

A PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DO MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS NO PROCESSO DE TOMAR CONTA DE UM DOENTE COM CANCRO COLORETAL

Cristina FC Sousa Pinto

Assistente na Escola Superior de Enfermagem do Porto; Mestre em Oncologia
cristinacarvalho@esenf.pt

Filipe Pereira

Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto; Doutor em Ciências de Enfermagem

Lúcio Lara Santos

Clínica de Patologia Digestiva do Instituto Português de Oncologia - Porto; Doutor em Medicina

Fátima Teixeira

Enfermeira Coordenadora da Clínica de Patologia Digestiva do Instituto Português de Oncologia - Porto.

RESUMO: *Objetivo:* Descrever a evolução da percepção de Autoeficácia do membro da família prestador de cuidados (MFPC) face ao processo de tomar conta de um doente com cancro coloretal.

Métodos: Estudo prospetivo longitudinal, onde foram avaliados MFPC de doentes com cancro coloretal em tratamento curativo ou paliativo. Os participantes foram avaliados em três momentos distintos; no início do percurso terapêutico (M1); três meses após (M2) e seis meses após (M3). Em M1 foram avaliados 41 cuidadores, em M2 88 cuidadores e em M3 98 cuidadores.

Resultados: Os MFPC dos doentes com cancro coloretal da amostra foram na sua maioria mulheres, casadas e reformadas, com um nível de escolaridade baixo. Ao longo do tempo estes MFPC apresentaram um nível de autoeficácia de “medianamente competentes” para a realização das atividades inerentes ao processo de tomar conta. Contudo na avaliação da percepção de autoeficácia face à dependência para tomar a medicação e cuidar da colostomia foram os domínios onde os cuidadores apresentam níveis mais baixos de percepção de autoeficácia. Ao avaliarmos a percepção de autoeficácia em função dos processos de cuidar, os cuidadores percecionam menos competência para “trabalhar com a pessoa dependente” e “negociar com os serviços de saúde”. Os MFPC que percecionam maior autoeficácia ao longo do tempo e face ao processo de tomar conta do doente dependente com cancro coloretal tendem a ser os que cuidam de doentes menos dependentes, que utilizam mais recursos, os que cuidam há mais tempo, os mais novos e com mais escolaridade.

Conclusões: A avaliação da percepção de autoeficácia constitui um indicador importante para os enfermeiros na monitorização da transição para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados de um doente com cancro coloretal

PALAVRAS-CHAVE: familiar cuidador; percepção de autoeficácia; cancro coloretal.

ABSTRACT: *Aim:* To describe the evolution of the perception of Self-efficacy of the family member caregiver (MFPC) during the process of taking care of a patient with colorectal cancer.

Methods: A prospective longitudinal design was chosen to evaluate MFPC of colorectal cancer in curative or palliative treatment. Participants were assessed in three separate times that could globally reproduce the different moments of multimodal treatment in colorectal cancer, namely: M1 – after multidisciplinary team treatment decision (without any treatment); M2 – three months after M1 (which generally includes neoadjuvant therapy and surgery in cases of rectal cancer; surgery in

colon cancer cases; the beginning of the adjuvant treatment in patients without distant metastasis; patients in palliative treatment); M3 – six months after M1 (which generally includes patients in adjuvant or palliative treatment). In M1 were evaluated 41 caregivers, 88 caregivers in M2 and in M3 98 caregivers.

Results: the MFPC who took part in the sample were mostly women, married and retired, with a low level of schooling. Over time these MFPC presented a level of self-efficacy “averagely competent” for to carry out the activities related to taking care process. However the perception of self-efficacy for to take medication and take care of the colostomy were areas where caregivers had lower levels of self-efficacy perception. When evaluating the perception of self-efficacy depending on the processes of care, the caregivers perceived less competence to “working together with the ill person” and “navigation the healthcare system”. The MFPC that perceived greater self-efficacy over time tend to be those caring for less dependent patients, using more resources, those who care for longer, the younger caregivers and with more schooling.

Conclusions: The evaluation of the perception of self-efficacy is an important indicator for nurses in monitoring the transition of exercising the role of a familiar caregiver for a patient with colorectal cancer.

KEYWORDS: *family caregiver; self-efficacy; colorectal cancer.*

I. Introdução

Os membros da família são cada vez mais chamados a assumir a responsabilidade de prestarem cuidados complexos aos seus familiares dependentes, isto porque é comumente aceite que a família é o melhor meio para se integrar a pessoa dependente. O exercício do papel de prestador de cuidados enquadra-se no core da disciplina de Enfermagem, no domínio das respostas humanas às transições (Pereira, 2007; Silva 2007). O “Membro da Família Prestador de Cuidados” está definido pelo ICN (2011), como uma área de atenção para a prática de enfermagem, como o “...responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (p.115).

O assumir do papel de prestador de cuidados despoleta um processo de transição do tipo situacional. As transições do tipo situacional estão relacionadas com as alterações na situação familiar, originam definição ou redefinição na interação de papéis (Meleis, 2010).

Nos últimos vinte anos tem crescido de forma exponencial a investigação acerca do cuidado no seio da família de doentes com cancro o que resultou num quadro conceptual bastante expandido (Fletcher et al., 2012). Para estes autores a experiência de cuidar de um doente com cancro em casa traduz-se num modelo conceptual com três elementos importantes e que se interrelacionam: o processo

de stresse; o contexto onde se desenvolve e a trajetória da doença. Torna-se imperativo investigar mais acerca deste fenómeno que inclui as repercussões na saúde física do cuidador, ao nível socioeconómico e do acesso aos serviços de saúde (ibidem).

Para Schumacher e colaboradores (2000), o papel de prestador de cuidados traduz-se de forma conceptual como a habilidade do membro da família prestador de cuidados se envolver no processo de cuidar de forma progressiva e eficaz. Os autores elencaram nove processos de cuidar (monitorizar/interpretar, decidir, agir, providenciar cuidados, ajustar, aceder a recursos, trabalhar com a pessoa dependente e negociar com os serviço de saúde) e aos quais foram associados sessenta e três indicadores que traduzem o nível da perícia do membro da família prestador de cuidados (ibidem).

A competência de um membro da família prestador de cuidados de um doente com cancro é definido como a habilidade para responder de forma eficaz e sem hesitações às demandas da situação de doença, assumindo um padrão de cuidados de acordo com os processos de cuidar (Schumacher et al., 2006).

Os membros da família que assumem o cuidado em casa a um doente com cancro colorectal são um elemento

importante no sucesso do tratamento, portanto é importante discutir com estes cuidadores o impacto deste papel nas suas vidas; é essencial que estes cuidadores tenham o suporte necessário para continuarem com o papel (Taylor, 2008).

O envolvimento dos familiares cuidadores nos processos de cuidar implica a aquisição de novas competências que devem ser monitorizada pelos enfermeiros (Schumacher et al., 2000). Avaliar o nível de competência do cuidador constitui um excelente indicador da qualidade dos cuidados prestados em casa e preditivo do sucesso do tratamento e da recuperação do doente (Given & Given & Sherwood, 2012).

O conceito de autoeficácia emerge na literatura associada a Bandura (1997) e é definido como a expectativa ou a crença que o indivíduo percebe para realizar com sucesso, através do esforço pessoal, uma determinada tarefa com o fim de alcançar um resultado. Assim, podemos dizer que a autoeficácia é um conceito prospetivo, relacionado com as expectativas para realizar uma tarefa em questão, influenciado pelas características pessoais e pelas informações da tarefa a realizar (Neves & Faria, 2009). A autoeficácia é um conceito que influencia a forma como as pessoas pensam, agem, sentem e se motivam (Zulkosky, 2009). Este conceito é central para a prática de enfermagem, na medida em que a promoção de autoeficácia pode ajudar os clientes a aprender, a modificar e a moldarem comportamentos através da preparação antecipatória (ibidem). A avaliação da percepção da autoeficácia do membro da família prestador de cuidados pode ser realizada em qualquer momento do processo de transição e constituir um indicador das reais necessidades do cuidador; do reconhecimento das necessidades em cuidados do dependente e das exigências dos cuidados (Leite, 2012).

II. Materiais e Metodos

Elaboramos um estudo prospetivo, longitudinal cujo objetivo foi avaliar a Percepção de Autoeficácia percebida pelos Membros da Família Prestadores de Cuidados (MFPC) de doentes com cancro coloretal face ao processo de tomar conta.

O estudo foi realizado na Clínica de Patologia Digestiva do IPO do Porto, onde a recolha de dados decorreu de setembro de 2011 a outubro de 2012. Foram incluídos no estudo os MFPC de doentes com cancro coloretal em tra-

tamento curativo ou paliativo; com idade superior a 18 anos e que aceitassem participar no mesmo. Os MFPC foram avaliados em 3 momentos distintos, sendo, à escala do estudo, o momento 1 (M1) o início do percurso terapêutico do doente, o momento 2 (M2) 3 meses após e o momento 3 (M3) 6 meses após, num processo de amostragem não probabilístico.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o formulário *“Famílias que integram dependentes no autocuidado”* da autoria de um grupo de investigadores da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O formulário utilizado na recolha de dados é constituído por diferentes subescalas que avaliam diferentes variáveis (dependência para o autocuidado; compromissos nos processos corporais; percepção de autoeficácia percebida; intensidade dos cuidados prestados pelo MFPC e os recursos utilizados no processo de tomar conta) e tem sido utilizado em diferentes estudos (Petronilho, 2013; Leão, 2012; Martins, 2011; Matias, 2011; Silva, 2011; Queirós, 2011; Duque, 2009) independentemente do evento gerador de dependência. Na presente investigação e face ao fenómeno em estudo da mesma, tivemos a necessidade de adaptar o formulário às especificidades do doente oncológico. Esta adaptação foi sustentada na experiência profissional dos investigadores; da colaboração dos atores e intervenientes do contexto (enfermeiras da Clínica de Patologia Digestiva do IPO do Porto); na revisão da literatura e ainda nos resultados de um estudo piloto.

A avaliação da “Percepção da autoeficácia” face ao processo de tomar conta foi feita com base em diferentes subescalas em que cada uma delas tem diferentes indicadores que se concretizam numa escala de *Likert* de quatro pontos: incompetente – score 1; pouco competente – score 2; medianamente competente – score 3; muito competente – score 4.

A aplicação das subescalas que avaliam a “Percepção da autoeficácia” face ao processo de tomar conta estava dependente do nível de dependência dos doentes da amostra em cada domínio do autocuidado. As diferentes subescalas que avaliam a percepção da autoeficácia face ao processo de tomar conta dos doentes dependentes com cancro coloretal da amostra apresentaram boa ou muito boa consistência interna nos diferentes momentos de avaliação, como podemos constatar pela leitura da tabela 1.

Tabela 1. Alfa de Cronbach da subescala de avaliação da Percepção de Autoeficácia.

Subescalas da Percepção de Autoeficácia	Valor de α de Cronbach no M2	Valor de α de Cronbach no M3
Higiene	0,936	0,894
Vestir e Despir	0,913	0,906
Tomar medicação	0,903	0,912
Colostomia	0,913	0,910

O número de MFPC que constituíram a amostra foi de 41 MFPC em M1, 88 MFPC em M2 e 98 MFPC em M3. A amostra constitui-se maioritariamente por mulheres (80%), casadas (93,0%), com uma média de idades de 58,52 anos e cujo grau de parentesco com o doente era esposa (60%) e filhas (35%). Estes resultados corroboram com outros estudos e que definem o perfil do MFPC em Portugal (Pinto e Santos, 2009; Imaginário, 2008; Campos, 2008; Petronilho, 2007; Schumacher, 2006).

III. Resultados

A avaliação da evolução do nível da PAE reporta-se a cada um dos momentos de avaliação à escala do estudo: início do percurso terapêutico (M1); três meses após o início do percurso terapêutico (M2) e seis meses após (M3) o início do percurso terapêutico do doente dependente. Foram avaliados:

- Nível da PAE para tomar conta do doente dependente em função dos domínios do autocuidado: “tomar banho”, “vestir-se e despir-se”, “alimentar-se”, “usar o sanitário”, “virar-se”, “transferir-se”, “andar”, “tomar medicação” e “colostomia”;
- Nível da PAE para tomar conta do doente dependente em função dos “processos de cuidar” propostos por Schumacher e colaboradores (2000): “monitorizar”, “decidir”, “agir”, “providenciar cuidados”, “ajustar”, “aceder a recursos”, “trabalhar com a pessoa dependente” e “negociar com os serviços de saúde”.

A Percepção de Autoeficácia face ao processo de tomar conta em M1

Em M1 verificamos que para os diferentes domínios do autocuidado a maioria dos MFPC [73,1% (n= 19)] percecionam-se como “medianamente competente” para tomar conta do seu familiar doente. Nos domínios do autocuidado

“tomar banho” e “vestir-se e despir-se” os MFPC percecionam-se como “muito competentes”. Dos quatro doentes dependentes no autocuidado “colostomia” os MFPC percecionam-se como “pouco competentes” e um MFPC como “incompetente”. No domínio do autocuidado “tomar medicação” a maioria dos MFPC percecionam-se como “medianamente competentes” (Tabela 2).

Avaliamos a PAE do MFPC em função dos “processos de cuidar” propostos por Schumacher e colaboradores (2000) e que se encontram descritos na tabela 3. Verificámos que na maioria dos “processos de cuidar” os MFPC percecionam-se como “medianamente competentes”. Destacamos a PAE do MFPC para “providenciar cuidados” em que a maioria se perceciona com “muito competentes” (57,7%). Os níveis de PAE mais baixos relativos aos “processos de cuidar” foram “trabalhar com a pessoa dependente” e “negociar com os serviços de saúde”.

A Percepção de Autoeficácia face ao processo de tomar conta em M2

Em M2 a PAE global do MFPC para tomar conta do seu familiar doente situa-se em “medianamente competente” (50,7%) e “muito competente” (26,8%), como podemos observar na tabela 4. O domínio do autocuidado “tomar banho” é aquele em que os MFPC percecionam maior competência, ou seja, “muito competente” [52,5%, (n=21)] para realizar as atividades inerentes a este domínio. Os domínios do autocuidado onde há maior percentagem de MFPC a percecionarem níveis inferiores de autoeficácia (“pouco competentes”) são “tomar medicação” [41,5%, (n= 17)] e “colostomia” [40,0%, (n= 12)].

Ao analisarmos a PAE do MFPC em função dos “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores (tabela 5), verificámos que os MFPC percecionam maior autoeficácia (“muito competentes”) nos processos de cuidar “agir” [56,0% (n= 28)] e “providenciar cuidados” [66,7% (n=48)]. Os MFPC percecionam-se como “medianamente competentes” face ao processo de tomar conta nos processos “decidir” [50,7% (n= 36)], “ajustar” [46,9% (n= 23)], “aceder a recursos” [52,2% (n= 36)] e “monitorizar” [43,7% (n= 31)]. Os “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores em que os MFPC se sentem menos competentes (“incompetentes” ou “pouco competentes”) são “trabalhar com a pessoa dependente” [46,3% (n= 33)] e “negociar com os serviços de saúde” [52,3% (n=33)].

Tabela 2. Caracterização da PAE global do MFPC por domínio do autocuidado – escala ordinal (M1)

PAE global do MFPC por domínio do autocuidado (M1)	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
tomar medicação	0 (0,0)	4 (21,1)	10 (52,6)	5 (26,3)	19 (100)
tomar banho	0 (0,0)	1 (7,1)	6 (42,9)	7 (50,0)	14 (100)
vestir-se e despir-se	0 (0,0)	1 (9,1)	5 (45,5)	5 (45,5)	11 (100)
colostomia	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	4 (100)
Global	1 (3,8)	5 (19,2)	19 (73,1)	1 (3,8)	26 (100)

Tabela 4. Caracterização da PAE global do MFPC por domínio do autocuidado - escala ordinal (M2)

PAE global do MFPC por domínio do autocuidado (M2)	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
tomar medicação	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (47,5)	21 (52,5)	40 (100)
tomar banho	0 (0,0)	1 (2,9)	20 (57,1)	14 (40,0)	35 (100)
vestir-se e despir-se	0 (0,0)	17 (41,5)	22 (53,2)	2 (4,9)	41 (100)
colostomia	1 (3,3)	12 (40,0)	14 (46,7)	3 (10,0)	30 (100)
Global	1 (1,4)	15 (21,1)	36 (50,7)	19 (26,8)	71 (100)

Tabela 3. Caracterização da PAE global do MFPC por “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores (2000) – escala ordinal (M1)

Indicador:	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
Monitorizar	2 (8,3)	5 (20,8)	12 (50,0)	5 (20,8)	24 (100)
Decidir	3 (13,6)	0 (0,0)	13 (59,1)	6 (27,3)	22 (100)
Agir	1 (4,5)	0 (0,0)	11 (50,0)	10 (45,5)	22 (100)
Providenciar cuidados	1 (3,8)	1 (3,8)	9 (34,6)	15 (57,7)	26 (100)
Ajustar	0 (0,0)	2 (9,1)	14 (63,6)	6 (27,3)	22 (100)
Aceder a recursos	6 (24,0)	0 (0,0)	17 (68,0)	2 (8,0)	25 (100)
Trabalhar com a pessoa dependente	2 (7,4)	10 (37,0)	14 (51,9)	1 (3,7)	27 (100)
Negociar com o sistema de cuidados de saúde	1 (5,9)	11 (64,7)	3 (17,6)	2 (11,8)	17 (100)
Global	1 (3,8)	5 (19,2)	19 (73,1)	1 (3,8)	26 (100)

Tabela 3. Caracterização da PAE global do MFPC por “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores (2000) – escala ordinal (M2)

Indicador:	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
Monitorizar	2 (2,8)	17 (23,9)	31 (43,7)	21 (29,6)	71 (100)
Decidir	1 (1,4)	15 (21,1)	36 (50,7)	19 (26,8)	71 (100)
Agir	0 (0,0)	4 (8,0)	18 (36,0)	28 (56,0)	50 (100)
Providenciar cuidados	0 (0,0)	7 (9,7)	17 (23,6)	48 (66,7)	72 (100)
Ajustar	1 (2,0)	7 (14,3)	23 (46,9)	18 (36,7)	49 (100)
Aceder a recursos	0 (0,0)	22 (31,9)	36 (52,2)	11 (15,9)	69 (100)
Trabalhar com a pessoa dependente	11 (15,9)	21 (30,4)	28 (40,6)	9 (13,0)	69 (100)
Negociar com o sistema de cuidados de saúde	13 (20,6)	20 (31,7)	16 (25,4)	14 (22,2)	63 (100)
Global	1 (1,4)	15 (21,1)	36 (50,7)	19 (26,8)	71 (100)

Globalmente para a totalidade dos domínios do autocuidado e dos “processos de cuidar”, a maioria dos MFPC percebe-se como “medianamente competentes” [50,7% (n=36)].

A Perceção de Autoeficácia face ao processo de tomar conta em M3

A PAE do MFPC global para tomar conta do seu familiar doente em M3 situa-se em “medianamente competente” (59,2%) e “pouco competente” (25,0%). Em (M3) os MFPC percebem-se como “medianamente competentes” face à dependência nos domínios do autocuidado onde os doentes com cancro coloretal da amostra são mais dependentes. Falamos da PAE do MFPC para tomar conta no domínio do autocuidado “tomar banho” [50,0% (n= 20)], “vestir-se e despir-se” [56,8% (n= 21)], “tomar medicação” [54,8% (n= 23)] e “colostomia” [55,0% (n= 22)]. Contudo, é de destacar os MFPC que nos domínios do autocuidado “tomar medicação” (38,1%) e “colostomia” (40,0%) se sentem “pouco competentes” face à satisfação das necessidades resultantes da dependência nestes dois domínios do autocuidado (Tabela 6).

Em M3 verificámos que em todos os “processos de cuidar”, a maioria dos MFPC sentem-se “medianamente competentes” para tomar conta do seu familiar doente (Tabela 7). Destacamos que a PAE do MFPC nos “processos de cuidar” “agir” [60,0% (n= 30)], “providenciar cuidados” [57,9% (n= 44)], “ajustar” [53,1% (n= 26)] se situa no “muito competente”. Os MFPC em (M3) percebem-se como “medianamente competentes” nos “processo de cuidar” “monitorizar” [42,9% (n= 33)], “decidir” [46,1% (n=35)], “aceder a recursos” [50,2% (n= 40)] e “trabalhar com a pessoa dependente” [38,7% (n= 29)]. O domínio do “processo de cuidar” onde os MFPC percebem menor competência é em “negociar com o sistema de cuidados de saúde” [45,7% (n=32)].

Evolução da PAE do MFPC para tomar conta do doente com cancro coloretal

Da evolução da PAE do MFPC para tomar conta do doente com cancro coloretal ao longo dos três momentos de avaliação percebemos que, praticamente, não houve variação nos níveis médios da PAE. Do início do percurso terapêutico até um período de seis meses, os MFPC percebem-se como “medianamente competentes” (média

Tabela 6. Caracterização da PAE global do MFPC por domínio do autocuidado – escala ordinal (M3)

PAE global do MFPC por domínio do autocuidado (M3)	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
tomar medicação	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (50,0)	20 (50,0)	40 (100)
tomar banho	0 (0,0)	48 (10,8)	21 (56,8)	12 (32,4)	37 (100)
vestir-se e despir-se	0 (0,0)	16 (38,1)	23 (54,8)	3 (7,1)	42 (100)
colostomia	0 (0,0)	16 (40,0)	22 (55,0)	2 (5,0)	40 (100)
Global	0 (0,0)	19 (25,0)	45 (59,2)	12 (15,8)	76 (100)

Tabela 7. Caracterização da PAE global do MFPC por “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores (2000) – escala ordinal (M3)

Indicador:	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
Monitorizar	1 (1,3)	19 (24,7)	33 (42,9)	24 (31,2)	77 (100)
Decidir	1 (1,3)	21 (27,6)	35 (46,1)	19 (25,0)	76 (100)
Agir	0 (0,0)	3 (6,0)	17 (34,0)	30 (60,0)	50 (100)
Providenciar cuidados	0 (0,0)	11 (14,5)	21 (27,6)	44 (57,9)	76 (100)
Ajustar	1 (2,0)	6 (12,2)	16 (32,7)	26 (53,1)	49 (100)
Aceder a recursos	2 (2,6)	24 (31,6)	40 (52,6)	10 (13,2)	76 (100)
Trabalhar com a pessoa dependente	11 (14,7)	23 (30,7)	29 (38,7)	12 (16,0)	75 (100)
Negociar com o sistema de cuidados de saúde	10 (14,3)	32 (45,7)	18 (25,7)	10 (14,3)	70 (100)
Global	0 (0)	19 (25,0)	45 (59,2)	12 (15,8)	76 (100)

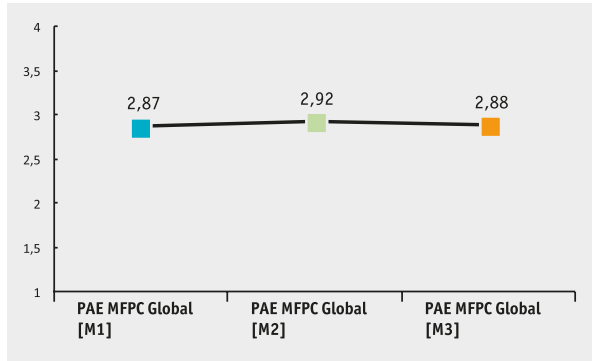


Gráfico 1. Nível médio de PAE global do MFPC para tomar conta em cada um dos momentos de avaliação (M1, M2, M3)

(M1) = 2,87); média (M2) = 2,92); média (M3) = 2,88), como verificámos pelo gráfico 1.

O nível de PAE do MFPC para tomar conta do doente com cancro coloretal durante o percurso terapêutico associa-se às características sociodemográficas do MFPC, às alterações na condição de saúde do doente no domínio do autocuidado, ao tempo de prestação de cuidados e à taxa de utilização de recursos. Os MFPC que percecionam maior autoeficácia são os mais novos e com níveis de escolaridade superior (tabela 8). Os MFPC mais novos são aqueles que também têm mais anos de escolaridade. Pensamos que a formação ao longo da vida, o acesso à informação através das novas tecnologias e a compreensão da informação transmitida pelos profissionais de saúde façam com que os MFPC percecionem maior habilidade e capacidade para realizarem as atividades.

A complexidade dos cuidados, a quantidade de cuidados e o tipo de cuidados dependem do nível de dependência (Campos, 2008). Por isto, os MFPC dos doentes mais dependentes tendem a ter menor PAE, ou seja, o número de atividades e a sua complexidade podem contribuir para uma menor perceção da capacidade para a sua realização (tabela 8).

Os MFPC com maior número de horas despendidas nos cuidados, bem como aqueles que cuidam há mais tempo tendem a apresentar maiores níveis de PAE (tabela 8). Segundo alguns autores, o facto de os MFPC cuidarem há mais tempo implica maior perceção acerca das suas capacidades físicas e psíquicas o que pode contribuir para uma maior PAE (Lage, 2007).

Os MFPC que utilizam mais recursos, quando considerados necessários, são aqueles que percecionam maior autoeficácia face às atividades que realizam (tabela 8). Pensamos que a PAE influencia as escolhas dos MFPC na procura de objetivos. As avaliações de autoeficácia de uma pessoa determinam o seu nível de motivação. É em função destas avaliações que a pessoa tem um incentivo para agir e decidir a direção das suas ações pelo facto de antecipar mentalmente o que pode fazer para obter resultados (Bandura, 1997;1993;1989).

Tabela 8. Correlação entre o nível global de PAE e as diferentes variáveis associadas ao processo de tomar conta em cada um dos momentos de avaliação [coeficiente de correlação de Spearman (rs)]

Momento de avaliação	Nível Global de PAE do MFPC	Valor de r_s	Valor de p
Início do percurso terapêutico (M1)	Nível global de dependência no autocuidado	0,46	0,02*
	Intensidade dos cuidados	-0,32	0,03*
Três meses após o início do percurso terapêutico (M2)	Nível de escolaridade	0,40	0,001*
	Idade do MFPC	-0,26	0,001*
Seis meses após o início terapêutico (M3)	Idade do MFPC	-0,25	0,03*
	Tempo de prestação de cuidados	0,33	0,005*
	Horas semanais de cuidados	0,26	0,02*
	Nível Global de dependência no autocuidado	0,26	0,02*
	Taxa global da utilização dos recursos	0,28	0,02*

$p < 0,05^*$

IV. Discussão

A evolução da PAE global do MFPC por cada domínio do autocuidado foi sempre positiva, ou seja, não se verificou qualquer evolução negativa entre M1 e M3. Os níveis de PAE do MFPC mais elevados, sempre acima da média global, registaram-se face à dependência do doente para “tomar banho”, “vestir-se e despir-se”, “alimentar-se”, “transferir-se” e “andar”. Os domínios do autocuidado onde os MFPC apresentaram níveis de PAE mais baixos foram

“virar-se”, “tomar medicação” e “colostomia”. Conscientes do número de dependentes, do tipo e nível de dependência na amostra do presente estudo, os resultados são concordantes com o estudo desenvolvido por Petronilho (2013).

Os níveis de PAE do MFPC face à dependência para “tomar medicação” e “colostomia” registaram sempre valores abaixo da média global. Tendo em conta o tipo e o nível de dependência dos doentes ao longo do percurso terapêutico, pensamos que estes dois domínios exigem aos MFPC mais conhecimentos e aquisição de habilidades para tomar conta, daí a percepção de menos competência.

Encontramos na literatura diferentes estudos que descrevem as necessidades dos familiares cuidadores de doentes com cancro (Given et al., 2012; Northouse et al., 2010; Given et al., 2008; Schumacher et al., 2006; Given et al., 2001). Estes estudos são unânimes em que, por um lado, a gestão do regime medicamentoso é um dos cuidados diretos assumidos pelo familiar, mas por outro esta gestão vai para além da administração do medicamento, ou seja, implica a reconhecimento por parte dos familiares cuidadores, dos efeitos que lhes estão associados. É na identificação dos efeitos secundários da medicação onde os familiares cuidadores manifestam maiores dificuldades. Pensamos estar perante resultados que dão consistência ao nosso estudo e que de alguma forma explicam os níveis de PAE do MFPC mais baixos face à dependência para “tomar medicação”. De alguma forma os relatos dos MFPC também corroboram com esta ideia:

Notas de Campo

“Lavar o meu marido, ajudá-lo a vestir é tudo muito fácil, mas tenho muito medo de não fazer as coisas bem com os medicamentos” MFPC7(M3)

“São muitos comprimidos que o meu pai toma, ele já era uma pessoa doente, mas antes tomava sozinho” MFPC9(M2)

“Os outros comprimidos que ele toma eu já estava habituada, agora isto dos medicamentos do enjoo e da quimioterapia... E se não faço bem” MFPC21(M2)

“Tenho a responsabilidade de dar os medicamentos ao meu marido, já o fazia antes, mas agora a quimioterapia, fico ansiosa” MFPC51(M3)

“É para a tensão, é para a diabetes, para o reumatismo, agora para os enjoos, para as dores, parece um farmácia, eu não sou enfermeira” MFPC103(M3)

A presença da colostomia é algo novo na vida do doente e do seu MFPC e que despoleta medos e ansiedades que decorrem do cuidar e da identificação de complicações. Os MFPC que cuidam de doentes com cancro colorretal com uma colostomia apresentam maiores níveis de depressão e ansiedade face aos doentes que não têm colostomia (Cotrim, 2007). Os relatos dos cuidadores corroboram com esta ideia:

Notas de Campo

“Da última vez que falamos o meu pai ainda ia ser operado, e agora tem o saco, ainda não estou preparada” MFPC10 (M2)

“Vou lá chegar para cuidar disto e vou conseguir, mas ainda não estou apta” MFPC11 (M1)

“Com ajuda da Sr^a enfermeira eu vou conseguir, mas ainda não estou operacional” MFPC21 (M2)

“Ainda preciso de saber mais para cuidar disto” MFPC36 (M3)

“Isto é tudo novo, um dia vou ser apta” MFPC59 (M3)

Relativamente à PAE dos MFPC para tomar conta em função dos “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores, verificámos que ao longo dos três momentos, globalmente os MFPC sentem-se “muito competentes” para “agir” e “providenciar cuidados”, sendo estes os processos de cuidar onde se registaram médias mais elevadas de PAE. A PAE do MFPC para “monitorizar”, “decidir”, “ajustar” e “aceder” situa-se ao longo dos três momentos de avaliação como “medianamente competentes”. Os “processos de cuidar” onde os MFPC se sentem como menos capazes são “trabalhar com a pessoa dependente” e “negociar com os serviços de saúde” e que ao longo do tempo apresentaram médias mais baixas de PAE.

Schumacher e colaboradores (2000) afirmam que os familiares cuidadores mais hábeis e mais ativos são aqueles que reconhecem com facilidade quando o doente precisa realmente de ajuda e que todo este processo é influenciado pelo relacionamento entre o cuidador e recetor de cuidados. “Trabalhar com a pessoa dependente” significa a partilha de cuidados relacionados com a doença (ibidem). Os MFPC da amostra demonstram dificuldade na partilha de cuidados com o doente por dois motivos, sendo o primeiro o de não agravarem os compromissos nos processos corporais e o segundo por recusa do doente em participar nos cuidados:

Notas de Campo

“Eu peço para ele não fazer nada, para não se cansar”
MFPC1(M1)

“Ele anda triste e assim quando cuida dele são mimos”
MFPC11(M2)

*“Eu não quero que ele se canse”*MFPC19(M2)

“Quando faz o tratamento se se mexe muito fica muito enjoado, então eu faço tudo” MFPC29(M3)

“O que vou fazer, ele não quer tratar do saco, tenho que o fazer eu” MFPC40(M3)

“Eu já nem insisto, ele diz logo que nem quer olhar, como é que vai fazer” MFPC46(M3)

“Em frente à Sr.^a enfermeira diz a tudo que sim, mas depois diz-me fazes tu” MFPC55(M3)

“Negociar com os serviços de saúde implica, por um lado, reconhecer que o doente foi atendido de forma adequada e que isto não depende exclusivamente dos familiares cuidadores, e por outro, que o familiar cuidador reconheça a necessidade de recorrer aos serviços de saúde (Schumacher et al., 2000). Parece residir nos MFPC a dúvida de quando recorrer aos serviços de saúde, ou seja, se as alterações na condição de saúde dos doentes implicam a necessidade dos profissionais de saúde, mesmo quando tenham sido instruídos nesse sentido. Os relatos abaixo corroboram com estes resultados:

Notas de Campo

*“Já tive que ir com o meu pai à Urgência, se calhar fui eu que não me apercebi a tempo”*MFPC39(M2)

*“Sinto dificuldade em ter a certeza se está realmente tudo bem”*MFPC43(M2)

*“Não posso estar sempre a olhar para ele, isto parece uma obsessão, mas o medo de acontecer alguma coisa e eu não perceber”*MFPC55(M2)

*“A minha maior dificuldade é estar atenta e ter a certeza que está tudo bem ou não”*MFPC68(M3)

*“Às vezes ele fica pior, a enfermeira disse que isso podia acontecer, mas eu fico na dúvida se é melhor telefonar”*MFPC78(M3)

Schumacher e colaboradores (2006) organizaram as exigências do cuidar do doente oncológico no seio da família em nove “processos de cuidar”. Os autores defendem que a avaliação das habilidades do familiar cuidador constitui

um indicador importante para os enfermeiros, na medida em que pode facilitar o exercício do papel. Assim a PAE pode ser definida como um indicador de processo na transição para o exercício do papel de MFPC. A utilização deste indicador permite aos enfermeiros por um lado identificar as dimensões do cuidar em que os MFPC se sentem menos competentes e por outro aumentar sua consciencialização para as reais necessidades em cuidados dos seus familiares. Neste sentido, considerámos a PAE uma variável importante no presente estudo. Em síntese, os MFPC que percecionam maior autoeficácia ao longo do tempo e face ao processo de tomar conta do doente com cancro colorretal dependente tendem a ser os que cuidam de doentes menos dependentes, que utilizam mais recursos, os que cuidam há mais tempo, os mais novos e com mais escolaridade.

A PAE tem provado ser um constructo bastante versátil, com aplicações em diversas áreas, desde a psicologia, à educação, às organizações e ao controlo e manutenção da saúde (Martins & Ribeiro, 2008). É definido como o julgamento que o indivíduo faz acerca das suas capacidades para a realização de uma tarefa específica (Bandura, 1997). Trata-se de uma avaliação ou percepção pessoal quanto à própria inteligência, habilidades e conhecimentos (Bzuneck, 2006).

A avaliação da PAE pode constituir um indicador importante face ao processo de transição vivido pelo MFPC. Isto porque níveis diversos de autoeficácia podem promover ou limitar a motivação para agir, supondo-se que uma autoeficácia elevada relaciona-se com melhor saúde, realização escolar ou integração profissional, em suma, melhores perfis de participação social (Martins et al., 2008).

V. CONCLUSÕES

A pessoa motivada envolve-se no processo de transição, tem vontade de aprender e cria expectativas positivas face aos objetivos. A percepção de autoeficácia interfere na motivação, pelo que serve de referência para que o indivíduo estabeleça metas e controle os esforços em relação ao que tem que realizar (Bandura, 1889). Os resultados desta investigação mostram que ao longo dos seis meses de avaliação os MFPC mostram-se competentes para a realização das atividades inerentes ao processo de tomar conta tendo em conta o tipo e a dependência dos doentes da amostra. Este nível de competência percecionado pelos MFPC poderia traduzir uma evolução positiva na transição. Con-

tudo estamos conscientes que a avaliação da percepção de autoeficácia se limita às atividades realizadas pelos MFPC face à dependência para o autocuidado. Tendo em conta o perfil de cuidados assumidos por estes cuidadores, fica a descoberto um conjunto de atividades em que desconhecemos a autoeficácia percebida pelos MFPC, nomeadamente na monitorização de sinais e sintomas e na gestão da dieta. Apesar disto continuámos a defender que a avaliação da percepção de autoeficácia constitui um indicador importante para os enfermeiros na monitorização da transição para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados de um doente com cancro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1989). Social Foundations of Thought & action. *American Psychologist*, 44, pp. 1175-1184.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-efficacy in cognitive Development and Functioning. (3^{ed} ed., Vol. 28). *Educational Psychologist*.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. *The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bzuneck, J. A. (2006). A motivação do aluno: Contribuições da Psicologia Contemporânea. Petrópolis: Vozes.
- Campos, J. (2008). Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado - impacto da acção do enfermeiro no processo de transição. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre pela Universidade Católica Portuguesa.
- Cotrim, H. (2007). Impacto do Cancro colorectal no doentes e cuidadores/família: Implicações para o cuidar. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel salazar, Porto.
- Duque, H. (2009). O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros. Tese de Mestrado em Enfermagem Avançada pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa., Porto.
- Fletcher, B., Miskowski, C., Given, B., & Schumacher, K. (2012). The Cancer family caregiving experience :An update and expanded conceptual model. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, pp. 387-398. doi:10.1016
- Given, B., Given, C., & Kozachik, S. (2001). Family Support in Advanced Cancer. *Cancer Journal Clinic*, 51, pp. 213-231.
- Given, B., Given, C., & Sherwood, P. (2008). What Knowledge and Skills do Caregivers need? *Journal of Social Work Education*, 44, pp. 115-123.
- Given, B., Given, C., & Sherwood, P. (Março/Abril de 2012). Family and Caregiver Needs over the course of the cancer Trajectory. *The Journal of Supportive Oncology*, 10. doi:10.1016/j.suponc.2011.10003
- Given, B., Jeons, S., Sherwood, P., & Rahbat, M. (2006). The impact of providing symptom management assistance on caregiver reaction: Results of a randomized trial. *Journal of pain and symptom management*, 32, pp. 433-442. doi:10.1016
- ICN. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Imaginário, C. (2002). O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau.
- Lage, M. I. (2007). Avaliação dos cuidados aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto., Porto.
- Leão, A. (2012). A percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados após o internamento do familiar dependente. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Leite, P. (2012). Avaliação da percepção da autoeficácia do prestador de cuidados. Dissertação de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica entregue à Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Martins, T. (2011). A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do Concelho de Lisboa: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa., Lisboa.
- Matias, L. (2011). Tomar conta de dependentes em casa: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados pelos membros da família prestadores de cuidados no concelho de Lisboa. Dissertação apresentada ao Instituto da saúde da universidades Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre.
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: Middle-range and Situation-Specific. *Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Neves, S. P., & Faria, L. (2009). Auto-conceito e auto-eficácia: Semelhanças, Diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, pp. 206-218.
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. W. (Setembro/Outubro de 2010). Interventions With Family Caregivers of cancer patients: Meta-Analysis of randomized Trials. *Cancer Journal of Clinicians*, pp. 317-339. doi:10.3322/caa.20081
- Pereira, F. (2007). Informação e Qualidade do Exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo Empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem. Dissertação da tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Porto pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Petronilho, F. (2013). A alta hospitalar do doentes dependente no autocuidado: Decisões, Destinos; padrões de assistência e de utilização de recursos. Estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e no familiar cuidador. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem pela Universidade de Lisboa.
- Pinto, C. (2007). Cuidados prestados pelo cuidador informal. Como promover a sua proficiência? Dissertação para obtenção ao grau de mestre em oncologia entregue ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar pela Universidade do Porto.
- Queirós, C. (2011). Avaliação da percepção da autoeficácia do membro da família prestador de cuidados que cuida da pessoa dependente no concelho do Porto. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Avançada.
- Schumacher, K., Bleidler, S., Beeber, A. S., & Gambino, P. (2006). A Transactional Model of Cancer family caregiving skill. *Advances in Nursing Science*, 29, pp. 271-286.
- Schumacher, K., Stewart, B., Archold, P., Dodd, M., & Dibble, S. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23, pp. 191-203.
- Silva, A. P. (2007). "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, pp. 11-20.
- Silva, R. (2011). A dependência no autocuidado nos seios das famílias clássicas no Concelho do Porto: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada pelo instituto de Ciências da saúde da Universidade Católica Portuguesa., Lisboa.
- Taylor, C. (2008). Supporting the carers of individuals affected by colorectal cancer. *British Journal of Nursing*, 17.
- Zulkosky, K. (2009). Self-Efficacy: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 44.