (Fator 4). As pontuações dos fatores 2, 3 e 4 devem ser invertidas. Estratégias de enfrentamento dizem respeito à capacidade do respondente em solucionar problemas, refletir sobre os próprios sentimentos e buscar fazer outras coisas ao vivenciar a tristeza. A Externalização da agressividade refere-se ao controle das ações de irritação, raiva e agressividade em relação ao externo (pessoas, objetos, o mundo), se o respondente responsabiliza o outro pelo que sente. O Pessimismo avalia se o respondente possui uma visão negativa do futuro, com sentimentos

de inferioridade ao vivenciar a tristeza. Por fim, encontrar soluções adequadas ao vivenciar emoções negativas ou ficar paralisado, pensando constantemente na situação que gerou tristeza é o que define o fator Paralisação. Exemplos de itens: “Penso em outras coisas” (Estratégias de enfrentamento adequadas) e “Quero bater nos outros” (Externalização de agressividade).

*Medidas de Inteligência Emocional – MIE*²¹. Avalia o processamento de informações referentes às emoções e sentimentos vivenciados ou observados no contato do indivíduo com outras pessoas. A MIE possui 59 itens respondidos em uma escala de 4 pontos do tipo *Likert* (0= nunca a 3= sempre), sendo que maiores pontuações indicam maiores níveis de inteligência emocional. A escala está disposta em cinco fatores: empatia (14 itens, $\alpha=0,87$), sociabilidade (13 itens, $\alpha=0,82$), autocontrole (10 itens, $\alpha=0,84$), automotivação (12 itens, $\alpha=0,82$) e autoconsciência (10 itens, $\alpha=0,78$). A empatia indica facilidade de identificar os sentimentos, desejos e intenções alheios. Sociabilidade indica a dificuldade de adaptação a novas situações, facilidade de iniciar e preservar as amizades. A capacidade de administrar os próprios sentimentos e desenvolver estratégias para atingir metas são características identificadas pelo fator Autocontrole. Automotivação diz respeito à facilidade de elaborar planos para a própria vida e agir de forma propícia para a concretização das metas. A autoconsciência refere-se à capacidade de percepção, distinção e nomeação dos sentimentos próprios, de forma que o respondente reconheça e aceite seus estados emocionais. Exemplos de itens: “Reconheço meus sentimentos com grande facilidade” (autoconsciência) e “Identifico com facilidade os sentimentos das pessoas (empatia)”.

Procedimentos

O projeto recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE: 53659716.8.0000.5514). Os participantes responderam aos instrumentos depois de receberem as orientações para o preenchimento dos instrumentos e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O procedimento de coleta de dados com os cuidadores formais, funcionários de instituições que prestavam cuidados a idosos, foi realizado mediante contato prévio (telefone, e-mail ou pessoalmente) e a aprovação das instituições. Foram consultadas 20 instituições, sendo que sete autorizaram a realização da pesquisa. As coletas foram coletivas ou individuais, conforme disponibilidade dos participantes e da instituição, em salas disponibilizadas. Com os cuidadores informais as coletas foram realizadas por meio de indicações de funcionários das instituições, na casa dos cuidadores, também de forma coletiva ou individual, conforme a quantidade de cuidadores de uma mesma casa. Os participantes responderam ao questionário sociodemográfico, à EARE-AD e à MIE em aproximadamente 40 minutos. Não foram realizadas devolutivas relacionadas aos resultados dos participantes. Não aconteceram desistências durante as aplicações e os participantes tiraram dúvidas quando essas surgissem.

Análise de dados

Para análise dos dados utilizou-se o programa SPSS-25 e o JASP 0,14.1.0. As associações entre os fatores da EARE-AD com a idade e os fatores da MIE foram verificadas pelo teste de correlação de Pearson, de acordo com a classificação de Levin e Fox⁴⁰: fraca (até 0,30), moderada (entre 0,30 e 0,59), forte (entre 0,60

e 0,99) ou perfeita (1,00). A análise de regressão linear simples (método *Enter*), foi utilizada para verificar se as características sociodemográficas (variáveis independentes) seriam preditoras dos fatores da EARE-AD (variáveis dependentes). O teste *t* de Student e a ANOVA ($p=0,05$) foram aplicados para identificar diferenças nas pontuações da EARE-AD em relação às características sociodemográficas dos respondentes.

Resultados

No presente estudo foram encontrados bons índices de consistência interna para os fatores da EARE-AD: Estratégias de enfrentamento ($\alpha=0,90$; $\omega=0,90$), Externalização de agressividade ($\alpha=0,76$; $\omega=0,77$), Pessimismo ($\alpha=0,89$; $\omega=0,89$) e Paralisação ($\alpha=0,84$; $\omega=0,83$). Bons índices de consistência interna também foram identificados nos fatores da MIE: empatia ($\alpha=0,92$; $\omega=0,91$), sociabilidade ($\alpha=0,81$; $\omega=0,81$), autocontrole ($\alpha=0,81$; $\omega=0,80$), automotivação ($\alpha=0,89$; $\omega=0,90$) e autoconsciência ($\alpha=0,75$; $\omega=0,72$).

O teste de correlação de Pearson foi utilizado para verificar a associação entre a idade e os fatores da EARE-AD e da MIE. Foram identificadas associações com coeficientes positivos e negativos, e magnitudes variando entre fracas e moderadas ($r=0,19$ e $0,46$). Os dados estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1. Correlações entre os fatores da EARE-AD e da MIE

		MIE					
		Idade	Empatia	Sociabilidade	Autocontrole	Automotivação	Autoconsciência
EARE-AD	Idade	1	-0,10	0,08	0,23*	-0,07	0,03
	Estratégias de enfrentamento	0,11	0,07	0,39**	0,34**	-0,38**	0,46**
	Externalização de agressividade	-0,13	0,19*	-0,02	-0,26**	-0,16	-0,16
	Pessimismo	-0,13	0,04	-0,30**	-0,25**	-0,42*	-0,19*
	Paralisação	-0,15	0,02	-0,42**	-0,25**	-0,43**	-0,19*

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Conforme apresentado na Tabela 1, das 20 correlações possíveis, foram identificadas 15 significativas entre os fatores da EARE-AD e da MIE. Todos os fatores da EARE-AD se correlacionaram significativamente com algum fator da MIE. O fator autocontrole da MIE se associou significativamente com os quatro fatores da EARE-AD e a idade, com magnitudes variando entre fracas e moderadas. Os fatores sociabilidade, automotivação e autoconsciência (MIE) apresentaram correlações significativas com três dos quatro fatores da EARE-AD (estratégias de enfrentamento, pessimismo e paralisação), com magnitudes fracas e moderadas, não apresentando associações significativas somente com o fator externalização da agressividade.

Foram realizadas regressões lineares a fim de identificar se cada uma das variáveis sociodemográficas

(variáveis independentes) mencionadas no questionário sociodemográfico seriam preditoras de algum fator da EARE-AD (variáveis dependentes). Os dados estão dispostos na Tabela 2.

Tabela 2. Regressões lineares significativas entre as variáveis sociodemográficas e os fatores da EARE-AD

	Escolaridade (VI)				
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>Beta</i>		
Constante	3,722	0,403		9,241	0,001
Estratégias de enfrentamento (VD)	-0,236	0,094	-0,221	-2,505	0,014
	Relação com o idoso (VI)				
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>Beta</i>		
Constante	1,682	0,233		7,227	0,001
Paralisação (VD)	-0,370	0,164	-0,197	-2,252	0,026

Nota: VI – variável independente; VD – variável dependente.

Conforme exposto na Tabela 2, a escolaridade foi considerada variável preditora do fator estratégias de enfrentamento da EARE-AD ($F[1, 122] = 6,227$; $p = 0,014$; $R^2 = 0,049$), com coeficiente de determinação ajustado (R^2) de 0,041, explicando 4,1% da variância. Para a relação com o idoso houve diferença significativa em relação ao fator paralisação ($F[1, 126] = 5,073$; $p = 0,026$; $R^2 = 0,039$), sendo o R^2 de 0,039, o que explicou 3,9% da variância. Em relação aos fatores pessimismo e externalização da agressividade nenhuma variável foi significativamente preditiva.

No que se refere às comparações de médias dos participantes nos fatores da EARE-AD e MIE e às características sociodemográficas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para sexo, escolaridade e tempo como cuidador. O teste *t* de Student identificou diferenças estatisticamente significativas quanto à relação do cuidador com o idoso para o fator paralisação da EARE-AD ($t[101,883] = 2,416$; $p = 0,017$), sendo que as maiores médias foram dos cuidadores informais ($M = 1,31$). Por sua vez, a ANOVA identificou diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado civil para o fator estratégia de enfrentamento da EARE-AD ($F[122] = 4,768$; $p = 0,004$). O teste post hoc indicou a existência de dois grupos distintos (viúvos e casados). Os participantes casados apresentaram pontuações mais elevadas ($M = 2,96$).

Discussão

O presente estudo teve por objetivo a busca por evidências de validade para a EARE-AD baseadas na relação com outras variáveis (inteligência emocional e características sociodemográficas) em uma amostra de cuidadores de idosos. Os índices de consistência interna encontrados para os fatores da EARE-AD são bons e

mais elevados em relação ao que foi identificado em estudos anteriores^{1,37,38}. Esperava-se encontrar associações positivas e negativas, com magnitudes variando de fracas a moderadas da autorregulação emocional com a inteligência emocional (H1) e a idade (H2). Ademais, esperava-se encontrar diferenças estatisticamente significativas em relação à variável sexo, com as mulheres apresentando maiores médias (H3).

A primeira hipótese do presente estudo foi confirmada. As comparações entre as medidas indicaram a presença de 15 correlações significativas das 20 possíveis. Os resultados se justificam teoricamente, posto que a inteligência emocional foi o construto mais estudado de forma conjunta com a AE¹⁶ e as magnitudes de correlação encontradas são semelhantes ao que fora identificado no estudo de Teques et al.³⁹. Ademais, o fator autocontrole da MIE apresentou correlações significativas com os quatro fatores da EARE-AD. Possivelmente, tal fator é o responsável por identificar a AE na MIE, sobretudo por se referir ao controle de sentimentos e realização de metas²¹. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de, geralmente, as medidas de inteligência emocional possuírem uma dimensão que avalia a AE. À título de exemplo, têm-se o *Trait Meta-Mood Scale* e o Questionário de Autopercepção de Inteligência Emocional^{16,17,20,22,39} que também possuem um fator que avalia a AE.

A correlação de maior magnitude (estratégias de enfrentamento e autoconsciência) se justifica pelo fato de os fatores indicarem que o indivíduo avalia as experiências que vivencia, como perceber, nomear e distinguir sentimentos, a fim de solucionar problemas e alcançar metas estabelecidas anteriormente^{1,21}. Adicionalmente, destaca-se o fato de o fator paralisação ter apresentado associações negativas com quatro fatores da MIE. Os resultados são coerentes com a literatura, visto que a baixa capacidade de se autorregular para a realização de objetivos pessoais e de se engajar em comportamentos saudáveis, a baixa autoaceitação, as dificuldades de estabelecimento de relações positivas com outrem e a pouca autonomia podem ser características relacionadas à paralisação^{1,12,13}.

A regressão linear indicou a variável relação com o idoso como preditora do fator paralisação, principalmente se o cuidador for um familiar do idoso. O familiar que cuida de um idoso pode vivenciar situações que acarretem estresse e sobrecarga física e emocional que impactam negativamente nas relações interpessoais, na qualidade do sono, além de potencializar o desenvolvimento de depressão e ansiedade^{2,3,34}. Na variável relação com o idoso também foi identificado que os cuidadores familiares apresentaram maiores médias no fator estratégias de enfrentamento adequadas. Em certa medida, o resultado pode ser explicado pelos aspectos favoráveis que o cuidar de um idoso acarreta, tais como: um sentido maior à vida, expressões de carinho, amor, e dedicação mesmo em meio aos sacrifícios, além da possibilidade do exercício da fé e espiritualidade como recurso para enfrentar a situação^{32,33}.

Outra justificativa é a sobrecarga que os cuidadores formais vivenciam, uma vez que a exaustiva rotina, os procedimentos realizados, a grande quantidade de pacientes atendidos e a possibilidade de morte deles podem impactar emocionalmente no profissional, que, às vezes, não consegue agir da forma mais adequada^{2,23,28}. A rotina dos cuidadores informais muitas vezes é exaustiva e em tempo integral também. Porém, geralmente tal rotina se restringe ao cuidado de uma ou duas pessoas. Por outro lado, o cuidador formal pode ter muitos

idosos para cuidar e ter a qualidade de vida comprometida, pois o nível de dependência dos idosos pode impactar negativamente na saúde de cuidadores^{3,28}. Assim, os dados precisam ser analisados com cautela. A escolaridade predispe o fator estratégias de enfrentamento da EARE-AD. O resultado pode ser explicado pelo fato de o nível educacional indicar maior instrução, o que permite que as pessoas se sintam mais seguras e capazes de expressar os próprios sentimentos e consigam encontrar formas para solucionar os próprios problemas^{1,40}.

A segunda hipótese não foi confirmada, uma vez que foram identificadas associações nulas entre idade e os fatores da EARE-AD. Entretanto, os resultados são coerentes com a literatura, uma vez que a idade e o fator estratégias de enfrentamento associaram-se positivamente^{25,37}. Os dados precisam ser analisados com cautela, mas uma possível justificativa para tais associações, ainda que em baixas magnitudes, é o fato da idade estar relacionada a maior frequência de estabelecimento de relações interpessoais, o que poderia contribuir no aprendizado do controle emocional²⁵. Exemplo disso são os resultados do estudo Batistoni et al.³⁷, que identificaram habilidades autorregulatórias em maiores níveis em pessoas mais velhas, sobretudo no que se refere ao controle de estados emocionais negativos como a raiva e a tristeza.

Em relação à terceira hipótese, a mesma não foi confirmada. Uma possível explicação para o achado é a amostra ter sido constituída majoritariamente por mulheres, dificultando comparações relacionadas ao sexo. Ser mulher é uma característica recorrente em estudos com amostras de cuidadores, sendo principalmente esposas ou filhas dos idosos^{28,35,40}. Um outro dado diz respeito aos participantes casados terem apresentado maiores médias no fator estratégias de enfrentamento. Explica-se considerando que os cônjuges geralmente são as primeiras pessoas a oferecer cuidados aos idosos e, por estarem mais expostos ao desenvolvimento de sintomas de depressão, ansiedade, desespero e sobrecarga física, financeira e emocional, acabam por desenvolver habilidades que auxiliam contra comportamentos agressivos com outras pessoas, incluindo o próprio idoso^{3,25,41}. O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adequadas é necessário, visto que uma das características da amostra de cuidadores familiares e profissionais é assumir responsabilidades que muitas vezes extrapolam os limites físicos e emocionais, fato que pode interferir na qualidade de vida e no controle dos próprios comportamentos, sobretudo se o cuidador também for idoso^{29,35,42}.

Conclusão

Os resultados observados no presente estudo são relevantes. Os coeficientes encontrados entre os fatores da EARE-AD e da MIE, apesar de serem de magnitudes fracas em alguns casos, possuem sentido teórico e podem indicar evidências de validade para a EARE-AD com base na relação com outras variáveis^{1,9,16,21}. Destaca-se o fato de ter sido encontradas correlações significativas entre os fatores da EARE-AD e o fator autocontrole da MIE, considerando que esse último pode ser definido pela facilidade de administrar sentimentos, comportamentos e pensamentos²¹.

Há de se considerar também que, apesar das dificuldades que o cuidado a um idoso requer e pode acarretar, possivelmente os participantes consigam encontrar formas adequadas para superar as dificuldades inerentes a tal tarefa. Uma das limitações do estudo centra-se no fato da amostra ser heterogênea, não

permitindo algumas generalizações. As experiências cotidianas de cuidadores formais e informais são distintas em alguns pontos. Vivências de cuidadores informais de idosos que possuem limitações para a realização de atividades da vida diária (banhar-se, alimentar-se e trocar de roupa), além de restrições físicas e cognitivas podem divergir daqueles que não possuem tais limitações. Da mesma forma, foram englobados muitos tipos de participantes em cuidadores formais, como enfermeiros, com nível superior e que trabalhavam em hospitais e cuidadores que trabalhavam em casas de repouso e tinham somente o ensino fundamental I completo/ ensino fundamental II incompleto. Assim, a avaliação da autonomia do idoso e um pareamento em relação à escolaridade dos cuidadores de idosos precisam ser considerados em estudos futuros.

Sugere-se que novas investigações sejam realizadas para esclarecer melhor alguns dos resultados. A título de agenda de pesquisas, o desenvolvimento de estudos que comparem grupos de cuidadores formais e informais e a inserção de outros construtos como variáveis de investigação nessas amostras, como a depressão, o bem-estar subjetivo, a percepção de suporte familiar e a satisfação com a vida, podem contribuir para a melhor compreensão dos resultados, de modo que o foco não seja somente no aspecto negativo do cuidar, mas se considere também os benefícios de tal ato, tanto para o idoso quanto para o cuidador. Ademais, outras análises estatísticas poderiam ser empregadas, como modelos de equações estruturais e de regressões que incluam outras variáveis sociodemográficas.

Referências

1. Noronha APP & Baptista MN & Batista HHV (2019). Initial psychometric studies of the Emotional Self-Regulation Scale: Adult and child-youth versions. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 36(e180109), 1-12. doi: 10.1590/1982-0275201936e180109
2. Ottati F & Freitas V (2013). Avaliação da qualidade de vida e vulnerabilidade ao estresse no contexto hospitalar. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(1), 15-29. doi: 10.5433/2236-6407.2013v4n1p15
3. Pereira MG & 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), 369-383. doi: 10.9788/TP2012.2-07
4. Queluz FNFR, Campos CRF, Santis L, Isaac L & Barham EJ (2019). Zarit Caregiver Burden Interview: Evidências de validade para a população brasileira de cuidadores de idosos. *Revista Colombiana de Psicologia*, 28(1), 99-113. doi: 10.15446/rcp.v28n1.69442
5. Berking M, Wirtz CM, Svaldi J & Hofmann SG (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behavior Research and Therapy*, 57(1), 13-20. doi: 10.1016/j.brat.2014.03.003
6. Halliom LS, Steinman SA, Tolin DF & Diefenbach GJ (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, 9(539), 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00539
7. Weiss NH, Gratz KL & Lavender JM (2015). Factor structure and initial validation of a multidimensional measure of difficulties in the regulation of positive emotions: The DERS-Positive. *Behavior Modification*, 39(3), 431-453. doi: 10.1177/0145445514566504
8. Gaspar T, Tomé GQ, Simões C & Matos MG (2015). Estratégias de Auto-Regulação em Pré-Adolescentes e Adolescentes: Versão Portuguesa do TESQ-E. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(4), 649-658. doi: 10.1590/1678-7153.201528402

9. Nelis D, Quoidbach J, Hansenne M & Mikolajczak M (2011). Measuring individual differences in emotion regulation: The Emotion Regulation Profile-Revised (ERP-R). *Psychologica Belgica*, 51(1), 49-91. doi:10.5334/pb-51-1-49
10. Simons RM, Hahn AM, Simons JS & Murase H (2017). Emotion dysregulation and peer drinking norms uniquely predict alcohol-related problems via motives. *Drug and Alcohol Dependence*, 177, 54-58. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.03.019
11. Drake MM, Morris M, Davis T J (2017). Neuroticism's susceptibility to distress: Moderated with mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 106(1), 248-252. doi: 10.1016/j.paid.2016.10.060
12. Simon CR & Durand-Bush N (2015). Does self-regulation capacity predict psychological well-being in physicians? *Psychology, Health and Medicine*, 20(3), 311-321. doi: 10.1080/13548506.2014.936887
13. Santana VS & Gondim SMG (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(1), 58-68. doi: 10.5935/1678-4669.20160007
14. Noronha APP & Batista HHV (2020). Relações entre forças de caráter e autorregulação emocional em universitários brasileiros. *Revista Colombiana de Psicología*, 29(1), 73-86. doi: 10.15446/.v29n1.72960
15. Artuch-Garde R, González-Torres MC, La Fuente J, Vera MM, Fernández-Cabezas M & López-García M (2017) Relationship between resilience and self-regulation: A study of spanish youth at risk of social exclusion. *Frontiers in Psychology*, 8(612), 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00612
16. Batista HHV & Noronha APP (2018). Instrumentos de autorregulação emocional: Uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 17(3), 389-398. doi: 10.15689/ap.2018.1703.15643.12
17. Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C & Palfai TP (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion disclosure and health* (pp. 125-154). Washington, DC: APA Books.
18. Goleman D (2006). *Inteligência Social – A nova ciência das relações humanas*. Barcelos: Círculo de Leitores.
19. Espinoza-Venegas M, Sanhueza-Alvarado O, Ramírez-Elizondo N & Sáez-Carrillo K (2015). A validation of the construct and reliability of an emotional intelligence scale applied to nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 139-147. doi: 10.1590/0104-1169.3498.2535
20. Ruiz E, Salazar IC & Caballo VE (2012). Emotional intelligence, emotional regulation and personality styles/disorders. *Behavioral Psychology*, 20(2), 281-304. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2012-23080-003>
21. Siqueira MMM, Barbosa NC & Alves MT (1999). Construção e validação fatorial de uma medida de inteligência emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(2), 143-152. doi: 10.1590/S0102-37721999000200007
22. Isaza-Zapata GM & Calle-Piedrahita JS (2016). An approach to understanding Emotional Intelligence profiles. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 331-345. doi: 10.11600/1692715x.14122220814
23. Rivera MCA, Llanes OFG, Garrido VAP, Maldonado CRQ & Sánchez CAZ (2014). Emotional intelligence, stress, self-efficacy, locus of control, and academic performance in university students. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 21-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29232614002>
24. Hardy SA, Baldwin CR, Herd T & Kim-Spoon J (2020). Dynamic associations between religiousness and self-regulation across adolescence into young adulthood. *Developmental Psychology*, 56(1), 180-197. doi: 10.1037/dev0000841
25. Au A (2015). Developing volunteer-assisted behavioral activation teleprograms to meet the needs of Chinese dementia caregivers. *Clinical Gerontologist*, 38(3), 198-202. doi: 10.1080/07317115.2015.1008118

26. Ministério da Saúde (2008). *Guia Prático do Cuidador*. Série A. Normas Técnicas e Manuais Técnicos. Brasília.
27. Gaioli CCLO, Furegato ARF & Santos JLF (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto & Contexto Enferm, Florianópolis, 21(1)*, 150-157. doi:10.1590/S0104-07072012000100017
28. Maronesi LC, Silva NR, Cantu SO & Santos AR (2014). Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 14(3)*, 877-892. doi: 10.12957/epp.2014.13889
29. Santos-Orlandi AA, Brigola AG, Ottaviani AC, Luchesi BM, Souza EN, Moura FG, Zacarin JF, Terassi M, Oliveira NA & Pavarini SCI (2019). Idosos cuidadores de idosos: Fragilidade, solidão e sintomas depressivos. *Revista Brasileira de Enfermagem, 72(suppl 2)*, 95-103. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0137
30. Araújo LF & Silva RJS (2017). Resiliência e velhice: um estudo comparativo entre idosos de diferentes classes sociais. *Psicologia em Estudo, 22(2)*, 141-152. doi: 10.4025/psicoestud.v22i2.32437
31. Queluz FNFR, Kervin E, Wozney L, Fancey P, McGrath PJ & Keefe J (2019). Understanding the needs of caregivers of persons with dementia: A scoping review. *International Psychogeriatrics, 32(1)*, 35-52. doi: 10.1017/S1041610219000243
32. Araújo JS, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT & Pires CAA (2013). Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Revista Brasileira de Gerontologia, 16(1)*, 149-158. doi: 10.1590/S1809-98232013000100015
33. Almeida SSL, Martins AM, Rezende AM, Schall VT & Modena CM (2013). Sentidos do cuidado: a perspectiva de cuidadores de homens com câncer. *Psico-USF, 18(3)*, 469-478. doi: 10.1590/S1413-82712013000300013
34. Queluz FNFR, Barham EJ, Prette ZAPD & Santos AAAD (2018). Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores Familiares de Idosos (IHS-CI): Relações com indicadores de bem-estar psicológico. *Trends in Psychology, 26(2)*, 537-564. doi: 10.9788/tp2018.2-01pt
35. Horiguchi AS & Lipp MEN (2010). Alzheimer: Stress e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais. *Psychiatric On line Brasil, 15(3)*. Recuperado de <http://www.polbr.med.br/ano10/art0310.php#cima>
36. Iavarone A, Ziello AR, Pastore F, Fasanaro AM & Poderico C (2014). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 10*, 1407-1413. doi: 10.2147/NDT.S58063
37. Batistoni SST, Ordonez TN, Silva TBL, Nascimento PPP & Cachioni M (2013). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): Indicadores psicométricos e relações com medidas afetivas em amostra idosa. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26(1)*, 10-18. doi: 10.1590/S0102-79722013000100002
38. Gondim SMG, Pereira CR, Hirschle ALT, Palma EMS, Alberton GD, Paranhos J ... & Ribeiro WBR (2015). Evidências de validação de uma medida de características pessoais de regulação das emoções. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 28(4)*, 659-667. doi: 10.1590/1678-7153.201528403
39. Teques AP, Llorca-Ramón G, Bueno-Carrera G, Pais-Ribeiro J & Teques P (2015). Desenvolvimento e avaliação das características psicométricas do Questionário de Auto-Percepção de Inteligência Emocional (QIE-AP). *Psicologia: Reflexão e Crítica, 28(2)*, 270-279. doi: 10.1590/1678-7153.201528207
40. Brigola AG, Luchesi BM, Rossetti ES, Mioshi E, Inouye K & Pavarini SCI (2017). Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 20(3)*, 409-420. doi: 10.1590/1981-22562017020.160202
40. Atfilah D (2021). Parental social support, self-regulation, and academic procrastination for Depok Pharmacy Vocational Students. *Psyche Journal, 14(1)*, 1-7. doi: 10.29165/psikologi.v14i1.1204
41. Hans S, Palermo F, Ispa JM & Carlo G (2020). Parenting and children's negative emotionality, self-regulation,

and academic skills: The moderating role of father's residence. *Social Development*, 30, 131-148. doi: 10.1111/sode.12479

42. Levin J & Fox JA (2004). *Estatística para ciências humanas*. São Paulo, SP: Pearson.

43. Ximenes VS, Queluz FNFR & Barham EJ (2019). Revisão sistemática sobre fatores associados à relação entre habilidades sociais e suporte social. *PSICO*, 50(3), e-31349. doi: 10.15448/1980-8623.2019.3.31349

44. Caldeira RB, Neri AL, Batistoni SST & Cachioni M (2017). Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 503-517. doi: 10.1590/1981-22562017020.160177

Contribuições: Helder Henrique Viana Santos Batista – Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Software, Validação, Visualização;

Ana Paula Porto Noronha – Análise estatística, Aquisição de financiamento, Coleta de Dados, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Validação, Visualização.

Autor correspondente

Helder Henrique Viana Santos Batista

helder.batista@faex.edu.br

Submetido em: 20/08/2021

Aceito em: 24/03/2022