

A autoeficácia do familiar cuidador

Renata Santos¹; Teresa Martins² & Paulo Machado³

¹Centro Hospitalar do Porto, Enfermeira, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (rsantos.27.rs@gmail.com); ²Professora Coordenadora da ESEP (teresam@esenf.pt); ³Professor Coordenador da ESEP (paulom@esenf.pt)

Resumo

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial. Prevê-se que haja um aumento significativo da faixa etária com idades mais avançadas nos próximos anos. Com esta surgem as doenças crónicas e/ou degenerativas, sendo estas potenciadores de debilidades funcionais e cognitivas e por vezes, limitadoras e geradoras de dependência. Neste contexto as famílias assumem um papel de relevo enquanto cuidadores da pessoa dependente.

Estudo metodológico e transversal recorrendo a uma amostra de conveniência. Os participantes foram referenciados por duas instituições no concelho de Vila Nova de Gaia. Visa-se a avaliação das propriedades psicométricas de uma versão reduzida da Escala de Autoeficácia do Familiar Cuidador (EAFC). Cumulativamente estudou-se o impacto do nível de dependência do familiar dependente, no sentimento de autoeficácia do familiar cuidador. Para o efeito correlacionou-se a EAFC com o Índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody, *Appraisal of Self-Care Agency Scale* e Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado.

A EAFC revela correlações fortes entre itens e consistência interna avaliada com um alfa de *Cronbach* de 0,963. Foi analisada a validade de critério através da comparação com os resultados obtidos na Escala Autoeficácia Geral e percebeu-se que há correlação moderada entre os dois instrumentos. A análise de componentes principais mostra uma variância explicada de 74,10%.

A correlação da EAFC com outros instrumentos revela a proporcionalidade aumentada entre o sentimento de autoeficácia o nível de dependência.

Instrumento com boa fidelidade, unidirecional e a sua correlação com os instrumentos revelou que níveis de dependência elevados no autocuidado, parecem aumentar o sentimento de autoeficácia do familiar cuidador.

A EAFC avalia com rigor a percepção de eficácia nos cuidados a uma pessoa dependente. Porém a autoeficácia pode não ser determinante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados ao familiar cuidador.

Palavras-Chave: Familiar cuidador; Autoeficácia; Transição

Abstract

Population aging is a worldwide phenomenon and Portugal is no exception to this scenario. It is believed that there are significant increases in the older age group in the coming years. Associated with aging arise chronic diseases and / or degenerative causing an impact on autonomy. Therefore It is noted the importance of morbidities as cognitive enhancers and functional shortcomings sometimes limiting and dependency generator. In this context families play a significant role as caregivers of dependent person.

This study aims to determine the short form Caregiver Self efficacy Scale assessment of psychometrics proprieties (E AFC). For this purpose was developed a quantitative, methodological and cross-sectional study using a non-probabilistic or random sample. Study participants are referred to in two institutions with valences of home care and day center in Vila Nova de Gaia country services. Psychometric properties revealed that E AFC presents fidelity with strong correlations between items and internal consistency evaluated with a Cronbach's alpha of 0.963. Regarding the validity was verified the criterion validity using the results obtained in the implementation of the Self Efficacy Scale (GSE) as comparison and it was noticed that there are moderated correlations between instruments. Principal component analysis show that the E AFC is a unidimensional scale that explained 74,10% of variance.

Cumulatively we have studied the impact of family dependency level of the dependent in the sense of self-efficacy of family caregivers. To this end we correlated the E AFC with the Barthel Index, Lawton and Brody Scale, Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A) and Self-care Assessment Interview (FADA). It is noticed that levels of dependence in self-care on the dependent family appear to increase sense of self-efficacy of family caregivers.

We conclude that the scale is a rigors instrument to assessment caregivers' self-efficacy. But the self-efficacy cannot be decisive in assessing the quality of care provided to the family caregivers.

We also conclude that the concept of self-efficacy does not appear to be decisive in assessing the quality of care provided to the family caregiver. However, it has great importance in the transition to the role of family caregivers.

Keywords: Family caregiver; Self-efficacy; Transition

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que em 2010 a percentagem de idosos a nível mundial rondava os 8% e estima-se que em 2050 este valor alcance os 16% (OMS, 2011). Associado à prevalência de uma faixa etária maioritariamente idosa surge o impacto da morbilidade relacionada com a idade. Com o avançar da idade há uma maior suscetibilidade para as doenças crónicas e/ou degenerativas que muitas vezes conduzem à debilidade funcional e cognitiva. Destas, advêm as dependências nas atividades de vida diária e na gestão da própria saúde (Damiani, et al., 2011). Neste sentido, é perceptível o impacto da família enquanto suporte de cuidados.

Independentemente do modelo familiar, uma das principais funções associadas à família refere-se ao cuidar (Martins, 2002). Cuidar revela-se como um conceito transversal que percorre todos os estádios do ciclo vital familiar (Relvas, 2000). Esta função poderá recair de igual modo por todos os elementos da família ou ser salvaguardada essencialmente por apenas um elemento. Todavia, o familiar cuidador revela-se como elemento preponderante na sociedade pois, possibilita resultados em múltiplas áreas. As políticas de saúde, económicas e sociais atuais conduzem, cada vez mais à manutenção das pessoas no seu domicílio, sejam estas saudáveis ou com alguns défices. Neste sentido, a prestação de cuidados no domicílio assume especial relevância (Paúl & Fonseca, 2005; Imaginário, 2004).

É real a problemática associada à escassez de conhecimentos associados ao cuidar (Schumacher, *et al.*, 2000). Sequeira (2010) acrescenta que a *família merece especial atenção para ser capacitada na prestação de cuidados, em articulação com as diferentes instituições de saúde* (Sequeira, 2010, p. 153). Por outro lado, o próprio familiar cuidador deverá tomar consciência das suas capacidades e necessidades. Se o familiar cuidador não for consciente dos seus próprios limites, o ato de cuidar poderá ser considerado como um fator de stress (Rocha & Pacheco, 2013). Autoeficácia é o conceito que designa a perceção das pessoas no que respeita à compreensão das suas capacidades e habilidades no desempenho de determinada tarefa (Bandura, 1997). Haley e seus colaboradores descrevem o conceito de autoeficácia para o familiar, como a *confiança do cuidador sobre o quão bem está a gerir os problemas do seu familiar dependente no autocuidado* (Haley, *et al.*, cit. por Costa, 2013, p. 79). Através da perceção autoeficácia é possível compreender o nível de esforço e empenho que o familiar cuidador irá empregar na superação dos obstáculos associados ao cuidar. A autoeficácia influencia francamente o modo como o indivíduo sente, pensa e por consequência se empenha e/ou age (Bandura, 1997). Todavia, se através de uma avaliação da autoeficácia se poderá prever padrões de resposta, assim torna-se relevante a compreensão da autoeficácia do familiar cuidador (Schumacher, *et al.*, 2000).

As crenças de autoeficácia estão intimamente relacionadas com as experiências de mestria. Assim, Schumacher e seus colaboradores (2000) estabeleceram, para cuidadores de pessoas submetidas a quimioterapia, sessenta e três indicadores de competência de cuidar, inseridos em nove dimensões que se agrupam nas múltiplas competências avaliáveis. As dimensões sugeridas por estes autores são: monitorizar, interpretar, decidir, agir, ajustar, providenciar, aceder a recursos, trabalhar em parceria e negociar com o cuidando (Schumacher, *et al.*, 2000). Através da avaliação destas dimensões, o profissional conseguirá compreender o nível de qualidade de cuidados prestados pelo familiar cuidador. Importante será recordar que à luz da teoria de médio alcance, desenhada por Meleis e seus colaboradores, a mestria apenas se torna possível quando existe consciencialização. O processo de transição para o papel de familiar cuidador implica inúmeras determinantes, entre elas: as expectativas, os conhecimentos e habilidades, o ambiente, os níveis de satisfação física e emocional. Porém, esse processo não decorre de forma saudável se não houver a adequada consciencialização do familiar cuidador (Meleis, 2010).

Assim, a compreensão da autoeficácia torna-se crucial para o familiar cuidador, mas também, para o profissional de saúde que acompanha o processo. Ao compreender as áreas em que os familiares apresentam maiores dificuldades permitem direccionar as intervenções (Costa, 2013). Schumacher e os seus colaboradores acrescentam que os familiares cuidadores carecem de um acompanhamento de profissionais de modo a suplementar a sua autoavaliação (Schumacher, *et al.*, 2000).

Metodologia

Este estudo apresenta como principal objetivo o estudo das propriedades psicométricas de uma versão reduzida da escala de autoeficácia do familiar cuidador. O instrumento foi elaborado por investigadores da ESEP e destina-se a medir a autoeficácia do familiar cuidador, atendendo aos vários domínios do fenómeno. O presente estudo, pelo objetivo que visa, integra-se no paradigma quantitativo. Trata-se de um estudo metodológico e transversal.

Os participantes foram recrutados através de uma amostra de conveniência de familiares cuidadores de pessoas dependentes no domicílio, residentes no concelho de Vila Nova de Gaia. O método de amostragem selecionado foi não probabilístico, accidental. Como critério de inclusão, apenas foram considerados na amostra familiares cuidadores com mais de 18 anos e sem qualquer défice cognitivo que impossibilitasse a participação livre e consciente no estudo.

A elaboração do instrumento teve por base os indicadores descritos por Schumacher e seus colaboradores (2000). Assim, para cada autocuidado foram definidos um conjunto de habilidades de acordo com os domínios traçados nos trabalhos de Schumacher (2000). Essas habilidades são avaliadas através de uma escala de concordância de cinco pontos.

Com o objetivo de verificar a validade dos dados recolhidos, recorreu-se ao uso da *Escala de Autoeficácia Geral* (GSE) validada para a população portuguesa por Araújo e Moura (2011). *Trata-se de um instrumento de autorrelato que pretende avaliar o sentimento geral de competência pessoal para lidar eficazmente perante uma variedade de situações stressantes* (Araújo & Moura, 2011, p. 98). É composto por dez itens cada um com quatro alternativas de resposta: 1) de modo nenhum; 2) dificilmente é verdade; 3) moderadamente verdade; 4) exatamente verdade. Esta escala permite obter uma pontuação entre os 10 e os 40 pontos. Valores mais elevados revelam maiores níveis de autoeficácia.

Paralelamente foram recolhidos dados sobre o familiar dependente, para o efeito recorreu-se a instrumentos como o índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody, ASA-A e FADA.

Após o cumprimento de todos os pressupostos éticos inicia-se o processo de colheita de dados, esta decorreu no período compreendido entre 19 de fevereiro a 30 de maio de 2014, foram contactados 117 prestadores de cuidados.

Apresentação e análise dos resultados

Poucos familiares consideram-se “Incompetentes”, leitura efetuada pelo valor mínimo, mas não em todos os itens pois, no que respeita a “Detetar sinais de alteração da condição”, “Determinar e cumprir horário, forma e local” e “Obter ajuda de profissionais” há um pequeno número de familiares cuidadores que se consideram “pouco competentes”. É, porém, notável que o valor máximo e de forma uníssona assinalada para todos os itens, considerando-se os familiares cuidadores “Muito competentes”.

Os cuidadores mostram assim ter valores elevados de autoeficácia em todas as questões da escala. O item “Cumprir o horário, forma e local estabelecido” foi o que teve um valor médio mais elevado, de 3,79 (DP=0,448). O item com o valor médio mais baixo foi “Obter dispositivos” (M=3,55; DP=0,692). Relativamente à simetria a distribuição apresenta um desvio positivo (assimétrica positiva), e leptocurtica quanto ao seu achatamento.

Ao analisar a matriz de correlação dos itens da escala vemos que cada item se correlaciona com os demais, com uma correlação normalmente forte ou muito forte. Também cada item apresenta uma correlação muito forte com o EAFC global. Estes resultados vêm confirmar, de alguma forma, a consistência interna do referido instrumento, mostrando a sua grande correlação dos itens sem, contudo, se registar redundância.

Com o objetivo de avaliar outra faceta da consistência interna do EAFC versão reduzida determinou-se o valor de *alfa* de Cronbach para os onze itens, obtendo-se um valor de 0,963, indicativo de uma muito boa consistência interna.

Com a finalidade de agrupar os itens em conjuntos homogêneos realizou-se a análise de componentes principais, tendo sido encontrados valores de comunalidades elevados e um valor de KMO que se revelou aceitável (0,88). Da análise das componentes principais apenas uma componente foi extraída, com uma variância explicada de 74,10%, mostrando a natureza unidimensional do instrumento.

Com o objetivo de se compreender a validade clínica dos dados recolhidos através do EAFC correlacionou-se com os dados obtidos através da GSE. Esta associação ($r=0,354$; $p=0,000$) mostra que existe uma correlação moderada entre ambos os conceitos. Assim, a versão reduzida a ser estudada parece medir o conceito de autoeficácia sem, contudo, medir as mesmas facetas do conceito avaliada pela GSE.

Considerou-se ainda pertinente compreender a influência da autoeficácia do familiar cuidador, face a outros dados associados ao familiar dependente. Assim, foi avaliada a correlação entre EAFC e os dados recolhidos através do índice de Barthel ($r=0,208$; $p=0,025$), a escala de Lawton e Brody ($r=0,082$; $p=0,379$), ASA-A ($r=0,07$; $p=0,684$) e o FADA ($r=0,141$; $p=0,129$). Ou seja, a autoeficácia do familiar cuidador mostra estar proporcionalmente aumentada nas situações em que as pessoas alvo dos seus cuidados são mais dependentes nas atividades básicas da vida diária. Contudo, mostra não ser influenciada pela autonomia da pessoa cuidada nas atividades instrumentais da vida diária, nem com a sua autonomia na gestão da saúde. No caso do ASA-A parece haver ligeiramente maiores níveis de autoeficácia nos familiares cuidadores dos familiares dependentes que não foram capazes de preencher o referido instrumento ($n=82$; $M=40,60$; $DP=5,163$) do que os que foram capazes de o preencher ($n=35$; $M=38,66$; $DP=7,364$), contudo estas diferenças não são significativas sob ponto de vista estatístico.

Discussão dos resultados

No que respeita às propriedades psicométricas da EAFC concluiu-se que esta é uma medida fidedigna, e um instrumento unidimensional. Foi ainda avaliada a validade de critério através da correlação entre a EAFC e a GSE, os resultados mostram que apesar de ambos os instrumentos avaliarem a percepção de autoeficácia, estes diferem nas suas especificidades.

Percebemos que a percepção da autoeficácia é no global, francamente positiva e que não é sobreponível à avaliação dos investigadores que os entrevistaram. Percebia-se pelo discurso dos familiares cuidadores fragilidades nos conhecimentos e atitudes menos corretas na prestação dos cuidados e que não eram consciencializados pelos participantes. Os familiares cuidadores consideram-se, no global, competentes no seu trabalho, segundo um padrão que não foi por nós estudado. O conceito de autoeficácia apresenta-se como uma das variáveis psicossociais que influenciam a avaliação subjetiva do ser humano. Trata-se de um conceito que está presente quotidianamente, porém, só em momentos considerados críticos é que lhe é atribuído o seu verdadeiro valor (Peixoto & Santos, 2009). O sentimento de autoeficácia percecionado pelos familiares cuidadores que participaram neste estudo poderá ainda ser influenciado pela conceção que o familiar tem sobre o cuidar. O mesmo cuidador que agora cuida de um familiar dependente por debilidades físicas e/ou cognitivas outrora, experienciou o cuidar de alguém dependente por imaturidade orgânica (bebés e/ou crianças) (Rolland (2000) *cit. por* Carvalho 2013; OE, 2011). Havendo esse pré-contacto com o cuidar há muitas vezes uma associação do padrão de cuidados a ser prestados. Assim, não há um ajuste à realidade do familiar dependente e torna-se incompreensível para o familiar cuidador a complexidade dos cuidados a uma pessoa dependente ou com fragilidade na sua condição de saúde. Esse confronto poderá guiar-nos para o conceito de resiliência.

A percepção de autoeficácia parece estar distanciada da garantia de qualidade. Este dado mostra a carência de conhecimentos por parte do familiar cuidador pondo assim em risco a saúde de quem é cuidado. Esta ideia corrobora a tese de Schumacher e seus colaboradores (2000) de que os familiares cuidadores não apresentam os devidos conhecimentos e competências para o desempenho do papel de familiar cuidador (Schumacher, *et al.*, 2000).

Conclusões

Teoricamente considerar-se-ia relevante o conceito de autoeficácia como um indicador importante na monitorização da transição para o papel de familiar cuidador. Porém a associação deste indicador a situações que poderão ser indicativas de cuidados de baixa qualidade, revela que o conceito de autoeficácia não está associado a uma qualidade dos cuidados prestados, ditando ser um recurso muito particular na avaliação dos familiares cuidadores.

Verificou-se ainda que são muitas as lacunas de conhecimento por parte dos familiares cuidadores, talvez por esta razão os resultados encontrados afastam a autoeficácia da qualidade dos cuidados. Neste sentido, sugere-se para futuros trabalhos neste âmbito o estudo de outros perfis de familiares cuidadores e a implementação de um programa de intervenção para a promoção do papel de familiar cuidador.

Sentiu-se no decorrer deste estudo que há um hiato entre a realidade dos familiares cuidadores e os recursos direcionados para estes. Mesmo as instituições que oferecem serviços direcionados para os familiares dependentes, não estão vocacionadas para a autonomização e para a capacitação dos familiares cuidadores.

A enfermagem enquanto profissão direcionada para o indivíduo e família, deverá dirigir a sua atenção de forma cabal para esta área de intervenção. Recordar-se assim, que a família/familiares cuidadores apresentam-se na comunidade como uma instituição de prestação de serviços. Assim, o enfermeiro deverá capacitá-la de modo a que hajam cuidados eficazes e efetivos.

A discrepância entre a percepção de autoeficácia e a qualidade do cuidado prestado, pelo familiar cuidador poderá conduzir a prejuízos severos na saúde e bem-estar do familiar dependente.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, Miguel; MOURA, Octávio. Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Autoeficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*. Vol. 9, nº 1 (2011), p. 95-105.
- BANDURA, Albert. *Self-Efficacy: The exercise of Control*. New York: W.H. Freeman, 1997. ISBN 978-071-672-850-4.
- CARVALHO, Maria. *Serviço social na saúde*. 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2013. ISBN 978-989-693-022-6.
- COSTA, Andreia. *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado – Estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2013. Tese de Doutoramento.
- DAMNANI, Gianfranco [et al.]. Patterns of long term-care in 29 European countries: Evidence from an exploratory study. *BioMed Central Health Service Research*. Vol. 11, nº 316 (2011), p. 1-9.
- IMAGINÁRIO, Cristina. *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidado principal*. Coimbra: Formasau, 2004.
- MARTINS, Maria. *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 972-848-530-1.
- MELEIS, Afaf. *Transitions Theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Pub., 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Notas sobre enfermagem: um guia para os cuidadores na atualidade*. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-66-0.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Global Health and aging*. Madrid: Organização Mundial de Saúde, 2011.
- PAÚL, Constança; FONSECA, António. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Cimepsi, 2005. ISBN 972-796-185-1.

PEIXOTO, Maria; SANTOS, Célia. Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos de saúde*. Vol. 2, nº 2 (2009), p. 87-93.

RELVAS, Ana Paula. *O ciclo vital da família: uma perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento, 2000. ISBN 978-972-360-413-9.

ROCHA, Bruno; PACHECO, José. Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 26, nº 1 (2013), p. 50-56.

SCHUMACHER, Karen [et al.]. Family Caregiving Skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*. Vol. 23 (2000), p. 191-203.

SEQUEIRA, Carlos. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-717-0.