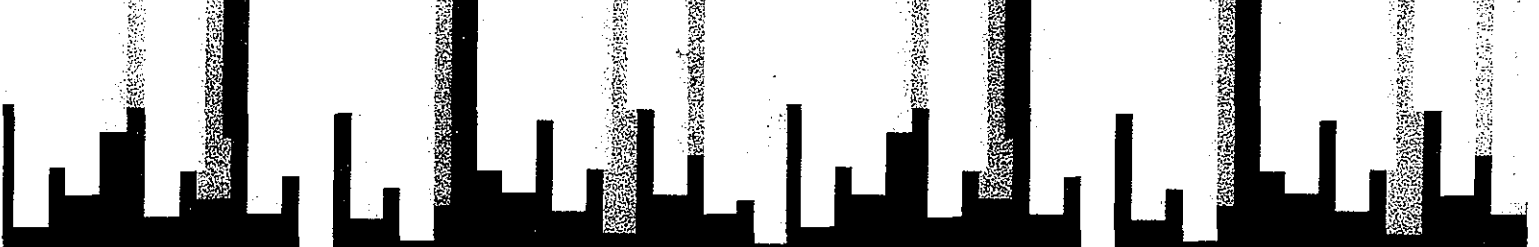


# Do Diagnóstico Intervenção em Saúde Mental



**Coordenadores**  
CARLOS SEQUEIRA  
LUÍS SÁ



Sociedade Portuguesa de  
Enfermagem de Saúde Mental

**EDIÇÃO E PROPRIEDADE:**

Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

**TÍTULO:**

Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM

**DIRECTOR:**

Carlos Sequeira

**COORDENADOR DA EDIÇÃO:**

Luís Sá

**COMISSÃO CIENTIFICA**

Carlos Sequeira

Luis Octávio de Sá

Agustín Muñoz

Zeyne Sherer

Francisca Manso

Teresa Lluch

Hugo Amaro

**COMISSÃO EDITORIAL**

José António Pinho

José Carlos Carvalho

Bruno Santos

**Distribuição:** SPESM

**Concepção Gráfica:** Sersilito

**Depósito Legal:** 318234/10

**ISBN:** 978-989-96144-2-0

**EDITOR:** 989-96144

**Tiragem:** 1000 exemplares

Copyright © Outubro de 2010

### 33. Auto-Eficácia do Cuidador Informal de Idosos Dependentes – Estudo Preliminar de Adaptação e Validação da Escala de Auto-Eficácia do Cuidador

Maria Augusta Pereira da Mata<sup>1</sup>  
Maria Helena Pimentel<sup>2</sup>

#### Resumo

O contributo fornecido pelo cuidador informal de idosos dependentes é insubstituível por qualquer outro tipo de cuidado, uma vez que seria impensável ter capacidade monetária para os substituir. Se este tipo de cuidado tivesse de ser substituído por cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, verificar-se-ia um aumento de custo para o país que rondaria os 45 a 94 biliões de dólares (Allen, Claude, 2003). Face a uma situação emergente de cuidar de um familiar dependente, qualquer pessoa se questionará se será capaz. As crenças de auto-eficácia determinam a forma como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam. Tais crenças produzem diversos efeitos através de quatro grandes processos: o processo cognitivo, motivacional, afectivo e decisional (Bandura, 1994, 1998). Steffen, Mckibbin, Zeiss, Gallagher-Thomson e Bandura (2002) desenvolveram uma escala de auto-eficácia do cuidador, escala essa que foi por nós traduzida e adaptada.

**Objectivo(s):** realizar um estudo preliminar com vista à adaptação e Validação da escala de auto-eficácia do cuidador para a população portuguesa

**Metodologia:** aplicámos um formulário a uma amostra de 232 cuidadores do distrito de Bragança.

**Principais resultados:** a escala apresentou uma boa consistência interna com um  $\alpha$  de Cronbach de 0,879, bem como todas as dimensões dela resultantes: **auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada** (alfa de Cronbach=0,873), onde a consistência de cada um dos itens varia de 0,836 a 0,876); **auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos amigos** (alfa de Cronbach=0,916), onde a consistência de cada item a variar de 0,893 a 0,909); **Auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos familiares** (alfa de Cronbach=0,864, sendo que a consistência de cada item varia entre 0,879 a 0,910); e **auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar** (alfa de Cronbach=0,864, variando a consistência dos itens entre 0,821 a 0,849).

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde do IPB. E-mail: augustamata@ipb.pt, 933 172 579.

<sup>2</sup> Escola Superior de Saúde do IPB. E-mail: hpimentel@ipb.pt, 961 340 376.

### 33.1 Introdução

A percepção de auto-eficácia é definida como a crença que cada um tem acerca das suas capacidades para produzir determinados níveis de desempenho, e que exercem influência sobre eventos que afectam a sua vida, ou seja, a crença acerca da sua capacidade para produzir efeitos. As crenças de auto-eficácia determinam a forma como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam. Tais crenças produzem diversos efeitos através de quatro grandes processos: o processo cognitivo, motivacional, afectivo e decisional (Bandura, 1994, 1998).

Um forte sentido de auto-eficácia fortalece a realização humana e aumenta o bem-estar pessoal. Pessoas com elevada segurança nas suas capacidades encaram as tarefas difíceis como desafios a enfrentar e não como ameaças a evitar. Essas perspectivas de eficácia fomentam o interesse intrínseco e o empenhamento nas tarefas. As pessoas estabelecem metas desafiadoras e mantêm um forte compromisso com elas; aumentam e mantêm os seus esforços face ao fracasso e, rapidamente recuperam o sentido de eficácia depois de fracassos e retrocessos; atribuem a falha a esforços insuficientes ou o défice de conhecimentos e a capacidades ainda por adquirir; enfrentam situações ameaçadoras com a certeza de que podem exercer controlo sobre elas. Essas perspectivas de eficácia promovem a realização pessoal, reduzem o stress e diminuem a vulnerabilidade para a depressão. (Bandura, 1994,1998).

Apesar do modelo de auto-eficácia ter vindo a ser amplamente utilizado em pesquisas acerca do stress crónico e do *coping*, só recentemente foi utilizada para ajudar a explicar as experiências de cuidadores familiares de pessoas com demência (Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson, Bandura, 2002). Os mesmos autores, referenciando Gignac e Gottlieb (1996) e Zeiss, Gallagher-Thompson, Lovett, Rose, McKibbin (1999), dizem que estes estudos sugerem que a teoria da auto-eficácia, detém promessas significativas para explicar a variabilidade nas capacidades dos membros das famílias para lidarem com as necessidades crónicas e com os desafios do cuidar. Especificamente dizem que muitas dúvidas no que concerne ao acto de cuidar, podem ser testadas recorrendo ao método da auto-eficácia. Por exemplo, poder-se-ia esperar que, pessoas com elevado nível de auto-eficácia no que concerne à sua capacidade para enfrentar os desafios do cuidar assumissem o papel de cuidador principal dum familiar dependente. Igualmente seria esperado que continuassem com o acto cuidativo à medida que a situação de saúde do familiar se deteriorasse, e as tarefas inerentes ao acto se tornassem progressivamente mais difíceis. Que conseguissem lidar com a situação com baixos níveis de *distress* emocional ou

depressão, e que requeressem relativamente poucos apoios para manterem a sua saúde física ou emocional.

Por outro lado, e como afirmam os autores que temos vindo a referenciar, é extremamente importante compreender de que forma as crenças de auto-eficácia para aspectos específicos do cuidar, influenciam o cuidador. Compreender o perfil de crenças de cada cuidador acerca da sua capacidade, pode identificar áreas de vulnerabilidade em lidar com a multiplicidade de exigências do acto de cuidar, e assim, orientar os profissionais para a implementação de intervenções psico-educativas com vista à promoção da auto-eficácia e bem-estar do cuidador.

Face ao exposto, e porque em tentativas anteriores de construção de instrumentos de medida evidenciavam algumas fragilidades, os últimos autores sugeriram que futuros instrumentos de medida incluíssem uma margem mais ampla de itens que melhor reflectissem as dificuldades comportamentais e desafios emocionais, e ainda porque esses instrumentos preliminares não reflectiam a auto-eficácia do cuidador para enfrentar o *distress* nem pensamentos negativos acerca do seu cuidar, pois, de acordo com Bandura (1997), os sentimentos de auto-eficácia estão envolvidos no controlo da acção e na regulação das cognições e estados afectivos, ou seja, quanto mais eficazes se sentirem os cuidadores para controlarem o *distress*, maior probabilidade têm de o conseguirem de forma efectiva. Porque tal facto se revela particularmente importante na aquisição de controlo sobre pensamentos perturbadores que muito podem influenciar a saúde individual, os autores que temos vindo a referenciar, desenvolveram um estudo com vista à construção de um novo instrumento de medida da auto-eficácia do cuidador de pessoas com doença de Alzheimer, numa tentativa de corrigir as limitações dos instrumentos anteriormente construídos. Porque a caminhada para um cuidar saudável e efectivo inclui ainda o controle sobre as próprias cognições, incluíram itens que revelassem a capacidade de lidar com pensamentos de *distress*. Assim, esta extensão da auto-eficácia para a auto-regulação da própria consciência promove uma mais ampla avaliação da auto-eficácia do cuidar e, simultaneamente um guia para a prevenção e intervenção nos cuidadores.

- O instrumento final resultou em 15 itens distribuídos por três domínios: Auto-eficácia para a obtenção de uma pausa.
- Auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.
- Auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar.

Face ao exposto, desenvolvemos o presente estudo junto de cuidadores informais de idosos dependentes independentemente da causa da dependência,

tendo como principal objectivo proceder a um estudo preliminar tendo em vista a adaptação e validação dessa escala para a população portuguesa, e ainda analisar os níveis de auto – eficácia global e de cada dimensão da escala dos cuidadores informais entrevistados.

### 33.2 Percurso metodológico

Desenvolvemos um estudo exploratório, pois não conhecíamos nenhum estudo desenvolvido nesta temática.

Contactámos uma das autoras da *Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy*, que prontamente nos respondeu, enviando-nos a versão castelhana da mesma, usada para ser aplicada à população hispânica dos Estado Unidos da América. Uma vez traduzido o documento, verificámos que os autores na dimensão “auto-eficácia para obtenção de uma pausa”, na mesma pergunta, questionavam a capacidade para pedir ajuda a um amigo ou familiar. Decidimos, assim, elaborar uma questão para cada situação, dado que entendemos que é diferente solicitar ajuda a uma pessoa amiga ou a uma pessoa da família. Desta feita, duplicámos o número de questões nesta dimensão.

Nos exemplos apresentados nas diferentes questões, os autores utilizavam sempre ou quase sempre a mesma actividade, facto que nós diversificámos. Acrescentámos ainda duas questões que nos pareceram pertinentes: uma relativa à colocação de limites ao familiar na dimensão auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada; outra relativa ao sentimento de culpa por ter maus pensamentos relativamente ao familiar, na dimensão auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar.

Assim, a escala por nós adaptada ficou constituída por 22 itens.

Os autores utilizaram uma escala de medida dos 0% a 100% para medir o grau de segurança na capacidade de realizar as actividades questionadas, onde o 0% correspondia a “nada capaz” e o 100% “a completamente capaz”.

Elaborámos então um formulário com a escala utilizando a mesma métrica e, pedimos a um grupo de profissionais que incluía enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e gerontólogos, potenciais colaboradores na recolha de dados que o analisassem e nos dessem a sua opinião acerca da facilidade/dificuldade de compreensão e preenchimento. Todos afirmaram ser difícil para os cuidadores posicionarem-se numa escala de zero a cem. Assim, modificámos a métrica e, optámos avaliar as distintas capacidades em escala tipo Likert, com pontuações a variar de 0 (zero) a 4 (quatro) onde: 0 = nada capaz (0%); 1 = pouco capaz (25%); 2 = moderadamente capaz (50%); 3 = bastante capaz (75%); 4 = completamente capaz (100%).

O formulário que foi aplicado mediante entrevista, como aconselhado pelos autores, a pessoas que fossem cuidadores informais de pessoas com mais de 65 anos com algum tipo de dependência independentemente da causa, e que, depois de explicados os objectivos do estudo e garantido a confidencialidade, decidiram aceitar participar no mesmo.

Na sua aplicação, colaboraram enfermeiros, técnicos de serviço social, gerontólogos, psicólogos e médicos.

Entrevistámos um total de 232 cuidadores pertencentes ao distrito de Bragança residentes tanto em ambiente urbano como em ambiente rural.

### 33.3 Tratamento estatístico

Para verificar a normalidade das variáveis, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnof.

A comparação de médias foi estabelecida com a utilização do teste t de *Student* para amostras independentes ou, quando se tratasse de mais de duas amostras, do One way ANOVA. Nos casos em que não se verificassem os pressupostos da normalidade, recorreu-se em alternativa ao teste U de Mann-Whitney ou teste de Kruskal – Wallis. A correlação entre variáveis foi efectuada recorrendo ao coeficiente de correlação de Pearson ou em alternativa ao coeficiente de correlação de Spearman.

Uma vez que a análise factorial representa um excelente procedimento para analisar a dimensionalidade dos instrumentos, as respostas obtidas na escala de auto-eficácia do cuidador foram submetidas a uma análise factorial com rotação varimax, tendo sido tomadas em consideração os seguintes aspectos:

- Os valores de associação linear entre as variáveis através dos coeficientes de correlação de Pearson;
- Ponto de saturação igual ou superior a 0,40 para a construção de cada factor, determinando assim o número de ítems a incluir em cada um.
- Através da estatística *Reliability Analysis Scale (Alpha)*, determinou-se o coeficiente de alfa de Cronbach, tendo sido considerada como expressão mínima de fiabilidade 0,8 (Peterson, 1994, citado por Maroco e Garcia Marques, 2006).

### 33.4 Resultados

A análise factorial com rotação varimax efectuada à escala incluiu todos os itens que foram reduzidos inicialmente em cinco factores. Uma vez que cada um deles apenas incluía dois itens, forçámos a redução a quatro factores.

Começámos por analisar a fiabilidade da escala global determinando o Alfa de Cronbach. Obtivemos um valor de 0,879. Os valores de alfa, caso o item fosse removido, variam entre 0,871 e 0,878, pelo que nenhum item aumentaria a fiabilidade da escala caso fosse removido.

Uma vez estabelecida a análise factorial com redução a quatro factores, obtivemos um KMO de 0,772 e, como tal a análise factorial pode ser efectuada. Também o teste de esfericidade de Bartlett nos revela que a matriz de correlações é adequada à análise de componentes principais, uma vez que o valor da prova é inferior a 0,05 ( $p < 0,001$ ).

Todos os factores apresentam um valor próprio (eigenvalue) superior a 1, permitindo assim o seu isolamento.

Os quatro factores encontrados explicam 68,06% da variância, tendo a percentagem de explicação da variância e a consistência interna de cada factor sido a seguinte:

- O factor 1, constituído por sete itens, tem um valor próprio de 6,354, explica 18,502% da variância e apresenta uma óptima consistência interna (alfa de Cronbach=0,873). A consistência de cada um dos itens varia de 0,836 a 0,876. Neste caso, o item número 21 faz aumentar a fiabilidade do factor, facto que poderia induzir-nos à sua exclusão. A correlação item/total tem o valor de 0,491, o  $R^2$  de 0,250 e um alfa de 0,876. Embora a análise factorial por nós estabelecida o agrupar num factor distinto da escala original, decidimos mantê-lo por nos parecer poder também ser incluído na nova dimensão.
- O factor 2 engloba cinco itens, apresenta um valor próprio de 4,610, explica 17,206 % da variância e demonstra uma excelente consistência interna (alfa de Cronbach=0,916) e a consistência de cada item a variar de 0,893 a 0,909.
- O factor 3, que compreende cinco itens, explica 16,999% da variância, tem um valor próprio de 2,277, evidencia uma óptima consistência interna (alfa de Cronbach=0,864) e a consistência de cada item. varia entre 0,879 a 0,910.
- O factor 4 inclui 5 itens, apresenta um valor próprio de 1,732, explica 15,354% da variância e demonstra uma consistência interna óptima (alfa de Cronbach=0,864), variando a consistência dos itens entre 0,821 a 0,849.



Os 22 itens incluídos na escala por nós adaptada são assim distribuídos nos seguintes domínios:

- Factor 1: **auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.** Inclui o item 21 “ter preocupação acerca de possíveis problemas que podem surgir futuramente com o seu familiar que está a cuidar”, que na escala original se incluía no domínio da auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar. Parece, assim, que a amostra por nós estudada, inclui os problemas de comportamento da pessoa cuidada como possíveis problemas futuros.
- Factor 2: **auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos.**
- Factor 3: **auto-eficácia para obter uma pausa junto dos familiares.**
- Factor 4: **auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar.**

As diferenças encontradas relativamente à escala original, para além das já mencionadas relativamente ao factor 1, é a duplicação do domínio da auto-eficácia para a obtenção de uma pausa, que se deve seguramente à duplicação de questões por nós estabelecidas, quando elaborámos uma questão para amigos e outra para familiares nesse mesmo domínio e já explicado anteriormente no capítulo relativo ao percurso metodológico. Devemos no entanto acrescentar que, se forçarmos a redução a três factores, a análise factorial agrupa os dois domínios de auto-eficácia para a obtenção duma pausa (amigos e familiares) no mesmo factor, colocando a nossa análise em concordância com o estabelecido pelos autores. Mantém no entanto, o item 21 “ter preocupação acerca de possíveis problemas que podem surgir futuramente com o seu familiar que está a cuidar na dimensão **auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.**

De seguida, estabelecemos as correlações entre as quatro dimensões, recorrendo ao teste de correlação  $r$  de Spearmen, dado que a dimensão auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto de amigos não assumia os pressupostos da normalidade. Verificamos que a auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada apresenta uma correlação baixa a moderada mas estatisticamente significativa com os restantes domínios e uma elevada correlação altamente significativa com o nível de auto-eficácia global.

- A auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos não se correlaciona com a auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar.

- A auto-eficácia para controlar pensamentos negativos apresenta correlações positivas e altamente significativas com a auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e com o nível de auto-eficácia global.
- A auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos familiares correlaciona-se de forma altamente significativa com a auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, com a auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos, e com o nível global de auto-eficácia.

		A E Responder Comportamentos	A E Ajuda amigos	A E Ajuda família	A E controlar pensamentos	A E total
A E responder comportamentos		1,000				
A E pausa amigos	rs	,137*	1,000			
	p	,036				
A E pausa família	rs	,201**	,477**	1,000		
	p	,002	,000			
A E controlar pensamentos	rs	,330**	-,035	,047	1,000	
	p	,000	,601	,478		
Auto-eficácia total	rs	,675**	,586**	,707**	,450**	1,000
	p	,000	,000	,000	,000	

Tabela 33.1: Correlações entre as diferentes dimensões e o global da escala

As pontuações na escala global de auto-eficácia variam entre 0 e 88 pontos, com um ponto médio de 44. Globalmente, os cuidadores apresentaram uma média de 38,5 (mínimo: 0; máximo: 87). A mediana corresponde a 38 pontos e a moda a 40.

Na dimensão **auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada** (mínimo possível 0; máximo 28; ponto médio 14), a média corresponde a 14,14, a mediana a 14 e a moda a 16 pontos

Na dimensão **auto-eficácia para obter uma pausa junto de amigos** (mínimo: 0; máximo: 20; ponto médio: 10 pontos), obtivemos uma média de 6,5, mediana 5 pontos e a moda corresponde a 0 pontos (mínimo possível).

Na dimensão **auto-eficácia para obter uma pausa junto de familiares** (mínimo: 0; máximo: 20; ponto médio: 10 pontos), obtivemos uma média 10,41, uma mediana de 10 pontos, enquanto a moda corresponde ao máximo possível da dimensão (20 pontos).

Na dimensão **auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar** (mínimo: 0; máximo: 20; ponto médio: 10 pontos), obtivemos uma média 7,4 pontos, uma mediana de 7 pontos com a moda a corresponder ao mínimo possível da dimensão.

Finalmente, analisadas as médias de auto-eficácia global e das distintas dimensões segundo o sexo, podemos verificar que em média as mulheres apresentam níveis de auto-eficácia global ( $t=-2,519$ ;  $p=0,012$ ; IC95% -14,26 a -1,74), de auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada ( $t=-2,366$ ;  $p=0,019$ ; IC95% -6,133 a -0,559) e de obter uma pausa junto dos familiares ( $t=-2,262$ ;  $p=0,025$ ; IC95% -5,170 a -0,357) mais elevados que o sexo masculino. Os níveis de auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada são diferentes segundo o grupo etário, onde as pessoas com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos apresentam níveis mais elevados de auto-eficácia neste domínio.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas médias de auto-eficácia global e da auto-eficácia nas distintas dimensões, em função do grau de parentesco.

### **33.5 Conclusões e sugestões**

No que à escala diz respeito, podemos dizer que a escala por nós traduzida e adaptada tem uma estrutura semelhante à original, apesar da dimensão auto-eficácia para obter uma pausa ter resultado no nosso estudo em duas dimensões decorrente da duplicação de questões relativamente à preconizada pelos autores. De realçar ainda que, se se forçar a redução a 3 factores, o resultado é semelhante à original, com excepção da inclusão do item 21 numa dimensão diferente. Em nosso entender, tal facto poderá dever-se às características diferentes das amostras estudadas, uma vez que no estudo americano, a escala foi apenas aplicado a cuidadores de idosos com patologia de Alzheimer. Apesar disso decidimos mantê-lo, por ter sido seleccionado pelos mesmos, e as amostras em estudo serem diferentes.

Verificámos que os cuidadores apresentam níveis médios de auto-eficácia global abaixo do ponto médio da escala, bem como níveis baixos de auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos e para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar, áreas que em nosso entender merecem uma atitude interventiva.

Verificámos que em média, as mulheres apresentam maiores níveis de auto-eficácia global e nas dimensões auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos familiares que os homens.

Assim, sugerimos a continuação de estudos acerca da temática, tendo em mente a organização de acções de intervenção junto dos cuidadores no sentido de incrementar os seus níveis de auto-eficácia nos distintos domínios.

### **Referências Bibliográficas**

- Bandura, A. (1994, reprinted in 1998). "Self-efficacy". In V. S. (Ed.). *Encyclopedia of human Behaviour (vol 4) (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health.* (pp. 71-81). San Diego: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W.H. Freeman and Company.
- Maroco, J., Garcia-Marques, T. (2006). "Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?" *Laboratório de Psicologia, 4(1), ISPA*, pp. 65 - 90.
- Steffen, A. M., McKibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D., Bandura, A. (2002). "The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Realibility and Validity Studies". *Journal of Gerontology: Psycological Sciences, Vol 57B, (1)*, pp. 74-86.