

2 PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DO FAMILIAR CUIDADOR APÓS O REGRESSO A CASA DO DEPENDENTE: ESTUDO LONGITUDINAL

| Fernando Petronilho¹; Filipe Pereira²; Abel de Paiva e Silva³ |

RESUMO

CONTEXTO: No contexto das transições de vida potencialmente stressantes, como acontece na transição para o exercício do papel de cuidador, as crenças de autoeficácia, sendo um constructo psicológico individual, podem servir como recurso pessoal facilitador ou fator de vulnerabilidade.

OBJETIVO: Conhecer a evolução da percepção de autoeficácia do familiar cuidador (FC) após o regresso a casa do dependente.

METODOLOGIA: Estudo descritivo, exploratório, quantitativo e de perfil longitudinal. Amostra de conveniência constituída por 117, 115 e 123 FC avaliados, respetivamente, ao 1º, 2º e 3º mês após a alta hospitalar dos dependentes internados em seis hospitais da região norte de Portugal. Aplicado o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”, entre agosto de 2010 e março de 2011. O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao programa SPSS, versão 18,0.

RESULTADOS: Verificou-se uma evolução positiva na percepção de autoeficácia dos FC ao longo dos três meses após o regresso a casa do dependente. Os domínios do autocuidado onde os FC revelaram maior percepção de autoeficácia dizem respeito ao autocuidado “andar”, “vestir-se/despirm-se”, “alimentar-se” e “tomar banho”. Relativamente aos domínios dos “processos de cuidar”, os FC revelaram maior percepção de autoeficácia para “agir”, “monitorizar” e “providenciar cuidados”.

CONCLUSÕES: Deste estudo emerge a necessidade de definir modelos de intervenção de enfermagem com maior efetividade junto das famílias, traduzido por maior profissionalização dos cuidados de enfermagem, através de um acompanhamento ao longo do tempo mais sistemático e em tempo útil.

PALAVRAS-CHAVE: Autoeficácia; Cuidadores; Cuidados de enfermagem

RESUMEN

“Percepción de autoeficacia del familiar cuidador tras el regreso a casa del dependiente: Un estudio longitudinal”

CONTEXTO: En el contexto de las transiciones de vida potencialmente estresantes, como la transición para el papel de cuidador, las creencias de autoeficacia, aún siendo un constructo psicológico individual, pueden servir como recurso personal facilitador o factor de vulnerabilidad.

OBJETIVO: Conocer la evolución de la percepción de autoeficacia del familiar cuidador (FC) tras el regreso a casa del dependiente.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, exploratorio, cuantitativo y de perfil longitudinal. Muestra de conveniencia con 117, 115 e 123 FC evaluables al 1er, 2º y 3er mes tras el alta hospitalaria del dependientes hospitalizados en seis hospitales de la región norte de Portugal. Aplicado el formulario “Famílias que integran dependentes en el autocuidado”, entre agosto de 2010 y marzo de 2011. El análisis estadístico fue realizado utilizando el programa SPSS, versión 18,0.

RESULTADOS: Verificamos una evolución positiva en la percepción de autoeficacia de los FC a lo largo de los tres meses tras el regreso a casa del dependiente. Los dominios del autocuidado donde los familiares cuidadores revelaron la mayor percepción de autoeficacia correspondían al autocuidado “andar”, “vestirse/desvestirse”, “alimentarse” y “bañarse”. Relativamente a los dominios de los “procesos de cuidar”, los familiares cuidadores revelaron mayor percepción de autoeficacia para “actuar”, “monitorizar” y “proveer cuidados”.

CONCLUSIONES: De este estudio surge la necesidad de definir modelos de intervención en enfermería con mayor efectividad junto a las familias, traducida en una mayor profesionalización de los cuidados de enfermería, a través de un acompañamiento a lo largo del tiempo más sistemático y en tiempo útil.

DESCRIPTORES: Autoeficacia; Cuidadores; Atención de enfermería

ABSTRACT

“Perception of self-efficacy of family caregivers after the dependent homecoming: A longitudinal study”

BACKGROUND: In the context of potentially stressful life transitions as in the transition to the exercise of the caregiver role, the self-efficacy beliefs, being an individual psychological construct, can serve as a personal facilitator resource or a factor of vulnerability.

AIM: Understand the evolution of the perception of self-efficacy of family caregivers (FC) after the dependent homecoming.

METHODS: A descriptive, exploratory, quantitative study with a longitudinal profile. Convenience sample of 117, 115 e 123 FC evaluated, respectively, at the 1st, 2nd and 3rd month after discharge of dependents hospitalized in six hospitals in the northern region of Portugal. The form “Families that integrate self-care dependents” was applied between August 2010 and March 2011. Statistical analysis of data was performed using the SPSS software, version 18.0.

RESULTS: There was a positive evolution in the self-efficacy perception of FC over the three months after the dependent homecoming. The self-care domains where family caregivers showed higher self-efficacy perceptions were “walking”, “dressing/undressing”, “eating” and “bathing”. Relatively to the domains of “caring processes”, the family caregivers showed greater self-efficacy perception to “act”, “monitor” and “provide care”.

CONCLUSIONS: From this study emerges the need to define nursing intervention models more effective with families, translated by greater professionalization of nursing care through a more systematic accompanying over time and in good time.

KEYWORDS: Self efficacy; Caregivers; Nursing care

Submetido em 19-08-2014

Aceite em 10-12-2014

1 Doutor em Enfermagem; Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação; Professor Adjunto na Universidade do Minho, fpetronilho@ese.uminho.pt

2 Doutor em Ciências de Enfermagem; Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Professor Coordenador na ESEP, filipereira@esenf.pt

3 Doutor em Ciências de Enfermagem; Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Professor Coordenador na ESEP, abel@esenf.pt

INTRODUÇÃO

Eficácia refere-se à capacidade dos indivíduos em desenvolver competências cognitivas, sociais, emocionais e comportamentais. Deve ser organizada e instrumentalizada de forma eficaz para servir inúmeros propósitos. A autoeficácia percebida preocupa-se, não com o conjunto de habilidades que os indivíduos possuem, mas com o que estes acreditam que são capazes de fazer com aquilo que possuem em diferentes circunstâncias (Bandura, 1997; Gilliam & Steffen, 2006). A autoeficácia é conceptualizada como uma crença do indivíduo na sua própria capacidade de realizar uma tarefa específica, onde é imperativo mobilizar a motivação, os recursos cognitivos e de ação, necessários para enfrentar e satisfazer as exigências específicas duma situação considerada desafiadora (Bandura, 1997). Portanto, a autoeficácia é um constructo psicológico individual e que se refere à confiança do indivíduo na realização de um determinado comportamento e ser capaz de superar os obstáculos na concretização desse comportamento. Sentimentos de autoeficácia resultam da interação dos comportamentos pessoais com os fatores ambientais necessários à realização desses mesmos comportamentos (Bandura, 1997; Weng, Dai, Wang, Huang, & Chiang, 2008). No contexto da prestação de cuidados, a autoeficácia percebida refere-se à crença de ser capaz de lidar, adequadamente, com problemas específicos de saúde/desenvolvimento, problemas estes que podem surgir num determinado momento do ciclo de vida (Pinquart & Sorensen, 2006). No contexto das transições de vida potencialmente stressantes, como, por exemplo, a transição para o exercício do papel de cuidador, as crenças de autoeficácia podem servir como recurso pessoal ou um fator de vulnerabilidade (Bandura, 1997). A supervisão do papel exercido pelos familiares cuidadores (FC), após o regresso a casa do dependente, deve ser um aspeto central do exercício profissional dos enfermeiros. Assim, as terapêuticas de enfermagem visam facilitar o processo de aquisição do papel e passam por desenvolver a capacitação e dar suporte aos FC (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd, & Dibble, 2000; Shyu, 2000; Shyu, Chen, Chen, Wang, & Shao, 2008). Na transição para o exercício do papel de cuidador, é crucial que os enfermeiros sejam capazes de identificar as competências dos familiares acerca das necessidades de cada situação específica, às quais terão de dar resposta eficaz na assunção do papel. A natureza do envolvimento, os cuidados a assegurar, as mudanças a efetuar e o período de tempo de todo este processo, terão de ser foco de atenção dos enfermeiros. O elogio das competências dos FC reforça-lhes a autoeficácia e, assim, sentem-se mais competentes para poderem lidar com os desafios (Mok, Chan, Chan, & Yeung, 2002).

A construção de autoeficácia por parte dos indivíduos na execução das tarefas tem apelado, consideravelmente, a uma organização teórica e de investigação que permita o desenvolvimento de instrumentos de medida nesta área (Crncec, Barnett, & Matthey, 2008). Schumacher et al. (2000), através da concretização de estudos, identificaram nove “processos de cuidar” (competências), associados há habilidade dos FC para assegurar os cuidados necessários ao dependente (Quadro 1). Assim, conceitualmente, o papel de prestador de cuidados foi definido como a habilidade do familiar para se envolver eficaz e progressivamente nos nove “processos de cuidar” (Schumacher et al., 2000).

Quadro 1 - “Processos de cuidar” (Schumacher et al., 2000)

PROCESSOS DE CUIDAR
1. Monitorizar: processo de observação das atividades realizadas pela pessoa cuidada e garantir a deteção de possíveis mudanças na sua condição de saúde.
2. Interpretar: processo de raciocínio complexo, caracterizado pela capacidade de reconhecer e atribuir significado às mudanças no curso normal ou esperado da condição de saúde da pessoa cuidada e ser capaz de identificar as causas.
3. Decidir: processo de escolha de uma determinada ação baseado em observações e interpretação das situações.
4. Agir: processo de executar as decisões e as instruções recomendadas sobre os cuidados a prestar.
5. Providenciar cuidados: processo de realizar procedimentos de enfermagem e médicos, caracterizado pela atenção à segurança e ao conforto.
6. Ajustar: processo de refinar progressivamente as ações até encontrar a estratégia mais eficaz.
7. Aceder a recursos: processo de obter os recursos necessários para prestar cuidados, incluindo as informações, equipamentos e materiais para uso doméstico, assistência dos serviços da comunidade, ajuda nas tarefas domésticas e assistência nos cuidados pessoais.
8. Trabalhar com a pessoa cuidada: processo de partilha de cuidados sensíveis aos valores, crenças e desejos quer da pessoa cuidada, quer do cuidador.
9. Negociar com o sistema de saúde: processo de assegurar que as necessidades da pessoa cuidada foram cumpridas adequadamente.

O FC torna-se competente quando consegue obter os melhores resultados possíveis dos cuidados que presta, como uma adequada gestão dos sinais e sintomas, a prevenção de lesões, a identificação precoce de problemas, entre outros. Estudos referem a existência de diferentes fases na adaptação ao exercício do papel de prestador de cuidados ao longo do tempo, das quais, decorrem diferentes necessidades no processo de transição do hospital para o domicílio até o FC atingir um padrão estável de cuidar (Schumacher et al., 2000; Shyu, 2000).

O estudo apresentado neste artigo teve como objetivo conhecer a evolução da percepção de autoeficácia dos familiares cuidadores (PAE FC) para tomar conta, nos primeiros três meses após o regresso a casa do dependente.

METODOLOGIA

Tipo de estudo: utilizando uma metodologia de perfil quantitativo, foi desenvolvido um estudo descritivo e exploratório, numa perspetiva longitudinal. Amostra: partindo de uma população acessível de 273 pessoas dependentes internadas em seis hospitais da região norte de Portugal, a amostra deste estudo (de conveniência) é constituída por 117, 115 e 123 FC, avaliados, respetivamente, no 1º (M1), 2º (M2) e 3º (M3) mês após a alta hospitalar da pessoa dependente.

Assim, apenas foram incluídos no presente estudo os FC dos dependentes que se encontravam no domicílio nos três momentos de avaliação, uma vez que o “destino” destes (273 casos) após a alta hospitalar ao longo dos três meses do estudo foram: 1) unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2) domicílio, 3) lares, 4) famílias de acolhimento e, por último, 5) reinternamento hospitalar, quando se verificava o agravamento da sua condição de saúde. Instrumento de recolha de dados/Procedimento de recolha de dados: foi aplicado o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado” nos três momentos de avaliação (M1, M2 e M3). Relativamente ao objeto de estudo reportado neste artigo, este instrumento de recolha de dados engloba subescalas de PAE FC, construídas por:

- Domínios do autocuidado (International Council of Nursing [ICN], 2005), especificamente: “tomar banho”, “vestir-se/despir-se”, “alimentar-se”, “usar o sanitário”, “virar-se”, “transferir-se”, “andar” e “tomar a medicação” (oito subescalas);

- Domínios dos “processos de cuidar” definidos por Schumacher et al. (2000), especificamente: “monitorizar/interpretar”, “decidir”, “agir”, “providenciar cuidados”, “ajustar”, “aceder a recursos”, “trabalhar com a pessoa cuidada” e “negociar com o sistema de saúde” (oito subescalas).

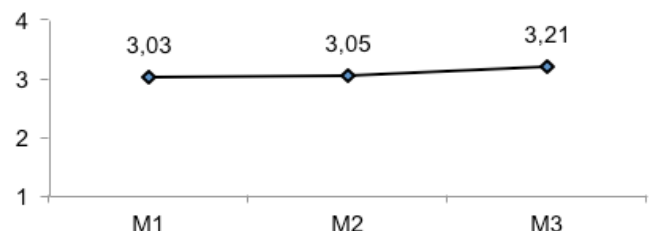
Para cada momento de avaliação (M1, M2 e M3) foi computada uma variável intervalar para o cálculo da média de PAE FC para cada domínio de autocuidado e dos “processos de cuidar” da totalidade dos participantes. Após este cálculo esta variável intervalar foi reconvertida numa variável ordinal (PAE FC Global) de acordo com os quatro intervalos equidistantes definidos (1-1,75 = “incompetente”; de 1,75 a 2,5 = “pouco competente”; de 2,5 a 3,15 = “medianamente competente”; de 3,15 a 4 = “muito competente”).

A recolha dos dados foi efetuada entre agosto de 2010 e março de 2011. Em M1 e M2 a recolha de dados foi realizada por entrevista telefónica entre o investigador e o FC. Em M3, a entrevista foi efetuada por contacto presencial em contexto domiciliar. Relativamente à escala global da PAE FC para tomar conta utilizada ficou demonstrada a sua boa consistência interna. O valor do Coeficiente Alfa de Cronbach apurados em M1 foi ($\alpha=0,861$); em M2 ($\alpha=0,894$) e, por último; em M3 ($\alpha=0,895$). O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao programa SPSS, versão 18,0. Considerações éticas: foram acautelados os procedimentos éticos necessários com vista à proteção dos direitos, da confidencialidade e da dignidade dos participantes.

RESULTADOS

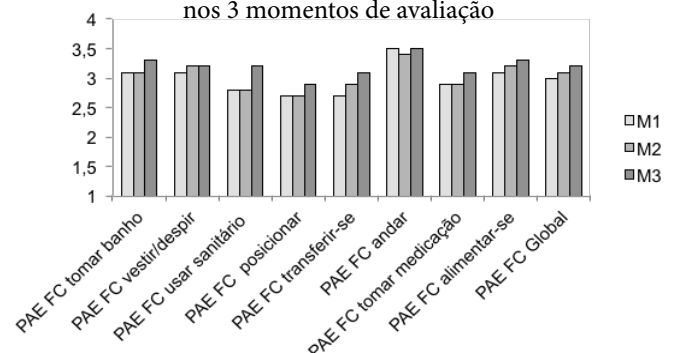
O Gráfico 1 mostra-nos a evolução positiva na PAE FC Global, situando-se esta média entre “medianamente competente” (M1=3,03; M2=3,05) e “muito competente” (M3=3,21). No entanto, verifica-se que este ganho de PAE FC é mais visível entre o 2º e o 3º momento de avaliação (M2 e M3).

Gráfico 1 - PAE FC Global nos 3 momentos de avaliação



O Gráfico 2 mostra a evolução da média de PAE FC por domínios de autocuidado ao longo dos três momentos de avaliação. O domínio onde se constata uma evolução positiva mais acentuada na PAE FC entre M1 e M3 reporta-se ao “usar o sanitário” (M1=2,84 “medianamente competente” e M3=3,16 “muito competente”).

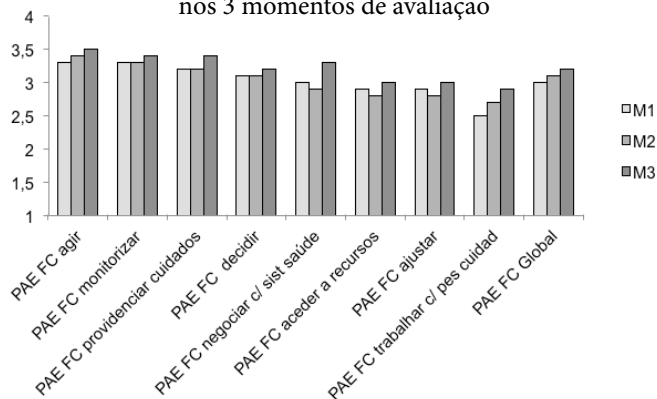
Gráfico 2 - Evolução da PAE FC por domínio de autocuidado nos 3 momentos de avaliação



No domínio “andar” os FC apresentam a média mais elevada de PAE nos três momentos de avaliação, acompanhado de “tomar banho”, “vestir-se/despirm-se” e “alimentar-se”. Apesar de se verificar uma evolução positiva na PAE FC no autocuidado “virar-se”, “usar o sanitário”, “tomar a medicação” e “transferir-se”, entre M1 e M3, são os domínios que apresentam os scores mais baixos de PAE FC.

Relativamente à média de PAE FC para tomar conta em função dos “processos de cuidar” (Gráfico 3), verificamos que aqueles em que se obteve uma evolução mais positiva ao longo dos três momentos de avaliação foram “negociar com o sistema de saúde” (M1=2,95 “medianamente competente”; M3=3,27 “muito competente”); e “trabalhar com a pessoa cuidada” (M1=2,53 e M3=2,94 “medianamente competente”).

Gráfico 3 - Evolução da PAE FC por “processos de cuidar” nos 3 momentos de avaliação



A PAE FC para “agir”, “monitorizar” e “providenciar cuidados”, apresentam-se como os domínios em que os FC referem sentir-se, globalmente, mais competentes ao longo dos três meses em que ocorreu o estudo, comparando com os restantes “processos de cuidar”. Em paralelo, “trabalhar com a pessoa cuidada”, “ajustar” e “aceder a recursos”, são os domínios onde se verifica ao longo do estudo as médias de PAE FC mais baixas.

DISCUSSÃO

No global, a análise dos resultados deste estudo revela uma evolução positiva na PAE FC quer nos domínios do autocuidado, quer nos domínios dos “processos de cuidar”. Esta evolução positiva é mais acentuada entre M2 e M3.

Vários estudos referem que após um período de maior indefinição e dificuldade na assunção do papel de cuidador, que coincide com o período imediato ao regresso a casa do dependente, segue-se uma fase de maior estabilidade, relacionado com maior aquisição de mestria por parte do FC, o que lhe permite perceber maior sentido de competência para cuidar (Schumacher et al., 2000; Schumacher et al., 2008; Shyu, 2000; Shyu et al., 2008)

Os familiares cuidadores, quando questionados sobre a sua perceção de competência acerca das atividades necessárias para o exercício do papel, parecem focalizar-se, sobretudo, nos cuidados que, na sua perspectiva, são mais importantes de assegurar. Daí, resulta que há uma construção mental da natureza do papel a exercer que determina a sua ação. Assim, parece-nos evidente que a maior atribuição de importância a determinados cuidados está associada a uma maior PAE FC. No presente estudo, parece-nos que os FC atribuem maior importância na assistência em atividades associadas a domínios do autocuidado como “andar”, “vestir-se/despirm-se”, “alimentar-se” e “tomar banho”, considerando-as fundamentais para a vida dos dependentes, assim como, as atividades associadas a “agir”, “monitorizar” e “providenciar cuidados”. Em paralelo, os resultados evidenciam menor perceção de competência por parte dos FC em domínios do autocuidado como, “virar-se”, “usar o sanitário”, tomar a medicação” e “transferir-se”, assim como, em relação aos “processos de cuidar” nos domínios “aceder a recursos”, “ajustar” e “trabalhar com a pessoa cuidada”. Assim, questionamos:

1) implicarão estas áreas pela sua natureza, onde os FC revelam menor PAE, um conjunto de atividades de maior intensidade e complexidade para a sua execução, exigindo maior aprendizagem dos FC e maior suporte profissional por parte das equipas de enfermagem no domicílio?

2) estes resultados estarão relacionados com um menor grau de importância atribuído pelos FC a estas atividades e, deste modo, menores implicações percebidas relativamente à segurança, saúde e bem-estar dos dependentes, traduzindo-se, deste modo, num menor investimento da sua parte na aquisição de um nível mais elevado de competências?

Neste sentido, Schumacher et al. (2000) referem-se ao “significado pessoal” atribuído ao cuidado por parte do FC, sendo determinante para a qualidade do exercício do papel.

Das médias mais baixas de PAE FC ao longo dos momentos de avaliação deste estudo, verifica-se no domínio “aceder a recursos”.

Parece demonstrar as dificuldades dos familiares na obtenção de informação que lhes possa facilitar a aquisição dos recursos necessários para a prestação de cuidados, incluindo as informações, os equipamentos, a assistência dos serviços da comunidade, a ajuda nas tarefas domésticas e a assistência nos cuidados pessoais (Schumacher et al., 2000). Advogar o acesso e a utilização dos recursos necessários aos FC é uma intervenção crucial dos enfermeiros na transição para o exercício do papel de prestadores de cuidados por parte dos familiares.

CONCLUSÕES

Apesar das dificuldades com que se deparam no exercício do papel, de um modo geral, os FC atribuem importância aos desafios que se vão colocando ao longo do tempo e vão desenvolvendo estratégias por forma a adaptarem-se com eficácia, demonstrando um sentido de competência positivo. Todavia, parte significativa dos cuidados que os dependentes necessitam e que são assegurados pelos FC revestem-se de grande complexidade e intensidade, apontando, deste modo, para a grande relevância do suporte em cuidados de enfermagem, facilitadores das transições saudáveis desta população-alvo.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade e os benefícios da definição e implementação de programas de educação e apoio efetivo aos FC, tendo em conta o “significado pessoal” atribuído ao cuidado, as suas expectativas, as suas necessidades e os recursos disponíveis, promovendo progressivamente a sua capacitação, com ênfase no período imediato à alta hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Crncec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2008). Development of an Instrument to Assess Perceived Self Efficacy in the Parents of Infants. *Research in Nursing & Health*, 31, 442-453.

Gilliam, C., & Steffen, A. (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging & Mental Health*, 10(2), 79-86.

International Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1 – Tradução oficial Portuguesa)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Mok, E., Chan, F., Chan, V., & Yeung, E. (2002). Perception of empowerment by family caregivers of patients with a terminal illness in Kong Kong. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(3), 137-145.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources and health: An updated meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61(1), 33-45.

Schumacher, K., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M., & Dibble, S. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191-203.

Schumacher, K., Stewart, B., Archbold, P., Caparro, M., Mutale, F., & Agrawal, S. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 49-56.

Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: A Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625.

Shyu, Y., Chen, M., Chen, S., Wang, H., & Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2497-2508.

Weng, I., Dai, Y., Wang, Y., Huang, H., & Chiang, Y. (2008). Effects of self-efficacy, self-care behaviours on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1786-1794.