

---

# Tradução e Validação do **Consequences of Care Index**

## Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador \*

Catarina Isabel dos Reis Silva Garcia. Mestre e Doutoranda em Ciências de Enfermagem. Enfermeira no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão: Unidade de Lesões Vértebro-Medulares.

*O tema deste trabalho foca uma problemática da prática de enfermagem: avaliar o stress ou sobrecarga do prestador de cuidados. Devido ao aumento da esperança média de vida (impacto do envelhecimento da população), prevalência e aparecimento de doenças crónicas (mudança do perfil de patologias), ao aparecimento de novas medidas terapêuticas e tecnológicas, existem cada vez mais pessoas dependentes que necessitam de ajuda ou supervisão nas actividades básicas ou nas actividades instrumentais da vida diária, requerendo assim a presença de um familiar cuidador (FC).*

*Face à exposição contínua e repetida a um conjunto de factores negativos, os familiares cuidadores poderão manifestar, a médio prazo, sobrecarga física, emocional, social e financeira.*

*O Consequences of Care Index (CCI) é um dos instrumentos que avalia a sobrecarga ou risco de sobrecarga dos cuidadores (Kosberg e Cairl, 1986).*

*O presente trabalho, consistiu num estudo metodológico e teve por objectivo avaliar as características psicométricas de uma versão traduzida e adaptada do CCI, que em português se designou por Índice de Consequências da Prestação de Cuidados (ICPC).*

*Foi utilizado o programa SPSS versão 13.0. Numa primeira etapa, os dados foram explorados através de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e dispersão e seguidamente, para a análise de cada uma das dimensões do ICPC, usou-se a propriedade do SPSS que permite construir novas variáveis a partir de valores das variáveis já existentes.*

*A versão traduzida do CCI, o ICPC, mostrou ser um instrumento adequado para avaliar a sobrecarga física, emocional, social e financeira dos cuidadores tendo sido bem aceite pelos participantes. O ICPC reuniu um conjunto de características psicométricas que permitem assegurar a sua validade e fidelidade. A versão portuguesa estudada revelou uma boa consistência interna em todas as sub-escalas, ou seja, cada sub-escala reúne um conjunto de questões interrelacionadas em que cada item contribui para avaliar uma dimensão específica da sobrecarga física, emocional, social e financeira dos cuidadores.*

**Palavras-chave:** prestador de cuidados, sobrecarga do prestador de cuidados, propriedades psicométricas, estudo metodológico

---

<sup>2</sup> Este artigo de investigação é extraído da tese para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa (2007).

*This research article is about one of the greatest nursing concerns: evaluating the caregiver's burden or the stress derived from family care giving of dependent individuals. Due to the increase of the life expectancy (impact of the ageing of the population), predominance and appearance of chronic illnesses (change in the profile of pathologies), appearance of new therapeutic measures, there's an increase in the number of dependent people in need for help or supervision in the basic or instrumental activities of the daily living, oftenly demanding the presence of a family caregiver. Facing a continuous exposure to an assembly of negative factors the family caregiver will show, in time, financial, social, emotional, and physical burden.*

*One of the most known instruments to determinate the risk of caregiver burden is Kosberg's Consequences of Care Index (CCI). The presented work consisted of a methodological study and had the main goal to evaluate the psychometric characteristics of a translated and adapted version of the CCI into Portuguese. The objectives of this work are: translation and adaptation of the CCI into Portuguese language and evaluation of its psychometric characteristics.*

*We used the SPSS program (13th version). Initially, the data were explored through descriptive statistics, namely measures of central tendency and dispersion and secondly we analyzed each of the dimensions of the CCI, using the SPSS applications to build news variables. The translated version of the CCI, named ICPC (Portuguese initials) showed to be a valid instrument to evaluate the social, emotional, physical and financial burden of caregivers and it has been well accepted by the participants. In this study, it has been shown the ICPC's reliability and the instrument has revealed a good internal consistency in all its sub-scales, meaning that each sub-scale includes a number of interrelated questions specifically evaluating dimensions of the social, emotional, physical and financial caregiver's burden.*

**Keywords:** caregiver, caregiver burden, psychometric properties, methodological research

## INTRODUÇÃO

O Decreto-Lei 101/2006 de 06 de Junho, criou a Rede Nacional de Cuidados Integrados. A criação desta Rede constituiu uma reforma que segundo as previsões dos seus responsáveis levaria cerca de 10 anos a ser implementada. Entretanto verificou-se já alguma articulação de diferentes instituições de prestação de cuidados para suplantar os défices de apoio aos utentes na comunidade.

Os objectivos desta rede incluem várias orientações para o apoio a pessoas funcionalmente dependentes no domicílio, bem como ao familiar cuidador (FC) principal dessas pessoas, nomeadamente:

“manutenção das pessoas (com perda de funcionalidade ou em risco de a perder) no domicílio, sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados à situação do doente; apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação

dos cuidados; prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos” (Campos, 2006)

Os enfermeiros terão um papel central nesta nova rede de cuidados, quer nas equipas de gestão de alta hospitalar, de acompanhamento familiar nos centros de saúde, ou centros de reabilitação. A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros (Campos, 2006) acrescentou que, a maioria dos cuidados a prestar nesta rede serão cuidados de enfermagem e que por isso os enfermeiros terão de ser responsabilizados pela gestão de casos e contudo terão de saber articular e coordenar o seu trabalho com médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. Assim, deve esperar-se que os enfermeiros sejam capazes de considerar e integrar na sua prática os resultados das mais recentes investigações empíricas. Neste sentido, que intervenções de enfermagem no planeamento da alta clínica têm maior impacto na redução de gastos ou na melhoria da qualidade de vida do doente? A avaliação rigorosa do grau de dependência físico e social do utente e respectivo planeamento de cuidados? As intervenções de ensino/formação aos cuidadores? Ou a coordenação de trabalho com outros recursos de apoio no regresso ao domicílio/comunidade? A complementaridade das intervenções anteriores? Como e em que momentos se integram as intervenções?

Este é apenas um exemplo de um campo de trabalho em que os enfermeiros operam e que se encontra ainda por explorar.

Se os cuidados de enfermagem não forem dirigidos ao cuidador principal ou à pessoa que possui maior capacidade e disponibilidade para desempenhar o papel de cuidador, a eficácia dos mesmos pode ser comprometida. Da mesma forma todas as intervenções de enfermagem devem estar adequadas às potencialidades e dificuldades da *diade* utente e prestador de cuidados.

Os FC representam um benefício significativo para a sociedade mas os custos associados a esse papel pode gerar enorme stress nos cuidadores. Sabe-se que, muitas vezes, quando os recursos do FC se esgotam a opção é a institucionalização do familiar dependente. Muitas questões se levantam quanto à acção do enfermeiro junto dos familiares que prestam cuidados: Será que estes interiorizam o que as instituições de saúde esperam deles? Aceitam essa responsabilização, sem quaisquer apoios? Como é que os enfermeiros avaliam esta situação? Que dados o enfermeiro pesquisa para diagnosticar a adequação/inadequação dos cuidados prestados pelo FC? Que suporte é dado aos FC para que possam delegar tarefas a outros cuidadores informais diminuindo a sua sobrecarga e evitar exaustão?

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE,2005:63) identifica o “papel do Prestador de Cuidados” como sendo “um tipo de interacção de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família”.

Anderson, Linto e Stewart-Wynne e Elmståhl, Malmberg e Annerstedt (cit. por Martins, 2004: 83), adoptou o termo “cuidador informal” referindo-se ao indivíduo, familiar ou amigo, que assegura a maior parte dos cuidados que o doente requer no domicílio. A designação de cuidador informal surgiu para distinguir as pessoas que assumem o exercício da prestação de cuidados a outrem (familiar ou pessoa significativa), opondo-se ao profissional que tendo optado voluntariamente, recebeu preparação académica ou profissional e é remunerado (Martins,2004).

Neri (cit. por Martins, 2004) agrupa em quatro domínios as actividades que os FC habitualmente executam: “(1) suporte em actividades instrumentais da vida diária, nomeadamente arrumar e limpar a habitação, preparar as refeições, fazer compras, pagar contas, etc.; (2) assistir nas dificuldades funcionais de autocuidado, como dar banho, assegurar a higiene pessoal, vestir, alimentar ou deambular; (3) apoiar emocionalmente o doente, fazer companhia, conversar; e (4) lidar com as pressões decorrentes do papel de cuidador.”

Na CIPE (2005:51) designa-se por “stresse do prestador de cuidados” a “um tipo de *coping*

com as características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados (1999).”

Zarit et al. (cit. por Visser-Meily et al., 2004) referem que a prestação de cuidados é stressante e pode ter efeitos negativos nos membros da família que prestam cuidados. Chou et al. (1999, 2006) citando Evans, Bishop e Ousley (1992) referem que o número de membros de famílias que experimenta altos níveis de sobrecarga aumentou para o dobro no início do século XXI. Alguns autores evidenciam que muitas famílias confrontam-se com a perda de emprego ou perda de regalias no emprego associadas ao papel de cuidador, bem como sentimentos de culpa, falta de esperança, entre outros.

Segundo Ybema et al. (2002) são vários os factores que influenciam o fenómeno de sobrecarga subjectiva, entre eles o género, a natureza da doença/disfunção da pessoa alvo dos cuidados, a qualidade percebida da relação entre ambos, cuidador/pessoa a quem se cuida, apoio recíproco por parte da pessoa cuidada, entre outros.

Quanto às limitações físicas da pessoa cuidada, os estudos são inconclusivos: enquanto alguns reportam que aquelas não influem determinadamente nos fenómenos de cansaço e exaustão do prestador (Zarit et al., cit. por Ybema et al. 2002), outros autores descrevem correlação directa. Os sintomas depressivos parecem ter uma estreita relação influenciando negativamente o bem-estar do cuidador.

O cansaço pode diminuir com o tempo de prestação de cuidados, o que pode dever-se a um melhor ajustamento à condição de prestação destes ao longo do tempo (Clipp & George, referidos por Ybema et al., 2002).

Determinar o risco de sobrecarga do FC é designar a probabilidade deste manifestar sinais de fadiga ou exaustão no desempenho do seu papel.

Segundo Yin, Zhon, Bashford (2002) existem vários instrumentos para avaliar a sobrecarga do prestador de cuidados; os mais conhecidos são a Burden Interview de Zarit, Reever, e Bach-Peterson (1980), o Caregiver Strain Index de Robinson (1983), o The Caregiver Burden Inventory de Novak e Guest (1989), e a Subjective and Objective Burden Scale de Montgomery, Gonyea e Hooyman (1985). Entre estes, o primeiro, é o mais citado e usado por outros investigadores.

Além dos instrumentos referidos, em 1984, Kosberg, Cairl e Keller desenvolveram um instrumento de avaliação do risco de exaustão do prestador de cuidados que pretende avaliar a sobrecarga instalada mas também a que pode vir a instalar-se. Assim, torna-se o único instrumento desenhado para prever o risco de sobrecarga e poder ser aplicado ainda antes de o FC estar efectivamente a prestar cuidados, mas que permite antever quais serão as principais dificuldades que virão a ser sentidas. Este motivo permite-nos aplicar o instrumento ao FC ainda antes do seu familiar dependente ter alta clínica de um internamento, sendo por isso vantajoso na avaliação de pessoas em risco.

Em 1986, os autores definiram 5 dimensões de factores influentes na sobrecarga do cuidador:

- **restrições pessoais e sociais** (alterações do estilo de vida pessoal e social em termos de relações);
- **saúde física e emocional familiar** (deterioração do estado clínico da pessoa cuidada, cuidador ou da relação entre familiares);
- **valor atribuído à prestação de cuidados** (algumas famílias podem sentir que o esforço necessário para manter um idoso ou uma pessoa dependente em casa “não vale a pena”, cuidar de um jovem pode, em algumas culturas, ser mais valorizado do que cuidar de um idoso ou doente);
- **provocação sentida** (algumas características da pessoa alvo de cuidados como a personalidade ou a manipulação podem aumentar a tensão entre a diáde); e
- **custos económicos** (referem-se à manutenção de um membro familiar com requisitos de saúde ou se existir um cuidador auxiliar remunerado pela família e também pela dificuldade

em assegurar o emprego do cuidador caso tenha de estar presente em casa muito tempo).

Face ao exposto, procurou dar-se resposta às seguintes questões que vão de encontro aos objectivos do trabalho: 1- O “Índice de Consequências da Prestação de Cuidados” é válido para identificar os prestadores em risco de sobrecarga? 2- O “Índice de Consequências da Prestação de Cuidados” é fidedigno/fiável na identificação dos prestadores em risco de sobrecarga?

## METODOLOGIA

Segundo a classificação de Polit (2004), o presente estudo é um estudo quantitativo de investigação metodológica que procura a avaliação das propriedades psicométricas de uma escala.

### Amostra

Os participantes no estudo, para validar esta escala, foram os FC principais de indivíduos com diagnósticos clínicos variáveis (AVC, traumatismo cranio-encefálico e/ou lesões vértebro-medulares, entre outros) com limitações severas na autonomia para as actividades de vida diária (AVD), avaliadas através da Escala Modificada de Rankin, num grau superior ou igual a 4. A amostra, de conveniência, foi seleccionada na comunidade e compreendeu 159 FC a quem se aplicou os questionários. Este valor está de acordo com as recomendações de Anastasi (cit. por Martins, 2004) que refere que o tamanho da amostra deve ser calculado com bases em 5 a 10 indivíduos por cada item do instrumento a ser validado.

### Procedimentos

#### *Materiais usados*

Para além do ICPC utilizou-se um questionário sócio-demográfico para caracterizar os FC e o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI). O QASCI (Martins, 2004) integra 32 itens, avaliados por uma escala ordinal que varia de 1 a 5. Conta de 7 dimensões: Implicações na Vida Pessoal do Cuidador (11 itens); Satisfação com o Papel e com o Familiar (5 itens); Reacções a Exigências (5 itens); Sobrecarga Emocional Relativa ao Familiar (4 itens); Suporte Familiar (2 itens); Sobrecarga Financeira (2 itens); e Percepção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo (3 itens).

O **Índice de Consequências do Prestador de Cuidados** (Kosberg e Cairl, 1986) é um instrumento auxiliar de diagnóstico da sobrecarga do prestador de cuidados, que contém 20 itens, distribuídos por cinco sub-escalas com quatro itens cada (Quadro 1).

A pontuação global do ICPC, varia entre 20 e 80 pontos, em que o valor 20 corresponde a uma sobrecarga mínima ou nula, e 80 corresponde ao mais elevado nível de sobrecarga. Cada dimensão pode atingir valores entre 4 a 16. Uma vantagem deste instrumento é que pode ajudar a determinar os factores que o familiar cuidador considere adversos (ou que preveja antecipadamente poderem vir a tornar-se adversos).

#### *Tradução e adaptação do Consequences of Care Index*

A tradução para português do “Consequences of Care Index” teve três momentos: 1- elaborou-se uma tradução “à letra” do texto integral da escala e sua chave de interpretação, no Instituto Superior de Línguas e Administração de Lisboa. 2- traduziu-se a escala pela investigadora, e separadamente pela sua orientadora de tese e finalmente, 3- através da técnica de reflexão falada, foram comparadas as três traduções, isolando cada questão, por forma a seleccionar a versão mais congruente com o ambiente/cultura da prestação de cuidados.

#### *Procedimentos no tratamento estatístico*

Utilizou-se o programa SPSS versão 13.0. Numa primeira etapa, os dados foram explorados através de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e dispersão. Para a análise de cada uma das dimensões do QASCI e do ICPC, usou-se a propriedade do SPSS que permite construir novas variáveis a partir de valores das variáveis já existentes. A força de associação entre variáveis contínuas foi calculada através de correlação de Pearson. Tendo em conta as argumentações de alguns autores quanto à leitura dos valores de  $r$  considerámos correlações fracas  $r \leq 0,2$ ; correlações moderadas  $0,2 < r \leq 0,4$  e correlações fortes  $r > 0,4$ . Segundo aqueles autores, em

ciências sociais e do comportamento, as relações entre variáveis tendem a ter pouca expressividade, sendo admissível estipular valores mais baixos do que os sugeridos por Pestana e Gageiro (2003). O teste “t de Student” foi usado para analisar as diferenças das médias da sobrecarga obtida em cada uma das dimensões e a presença ou ausência de uma determinada característica socio-demográfica (avaliada por uma variável nominal). Este teste só pode ser usado quando a comparação entre grupos é dicotómica.

**Quadro 1 – ICP e suas sub-categorias segundo Kosberg e Cairl (1986)**

<b>Restrições Pessoais e Sociais</b>
4-Sinto que não tenho/terei tempo suficiente para mim próprio, por estar a cuidar do meu familiar
9-Sinto que as relações familiares estão/vão ficar mais tensas por estar a cuidar do meu familiar.
11-Sinto que o meu familiar/pessoa dependente alterou/vai alterar a rotina em minha casa.
19-Sinto que os meus amigos e amigos da família podem não vir a minha casa devido ao meu familiar.
<b>Problemas físicos ou emocionais</b>
3-Sinto que cuidar do meu familiar afectou ou afectará negativamente a minha saúde ou da minha família
8-Sinto que cuidar do meu familiar me alterou/vai alterar o apetite.
14-Sinto que cuidar do meu familiar me causa/vai causar-me muito cansaço
18-Sinto que cuidar do meu familiar me tornou/pode tornar ansioso.
<b>Custos económicos</b>
5-Sinto que gasto/vou gastar as minhas poupanças para cuidar do meu familiar.
10-Sinto que a minha família e eu abdicamos/vamos ter de abdicar de outras necessidades devido às despesas de cuidar o meu familiar.
15-Sinto que a minha família não pode/não poderá ter as mesmas regalias devido às despesas com o meu familiar
20-Sinto que cuidar do meu familiar é/vai ser demasiado caro/dispendioso.
<b>Valor atribuído à prestação de cuidados</b>
1-Sinto que fazer o meu familiar sentir-se importante e querido não vale/valerá a pena
6-Sinto que satisfazer as necessidades de saúde do meu familiar não é ou não será recompensador.
13-Sinto que satisfazer as necessidades diárias do meu familiar não vale/valerá a pena.
17-Sinto que satisfazer a necessidade de companhia do meu familiar não vale/valerá a pena.
<b>Provocação sentida</b>
2-Sinto que o meu familiar é/será excessivamente exigente e difícil de cuidar
7-Sinto que o meu familiar tenta/tentará manipular-me.
12-Sinto que cuidar do meu familiar tem causado ou causará irritação a mim ou à minha família
16-Sinto que o meu familiar solicita/vai solicitar cuidados desnecessariamente

#### *A validação do ICPC*

A fidelidade do instrumento nomeadamente a sua consistência interna foi determinada pelos valores Alfa de Cronbach. A consistência interna dá a noção como é que os itens de cada dimensão se correlacionam entre si. A validade convergente foi estudada através da correlação do ICPC com o QASCI. As correlações foram calculadas através do coeficiente de correlação de Pearson. A validade de constructo foi analisada através da análise factorial para avaliar a validade das variáveis constituídas por um determinado conjunto de factores, informando-nos se medem ou não os mesmos conceitos.

#### *Considerações éticas*

Foram emitidas cartas de solicitação de autorização às direcções de enfermagem para aplicação dos questionários, para cada um dos locais de recolha de dados, bem como a explicação dos instrumentos e os procedimentos a aplicar. Foi dado a conhecer previamente o procedimento para a aplicação do formulário aos participantes, bem como o conteúdo das questões. Aos participantes, após esclarecimento sobre os objectivos foi garantido o anonimato e a confidencialidade. Foi solicitado ao autor do CCI, Professor Jordan Kosberg, a sua autorização formal para traduzir e adaptar a sua escala para a língua portuguesa.

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Participaram neste estudo 159 cuidadores da Região da Grande Lisboa, na grande maioria, 74,8% (119) do sexo feminino, apresentando uma média de idades de 54,8 anos (DP=15,8). A idade mínima foi 19 e a máxima 86 (Gráfico 1). Quanto ao estado civil, 73,6% (117) dos participantes entrevistados eram casados. Na maioria apresentavam uma baixa escolaridade (Gráfico 2). Grande parte dos cuidadores em estudo, ou seja 45,9% (73) não exercia qualquer actividade profissional devido a situação de reforma ou desemprego, ou por serem “domésticas”. Quanto ao grau de parentesco, os filhos são a maior categoria (40,9%). A distribuição dos FC por duração da actividade de prestação de cuidados, em anos, está graficamente representada no Gráfico 3, sendo a categoria mais frequente a dos FC que estão a prestar cuidados há menos de um ano, ou há um ano. Encontrou-se apenas um FC a prestar cuidados ao seu familiar há mais de 20 anos.

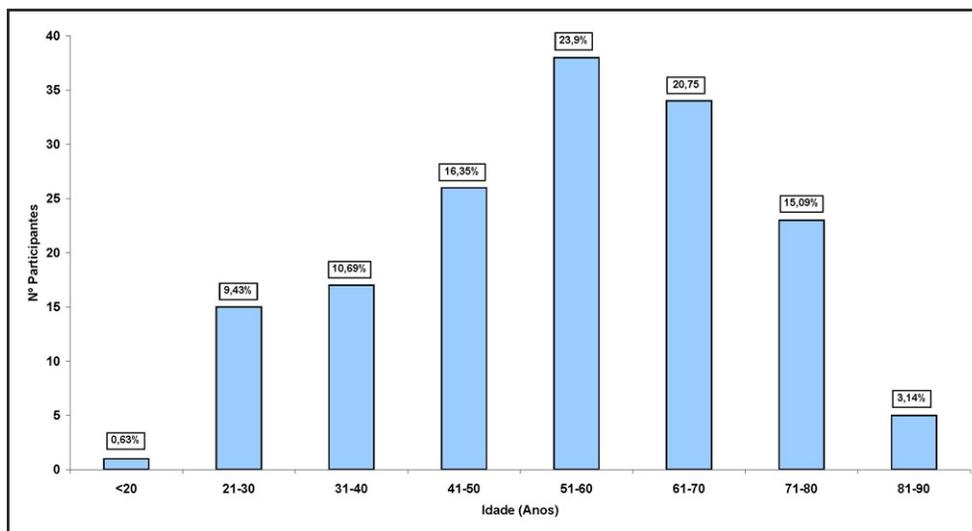


Gráfico 1 – Distribuição da amostra pela idade

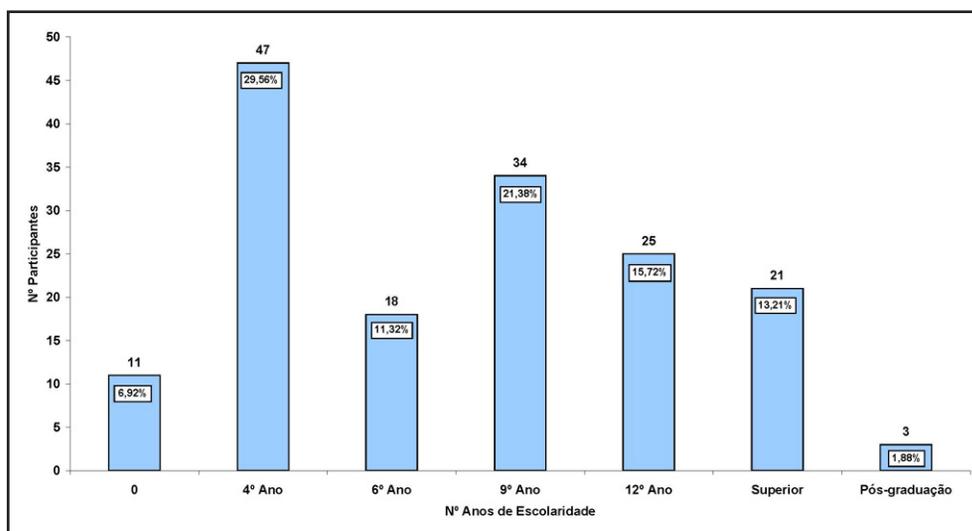
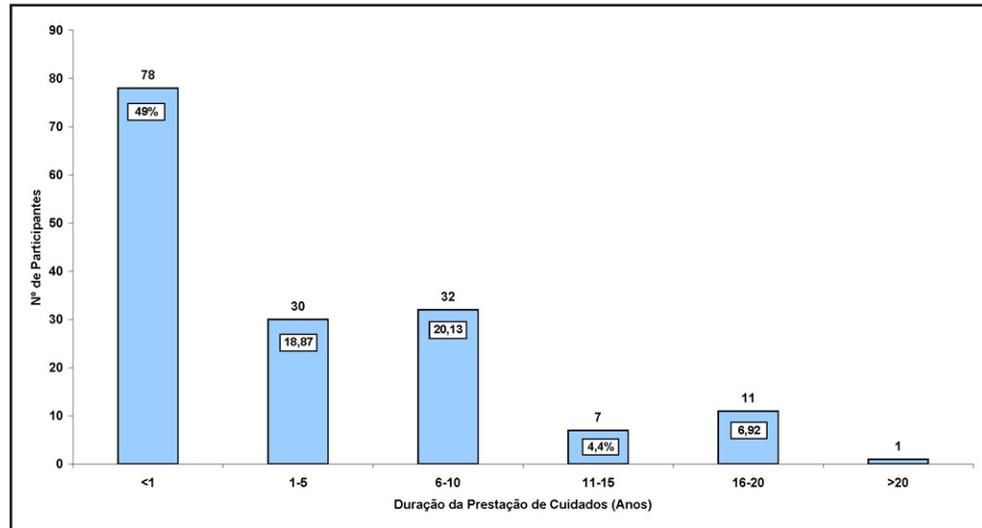


Gráfico 2 – Distribuição da amostra por categorias de escolaridade

A actividade profissional foi categorizada segundo a classificação do Instituto Nacional de Estatística, sendo acrescentadas as categorias: domésticas, reformados, estudantes e desempregados. A distribuição da amostra segundo a afinidade familiar com o utente revelou que cerca de 41% (65) dos cuidadores eram filhos ou filhas da pessoa dependente; 32,1% (51) eram cônjuges da pessoa dependente; 8,2% (13) eram pai ou mãe da pessoa dependente; 17% (27) dos

cuidadores tinham outro grau de parentesco (sobrinhos, avós, nora/genro, etc.).

A distribuição da amostra segundo o número de horas de prestação de cuidados diários mostrou-nos que 20% (32) referiram despendir até 4 horas, 52% (82) despendiam entre 5 a 10 horas, 27% (43) referiam ser necessárias as 24 horas de vigilância, o que implica uma adaptação às actividades de vida do doente.



**Gráfico 3 – Distribuição da amostra por categorias de tempo de prestação de cuidados dos participantes**

Quanto ao tempo de exercício do papel de prestador de cuidados a amostra foi distribuída em seis categorias como se pode ver no Gráfico 3.

**Quadro 2 – Análise de componentes principais (análise factorial)**

Análise dos Componentes Principais		Componentes Extraídos				
Ítems		1	2	3	4	h <sup>2</sup>
14	Sentir-se fisicamente cansado	0.76				0.63
8	Apetite alterado	0.74				0.52
18	Ansiedade aumentada	0.72				0.59
3	Saúde pessoal e/ou familiar afectada	0.69				0.51
4	Tempo insuficiente para si próprio	0.55	0.36			0.76
11	Rotina doméstica alterada	0.54	0.42			0.63
19	Impossibilidade de receber amigos	0.47			0.32	0.65
5	Dispêndio de poupanças destinadas a outros fins		0.84			0.60
10	Renúncia a gastos pessoais em benefício do familiar		0.84			0.42
15	Renúncia a regalias familiares em benefício do familiar		0.80			0.76
20	Incapacidade para suportar as despesas		0.74			0.58
1	Importância de fazer o familiar sentir-se querido e importante			0.78		0.51
13	Importância de satisfazer necessidades diárias do familiar			0.78		0.66
6	Importância de satisfazer as necessidades de saúde do familiar			.75		0.63
17	Importância de companhia/relação com o familiar			.64		0.75
7	Sentimento de ser manipulado				0.80	0.52
2	Sentimento de exigência excessiva				0.67	0.43
16	Sentimento de solicitação desnecessária				0.62	0.65
9	Emergência de tensões familiares	0.33			0.49	0.45
12	Sentimento de irritação pessoal ou familiar	.30	.38		0.46	0.67
Variância explicada		35.1	12.0	6.6	5.8	
Valores próprios ou específicos		7.0	2.4	1.3	1.2	

A versão portuguesa estudada revelou uma boa consistência interna em todas as sub-escalas, ou seja, cada sub-escala reúne um conjunto de questões interrelacionadas em que cada item contribui para avaliar uma dimensão específica da sobrecarga física, emocional, social e financeira dos cuidadores (alpha de Cronbach acima de 0,6 para cada item; alpha de Cronbach global de 0,89; alpha de Cronbach obtido pelo próprio autor = 0,885)

A análise de componentes principais sugere a existência de quatro componentes. A primeira componente extraída junta duas sub-escalas “Problemas físicos e emocionais” e “Restrições pessoais e sociais”. Finalmente, um olhar crítico sobre a estrutura factorial encontrada parece fazer sentido a junção das duas sub-escalas uma vez que estas se correlacionam fortemente entre si ( $r=0,7$ ). Como se pode verificar no Quadro 2.

As fortes correlações encontradas com quatro sub-escalas do QASCI, instrumento estudado e validado para a população portuguesa, permitem ajuizar sobre a validade convergente do ICPC: ( $r(159) = 0,77; p = 0,0001$ ) reacções pessoais e sociais /implicações na vida pessoal do cuidador; ( $r(159) = 0,65; p = 0,0001$ ) reacções pessoais e sociais/sobrecarga emocional; ( $r(159) = 0,78; p = 0,0001$ ) provocação sentida/reacções a exigências; ( $r(159) = 0,68; p = 0,0001$ ) sobrecarga financeira/custos económicos.

## CONCLUSÃO

A versão traduzida do CCI mostrou ser um instrumento adaptado para avaliar a sobrecarga física, emocional, social e financeira dos cuidadores. O ICPC foi bem aceite pelos participantes. Aquando da entrevista para recolha de informação os cuidadores mostraram compreender e interpretar de forma correcta as questões. Em parte devido à simplicidade da linguagem utilizada na sua formulação linguística, bem como ao cuidado na estruturação das questões. O ICPC reuniu um conjunto de características psicométricas que permitem assegurar a sua validade e fidelidade. Este instrumento tem a particularidade exclusiva de poder ser usado com uma população de familiares cuidadores que ainda não iniciou a prestação de cuidados directos no domicílio, podendo identificar possíveis obstáculos ao desempenho dos cuidadores que estes prevejam de antemão.

Os resultados encontrados na sobrecarga física, emocional, social e financeira, nomeadamente na diferenciação por sexo, idade, escolaridade, situação profissional e apoio social, vêm de encontro aos resultados apurados pela aplicação do QASCI a outros estudos realizados nesta área. Numa potencial rede de cuidados integrados, a coordenação de serviços terá de ocorrer com base no uso dos mesmos instrumentos de avaliação, para efeitos de comparação, monitorização e investigação acerca da situação da população em diferentes regiões. Por outro lado, sabe-se que apenas um instrumento de avaliação não é suficiente para avaliar com rigor cada situação individual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, A. C.- Apresentação da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde. Intervenção do Ministro da Saúde na apresentação da Rede de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa, 2006, disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/>

CHOU, K.R.; LAMONTAGNE, L.L.; HEPWORTH – Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan, *Nursing Research*, 48, 4 (Julho/Agosto 1999), p.206-213.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Beta 2, Lisboa, IGIF/Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-98149-5-3.

DECRETO-LEI Nº 101/2006. 6 Junho. Rede nacional de cuidados integrados. *Diário da República* nº 109 (1ª série), p.3856-3865.

KOSBERG, J. I.; CAIRL, R. E. – The cost of care index: a case management tool screening informal care providers, *The Gerontologist*, 26, 3, (1986), 273-278.

KOSBERG, J. I. – Preventing elder abuse: identification of high risk factors prior to placement decisions, *The Gerontologist*, 28, 1, (1988) p. 43-50.

KOSBERG I., CAIRL, R. E., & KELLER, D. M. - The development and use of the cost of care index: Predicting the likelihood of elder abuse by informal care providers. Paper presented at Second National Violence, Research Conference, Durham, NH, 1984.

MARTINS, A. T. – Acidente vascular cerebral : qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Porto, Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, 2004.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 3ª Ed, Lisboa, Edições Sílabo, 2003, ISBN: 972-618-297-2.

POLIT, D.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed., Porto Alegre, Artmed, 2004.

VISSER- MEILY, J.M.A. et al. - Measures used to assess burden among caregivers of stroke patients: a review. *Clinical Rehabilitation*, 18, (2004), p. 601-623.

YIN, T.; ZHOU, Q.; BASHFORD, C. – Burden on family members caring for frail elderly: a meta-analysis of interventions. *Nursing Research*, 51, 3 (2002), p. 199-208.

YBEMA, JF. et al – Caregiver burnout among intimate partners of patients with a severe illness: an equity perspective. *Personal Relationships*, 9, (2002), 73-88, disponível em: [www.blackwellpublishing.com/content/BPL/Images/journal\\_samples/pere1350-4126~9~1~005/005.pdf](http://www.blackwellpublishing.com/content/BPL/Images/journal_samples/pere1350-4126~9~1~005/005.pdf)

Contacto:  
garciacatarina@gmail.com