

**Instituto Superior Miguel Torga
Escola Superior de Altos Estudos**

**Contributo Preliminar à Adaptação e Validação da Escala CASI
para Cuidadores Formais de Pessoas com Demência**



Daniela Dinis de Albuquerque Rodrigues

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, Novembro de 2013



Escola Superior de Altos Estudos

**Contributo Preliminar à Adaptação e Validação da Escala CASI
para Cuidadores Formais de Pessoas com Demência**

Daniela Dinis de Albuquerque Rodrigues

Dissertação de Mestrado
para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica
Ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques

Coimbra, Novembro de 2013

Imagem de capa

Acedida a 10 de Novembro de 2013 em

<http://www.abrazsp.org.br/abraz.html>

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de forma direta ou indireta fizeram parte da minha vida no meu percurso acadêmico.

Aos que participaram e ajudaram na elaboração deste estudo, pela colaboração e disponibilidade.

À minha orientadora Professora Doutora Mariana Marques, por toda a ajuda, pela paciência, palavras de incentivo, por todo o apoio demonstrado e pela motivação.

Aos meus amigos.

À minha família.

À minha Mãe,

Diogo e Carlota, por tudo!

RESUMO

Introdução: Em Portugal, existem instrumentos que avaliam a satisfação de cuidadores informais de idosos. Porém, verifica-se a ausência deste mesmo tipo de instrumentos mas direccionados à satisfação dos cuidadores formais. Assim, é nosso principal objectivo contribuir para o processo preliminar de adaptação e validação de uma escala para avaliar a satisfação de cuidadores formais de idosos institucionalizados (com doença de Alzheimer ou outro tipo de demência).

Metodologia: Participaram nesta investigação 162 cuidadores formais de diferentes instituições que recebem idosos com doença de Alzheimer ou outro tipo de demência. Estes responderam a um questionário sociodemográfico e à nossa adaptação do *Carers' Assessment of Satisfaction Index* (CASI) para poder ser utilizada junto de cuidadores formais. Vinte destes cuidadores responderam de novo ao CASI após quatro semanas.

Resultados: Verificou-se que a versão adaptada preliminarmente do CASI apresenta boa fidedignidade (alfa de Cronbach de 0,863). O parâmetro estabilidade teste – reteste mostrou ser muito abonatório, com as correlações das subescalas (entre si) nos dois momentos a mostrarem ser grandes. Os valores médios de pontuação nas várias dimensões do CASI mostraram ser moderados, atendendo à variação teórica possível, parecendo ser indicadores de alguma satisfação no cuidado de pessoas com demência.

Discussão: Apesar de se tratar de um trabalho preliminar de adaptação e validação de uma escala para avaliar a satisfação do prestador de cuidados formais os resultados são abonatórios das propriedades psicométricas desta versão do CASI. No futuro importa explorar outras propriedades psicométricas desta versão e colmatar algumas das suas limitações.

Palavras-chave: cuidadores formais; satisfação na prestação de cuidados; adaptação; validação; *Carers' Assessment of Satisfaction Index*

ABSTRACT

Introduction: At Portugal, there are instruments assessing the satisfaction of informal carers of elders. However, there are no similar instruments assessing the satisfaction of formal carers. Therefore, our main goal is to contribute to the preliminary adaptation and validation of a scale assessing the satisfaction of formal caregivers of institutionalized elders (with Alzheimer's disease or other type of dementia).

Methodology: 162 formal caregivers from different institutions that receive elderly with Alzheimer disease or other type of dementia participated in this study. They completed a sociodemographic questionnaire and our adaptation of the Carers' Assessment of satisfactions Index (CASI), to be used by formal caregivers. Twenty of those caregivers answered the CASI again after four weeks.

Results: It was found that the preliminary adapted version of the CASI presents good reliability (Cronbach alpha of 0.863). The test – retest stability result showed to be very good, with dimensions subscales correlations at the two moments showing to be good. The mean scores of the CASI's dimensions showed to be moderate, if we consider the possible theoretical range, seeming to indicate some satisfaction in the process of caring for elderly people with dementia.

Discussion: Although this is a preliminary work of adaptation and validation of a scale assessing the satisfaction of formal caregivers, the results give good credit to the psychometric properties of this CASI's version. In the future, it would be important to explore other psychometric properties of this version and to respond to its gaps.

Keywords: formal caregivers; satisfaction in care; adaptation; validation; Carers' Assessment of Satisfaction Index

1. Introdução

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.

Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

É bem sabido que a população mundial está cada mais envelhecida, o que constitui um sério desafio para os países desenvolvidos, sendo alargado o número de idosos dependentes ou institucionalizados (por exemplo, no nosso país e em toda a Europa) (Alzheimer Portugal, 2012) é grande a necessidade de dar, precisamente, uma resposta adequada à população idosa (Maia, Marques, & Macedo, 2013). Este facto, torna premente refletir sobre os serviços prestados pelas instituições que recebem estes idosos.

Os cuidadores surgem como figura principal na manutenção da qualidade de vida do idoso no seu quotidiano independentemente das suas limitações. Segundo Colomé et.al (2011), o cuidador é aquele “membro, ou não, da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso no exercício das suas actividades de vida diária tais como alimentação, higiene pessoal, medicação, acompanhamento aos serviços de saúde, mesmo estando excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas...”.

Brown e Stetz (1999), referido por Brito (2002), consideram que a prestação de cuidados requer um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado.

Sequeira (2007) identifica dois tipos de cuidados que se relacionam com o cuidador: cuidador formal em que a prestação de cuidados é por norma realizada por profissionais qualificados, podendo estes ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, que ganham a designação de cuidadores formais, assim existe uma preparação específica para a actividade profissional que desempenham, sendo esta actividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições,...) e o cuidador informal, em que a prestação de cuidados é executada por familiares no domicílio em que a grande maioria fica sob a responsabilidade de um elemento da

família, amigos, entre outros. Estes últimos cuidadores desempenham esta função de forma não remunerada mas como uma forma de suporte e afeto ao familiar idoso.

Várias situações condicionam a facilidade e a capacidade de ajuda das famílias ao idoso doente, esta causa pode estar relacionada também com o facto de um maior número de mulheres exercer a sua profissão no mercado de trabalho (Brito, 2002).

Quando se trata de idosos com Alzheimer ou outro tipo de demência, as necessidades multiplicam-se e as dificuldades de quem cuida também. Os cuidados com a pessoa com demência podem representar ao fim de algum tempo uma sobrecarga significativa para o cuidador informal, com consequências psicológicas, físicas e sociais (APFADA, 2004). Esta responsabilidade de cuidados pode levar a uma sobrecarga que se classifica como uma percepção destes cuidadores sobre a fase pela qual estão a passar, e que pode envolver questões relacionadas com a parte emocional, diretamente relacionadas com a presença deste doente na família. Assim, este aspeto refere-se a quando os familiares percebem toda a situação de dependência, alteração de comportamento e presença constante do familiar doente relacionando com pensamentos e sentimentos negativos, bem como as preocupações e as alterações de bem-estar psicológico (Martins, et al., 2003).

Estudos realizados por alguns autores referem que as satisfações que surgem com o ato de cuidar predominam, mesmo podendo ter diversas origens e confrontando-se com a parte das dificuldades (Nolan, Grant & Keady, 1996, 1998; Riedel, Fredman & Langenberg, 1998). Estas satisfações podem ser associadas: à manutenção da dignidade da pessoa idosa; ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz; ter a consciência de que se dá o melhor; encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressão de amor e afecto; manter a pessoa de quem se cuida fora de uma instituição; perceber que as necessidades da pessoa dependente são atendidas; encarar a prestação de cuidados como uma possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal; sentido de realização; desenvolvimento de novos conhecimentos e competências. (Nolan, Grant & Keady, 1996, 1998)

Segundo a OMS, o número de casos diagnosticados de demência irá triplicar até 2050, mas a realidade continua a ser ignorada (Organização Mundial de Saúde). Em todo o mundo, cerca de 35,6 milhões de pessoas vivem com demência. Este número deverá duplicar até 2030 (65,7 milhões) e mais que triplicar em 2050 (115,4 milhões). A demência afeta pessoas em todos os países, com mais de metade dos casos (58%) em países desenvolvidos. Em 2050, este número é suscetível de aumentar para mais de 70%

(OMS). Segundo Woodford (2009), verifica-se que existirá uma duplicação da prevalência de novos casos a cada cinco anos, estimando ainda que a cada 20 anos se duplique o número de pessoas com demência e ainda para Santana (2005), no que respeita às perspectivas epidemiológicas da atualidade, prevê-se que em Portugal, cerca de 5% das pessoas com mais de 65 anos venham a sofrer de demência. Segundo a Alzheimer Portugal (2013) existe um número elevado de pessoas com demência (cerca de 153 000).

A demência pode surgir por várias causas, como a perda progressiva da capacidade mental, em que a memória é a primeira a ser afetada. No entanto, além da memória, outras funções encontram-se muitas vezes limitadas como a reflexão, a concentração, a orientação, a aprendizagem e a capacidade de resolução de problemas. Por sua vez, pode estar associada uma deterioração da personalidade e alterações comportamentais, interferindo assim no desempenho das atividades de vida diária do indivíduo (Bird, 2002).

Para González (2007), existem vários tipos de demência, que podem ser divididas em primárias e secundárias. As demências primárias podem ser degenerativas, quando existe degeneração cerebral; vasculares, quando a causa está numa modificação da circulação cerebral; ou mistas, quando ambas estão presentes. No entanto, as demências secundárias, são na maioria das vezes reversíveis e podem ser prevenidas, podem acontecer devido a infeções, traumatismos cranianos, consumo ou abuso de substâncias tóxicas, neoplasias, entre outras.

Também Santana (2005) sugere que existem dois tipos de patologia, as que se manifestam exclusivamente como síndromes demenciais, as denominadas demências primárias e as doenças que têm cura ou que podem ser prevenidas e que se manifestam nas fases iniciais da evolução da doença.

Segundo o mesmo autor, as demências de forma reversível têm hipótese de cura, e destas são exemplo as doenças endócrinas, as infecciosas, as tóxicas e as derivadas de deficiências vitamínicas. Por outro lado, surgem as demências não reversíveis, as que não consideram a possibilidade de tratamento curativo. Relativamente a este último grupo, consideram-se as demências em que pode ser feita uma prevenção, aquelas em que é possível a correção de fatores de risco intervindo no processo patológico que conduz ao aparecimento da demência como a vascular ou a pós-traumática, e as demências em que não existe prevenção, primárias/degenerativas como a Doença de

Alzheimer, as demências fronto-temporais, ou a demência de Corpos de Lewy (Santana, 2005).

Nas demências fronto-temporais existem algumas características semelhantes com a doença de Alzheimer. Assim, a demência fronto-temporal caracteriza-se por um início insidioso, com alteração ao nível do comportamento social, desinibição, perda da auto-crítica, apatia e embotamento emocional. Adicionalmente a estas características, os doentes com este tipo de demência podem ainda desenvolver outros sintomas, tais como, desleixo na higiene pessoal, rigidez de pensamentos, inflexibilidade, alterações do comportamento alimentar e alterações de humor (Santana, 2005).

A Doença de Alzheimer (DA) insere-se no grupo das demências primárias degenerativas, sendo a mais comum. A DA, identificada em 1906, por Alois Alzheimer, na Alemanha, quando analisou o cérebro de uma paciente, após a sua morte, e se confrontou com graves alterações degenerativas do tecido nervoso do mesmo, que encarou como possível explicação para as perturbações de memória daquela doente (Barreto, 2007), é hoje considerada uma doença do século XXI. É uma doença neurodegenerativa, progressiva, lenta e insidiosa. Normalmente, as funções cognitivas que podem ser prejudicadas são a memória, a linguagem, o cálculo, a capacidade de reconhecimento e identificação, a capacidade de executar tarefas motoras, as aptidões visuo-espaciais, a capacidade de abstração, de planeamento, de organização, de monitorização da resolução de problemas e a capacidade de julgamento (Firmino, Marques & Ferreira, 2006).

Guerreiro (2005) considera que as demências degenerativas, principalmente a doença de Alzheimer, vão progressivamente impedindo a realização das atividades de vida diária, interferindo na vida social e nas atividades profissionais e qualquer intervenção deverá ser iniciada com a maior antecedência possível.

Relativamente à sintomatologia, esta doença manifesta-se em cada um de forma diferente, podendo depender da zona do cérebro que é afetada. Contudo, na maioria dos casos o primeiro sintoma são as alterações de memória. No entanto, estas alterações de memória fazem parte do envelhecimento normal, mas uma perda de memória atípica pode significar o desenvolvimento de demência. Quando diagnosticada demência, a capacidade de aquisição de informação encontra-se prejudicada, seguidamente na memória a curto prazo já se notam algumas dificuldades, sendo a memória a longo prazo a última a ser afetada (González, 2007). Em termos comportamentais, esta doença demonstra alterações na execução de movimentos complexos e ainda dificuldades ao

nível da comunicação e orientação no espaço e ainda é possível verificar um afastamento social que em alguns casos pode ser desenvolvida uma depressão (McCabe, 2008).

Os critérios da DSM-IV para a doença de Alzheimer incluem desenvolvimentos de vários défices cognitivos, tanto a nível da memória (capacidade afetada para aquisição de novas aprendizagens e informações), ou como por uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia (perturbação da linguagem), apraxia (dificuldade em realizar atividades motoras), agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos) e perturbação do funcionamento executivo, ou seja, planear, iniciar, organizar e sequenciar para um comportamento complexo. Todas estas características podem ser suficientemente graves para permitirem o funcionamento social e ocupacional. Desta forma, muitas pessoas apresentam um comportamento desinibido, mostrando indiferença pelas regras sociais tradicionais. A irritabilidade e as alterações ao nível da personalidade acontecem numa fase inicial da doença, agravando-se numa fase mais avançada (APA, 2002).

Atualmente, a doença de Alzheimer é incurável, mesmo existindo fármacos para o tratamento dos sintomas de grande parte das alterações cognitivas e comportamentais. Estes fármacos não conseguem evitar a progressiva perda neuronal, mas podem ajudar a estabilizar e a minimizar alguns sintomas (Barreto 2005). Neste sentido, o tratamento da doença de Alzheimer deve conciliar a intervenção farmacológica com a intervenção não-farmacológica. A intervenção não-farmacológica diz respeito às intervenções com o objectivo de aumentar o funcionamento cognitivo, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa e ajudá-la no processo de adaptação à doença. Pela forma como a doença afeta a vida dos doentes e dos familiares, a abordagem terapêutica deve ser feita por uma equipa multidisciplinar de técnicos e deve ter sempre em conta os seus cuidadores. A terapêutica desenvolvida tem como objeivo primordial a estimulação das capacidades da pessoa, preservando, pelo maior período de tempo possível, a sua autonomia, conforto e dignidade (Guerreiro, 2005).

Contudo no tratamento do doente com Alzheimer uma das principais atenções deve estar direccionada na prevenção de complicações tais como problemas músculo-esqueléticos, cardiovasculares e escaras que podem surgir na altura de elevada dependência característica das fases avançadas da doença (Mendonça e Couto, 2005).

As intervenções nestes doentes devem ser adaptadas a cada pessoa, de modo a promover uma intervenção individualizada e adequada às necessidades de cada caso, valorizando a sua história, personalidade, saúde física e mental (Guerreiro, 2005).

Como referido vão ocorrendo diversas mudanças no funcionamento do doente, ao longo da evolução da doença: existe uma alteração global e persistente do funcionamento cognitivo, com gravidade suficiente para alterar significativamente a parte profissional, social e familiar do indivíduo com demência (Barreto, 2005). Todas estas mudanças na vida de uma pessoa, provocam alterações significativas tanto para o doente como para o cuidador informal ou familiar (Garre-Olmo et al., 2000). Esta doença afeta a estrutura da família, uma vez que se instala de forma lenta, progressiva e irreversível, diminui de forma gradual a capacidade que as pessoas têm de suportar as exigências da vida diária e também de efectuar as funções sensoriais e motoras, a capacidade de manter um comportamento social adequado às circunstâncias, chegando por fim a perder a autonomia porque se tornam incapazes de realizar qualquer tarefa e até mesmo de reconhecer os familiares mais próximos. Deste modo, as famílias constituem o maior suporte do doente e vivem grandes momentos de angústia, sofrimento e impotência (Garre-Olmo et al., 2000; Santos 2004). Dadas as dificuldades que os doentes passam a apresentar a variados níveis, a qualidade de vida do prestador de cuidados pode ser condicionada e a sobrecarga sentida pode ser muito acentuada: podem verificar-se repercussões ao nível profissional, familiar e pessoal. Por várias vezes, estes cuidadores sentem stress e demonstram sinais de fadiga, mal-estar, sintomas depressivos, frustração e redução da auto-estima. Tudo isto pode originar problemas psicológicos, emocionais, sociais e físicos que vêm interferir no bem-estar do doente e do próprio cuidador (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003). Cuidar destes idosos pode desenvolver no prestador de cuidados uma tarefa complexa, que faz com que cresçam sentimentos de angústia, insegurança e insatisfação (Ribeiro et al., 2009).

Uma vez que esta doença acarreta um peso tanto a nível emocional como físico, muitas vezes a solução para os familiares destes pacientes é a institucionalização (Barbosa et al., 2011). Nesta fase, o cuidador formal toma um papel preponderante no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa com demência. Como já foi referido anteriormente, estes doentes necessitam de cuidados elevados, pelo que a formação relativamente a este tipo de diagnóstico por parte dos novos cuidadores (os formais) é imprescindível, no sentido de assegurar um melhor acompanhamento e uma maior capacidade para lidar com a situação (Barbosa et al., 2011). Em Portugal, porém,

existem poucos serviços especializados que respondam às necessidades das pessoas com demência. São várias as instituições que recebem idosos com demência sem que tenham os recursos necessários para o fazer (Maia, Marques, & Macedo, 2013).

Para os que cuidam da pessoa com demência, existe uma elevada sobrecarga que muitas vezes pode desencadear situações de stress, fadiga, preocupação, ansiedade e alterações na auto-estima (Colomé et al., 2011). Muitas vezes estes cuidadores sentem dificuldades relativamente ao desempenho e organização de trabalhos na instituição, isto é, o tempo despendido nestes idosos acumulando com outras funções. Para um melhor funcionamento da instituição e das funções do cuidador formal seria necessário estarem bem delineadas tarefas entre todos os técnicos, principalmente quando existem estes casos de idosos cada vez mais dependentes (Colomé et al., 2011).

São sentidas algumas dificuldades pelos cuidadores formais, tais como a interação com o utente, desconhecimento da doença, a falta de tempo e de recursos humanos, o impacto emocional e físico, a dificuldade de organização, o planeamento de atividades e a interação com a família destes utentes (Barbosa et al., 2011). No que respeita à problemática da situação de saúde dos prestadores de cuidados, e segundo Agar e colaboradores (1997), a forma como cada um percebe a sua situação de sobrecarga será mais importante do que as características objectivas da sua situação. Por outras palavras, a percepção atua como mediador cognitivo das respostas que o prestador de cuidados dá à sua situação em cada momento (Brito, 2002).

Contudo existem identificados alguns aspectos positivos experienciados pelos cuidadores formais de idosos como: o crescimento pessoal, o aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios, a melhoria do relacionamento interpessoal o aumento do significado de vida, o prazer, a satisfação, a retribuição, a satisfação consigo próprio e bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido (Sommerhalder, 2001). Para alguns cuidadores, cuidar é uma forma de demonstrar amor, de criar uma relação de afetividade entre ambos (cuidador e doente), que irá dar assim um sentido à vida de quem cuida (Sequeira, 2007). Nolan e colaboradores (1996) fizeram referência à possível satisfação no ato de cuidar, sendo a satisfação decorrente, da dinâmica interpessoal entre o cuidador e o doente, da orientação intrapessoal do cuidador e do desejo de promover as dimensões positivas ou evitar as negativas em prol do doente.

Existem alguns instrumentos validados para a população portuguesa que avaliam a satisfação na prestação de cuidados informais. São eles o *Índice para avaliação das*

satisfações do prestador de cuidados (CASI, Nolan, Grant & Keady, 1998; Brito & Barreto, 2000), *Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades* (CAMI; Brito, 2002; Sequeira 2007, 2010) e *Entrevista de Zarit de sobrecarga do cuidador* (ESC; Zarit e Zarit, 1983; Martín, 1996; Scazufca, 2002). Importa referir que o CASI foi desenvolvido por Nolan, Grant & Keady com o intuito de facilitar o trabalho quotidiano dos profissionais na abordagem e avaliação dos vários aspetos da situação dos prestadores de cuidados a familiares e baseia-se precisamente na conceptualização das “satisfações de cuidar”.

Dado que, segundo temos conhecimento, não existem instrumentos validados para a população portuguesa que avaliem a satisfação na prestação de cuidados de cuidadores formais (de pessoas com demência), é nosso objectivo, partindo de uma escala que avalia a satisfação na prestação de cuidados de cuidadores informais, precisamente a *Carers' Assessment of Satisfaction Index/CASI*, Nolan, Grant & Keady, 1998; Brito & Barreto, 2000) dar um primeiro contributo para a sua adaptação e validação, de uma forma preliminar, portanto, para que possa ser utilizada na avaliação da satisfação na prestação de cuidados de cuidadores formais, na população portuguesa.

2. Metodologia

2.1. Procedimentos

Começamos por criar o questionário sociodemográfico a utilizar no estudo e definimos a escala a adaptar/validar (preliminarmente) para os cuidadores formais, o *Índice para avaliação da satisfação do prestador formal de cuidados* (CASI; Nolan, Grant & Keady, 1998; Brito & Barreto, 2000). Foi obtida a autorização por parte da autora portuguesa para o uso e adaptação do índice, tendo as autoras sido alertadas para diferentes aspectos a ter em conta neste uso e adaptação. Na secção *instrumentos* descrevemos os procedimentos que adotámos no sentido da adaptação do CASI.

Foi enviado um pedido formal a diversas instituições solicitando autorização para participarem neste estudo. Este pedido continha uma descrição detalhada do âmbito do estudo. Várias direcções de instituições da zona centro, do concelho de Pombal (e.g. Alzheimer Portugal – Delegação Centro, Santa Casa da Misericórdia de Pombal) que fornecem resposta social à população idosa do concelho aceitaram participar no mesmo. Foram entregues nas instituições (consoante o número de técnicos

e auxiliares) os protocolos a serem preenchidos (questionário sociodemográfico e CASI). Solicitou-se a cada cuidador formal destas instituições o preenchimento do protocolo, recolhendo-se o consentimento informado de cada um dos participantes. A recolha de dados decorreu de Abril de 2013 a Julho de 2013. Passadas quatro semanas, 20 dos cuidadores formais que haviam preenchido o protocolo num primeiro momento preencheram, de novo, o CASI (apesar da instituição em causa, onde foi realizada esta segunda administração ter mais cuidadores formais, por constrangimentos que foram alheios à autora do trabalho, apenas 20 cuidadores formais preencheram o protocolo neste momento).

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário Sociodemográfico: sexo; idade; escolaridade; função/atividade profissional exercida na instituição; tempo de serviço na instituição; *em média, quantas horas por dia contacta com os utentes da instituição onde trabalha?*; *recebeu alguma formação na área da demência, ao longo da vida profissional?*; *tem algum familiar com demência?*; *tem que prestar cuidados a esse familiar?*.

2.2.2. Índice para avaliação da satisfação do prestador formal de cuidados

O índice *Carers' Assessment of Satisfaction Index* (CASI) foi desenvolvido por Nolan e colaboradores em 1998, no Reino Unido, com o objetivo de facilitar o trabalho quotidiano dos profissionais na abordagem e avaliação dos vários aspetos da situação dos prestadores de cuidados a familiares, e como eventual ferramenta de investigação nesta área (Nolan e Grant, 1989; Nolan et al., 1990, 1995, 1996, 1998). Assim, este instrumento pode ajudar os profissionais a, em conjunto com o prestador de cuidados, a identificarem e explorarem as fontes de satisfação potenciais da situação, o que poderá ser encarado como uma importante forma de intervenção terapêutica, tendo em vista a preservação da saúde mental dos envolvidos (Nolan et al., 1996; Brito, 2002). Segundo os autores, o CASI pode também ser utilizado pelos profissionais para, no seu trabalho com as várias famílias, mais precocemente identificarem as situações de risco, quer para a saúde mental do prestador de cuidados, quer mesmo para a pessoa que recebe os cuidados, em termos da sua integridade física e psicológica (Nolan et al., 1996; Brito, 2002).

Esta escala é constituída por 30 itens, que avaliam 30 potenciais fontes de satisfação. Os cuidadores referem, com recurso a uma escala de Likert, se determinada fonte de satisfação está presente no seu caso (cotação 1) e o grau de satisfação que lhe proporciona: nenhuma satisfação (2), alguma satisfação (3) e muita satisfação (4). Quanto maior a pontuação total obtida através da soma de todos os itens, maior a satisfação do prestador de cuidados. De acordo com Nolan, Grant e Keady (1996) CASI apresenta três subescalas: a relativa à dinâmica interpessoal, dinâmica intrapessoal e dinâmica de resultados (vantagens). Estes autores encontraram um alfa de Cronbach de 0,91 (consistência interna bastante satisfatória).

Este índice foi validado para a população portuguesa no ano 2000, por Luísa Brito e Barreto. Estes autores referem as mesmas subescalas, compostas pelos itens apresentados de seguida: interpessoal = 2, 3, 8, 12, 14, 17, 18, 24, 29; intrapessoal = 6, 7, 9, 10, 11, 16, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 30; vantagens = 1, 4, 5, 13, 15, 20, 23. Encontraram um alfa de Cronbach para a escala total de 0,82 (boa consistência interna, (Pestana e Gageiro, 2008).

Sendo nosso objetivo adaptar e validar, de uma forma preliminar, o CASI para cuidadores formais, começamos por obter autorização para uso do CASI por parte dos autores da versão portuguesa. Começamos por seleccionar, da lista das 30 afirmações que compõem o CASI, os 16 itens que se ajustavam à administração junto de cuidadores formais. Apresentamos os itens que decidimos manter, de seguida:

Nº item – (Brito & Barreto) e respectiva dimensão	Nº item (Marques & Dinis)	Item
1 Vantagens	1	Permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades
4 Vantagens	2	É bom observar pequenas melhorias no estado das pessoas de quem cuido
5 Intrapessoal	3	Sou capaz de ajudar as pessoas de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades
7 Intrapessoal	4	Prestar cuidados fornece-me a ocasião de mostrar que sou capaz
9 Interpessoal	5	É agradável ver as pessoas de quem cuido limpas, confortáveis e bem arranjadas
11 Interpessoal	6	Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros
12 Interpessoal	7	Dá-me satisfação ver que as pessoas de quem cuido se sentem bem
13 Interpessoal	8	É bom ajudar as pessoas de quem cuido a vencerem dificuldades/problemas
14 Interpessoal	9	É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar às pessoas de quem cuido
16 Intrapessoal	10	Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa
22 Intrapessoal	11	Prestar cuidados permite-me garantir que as pessoas de quem cuido têm as suas necessidades satisfeitas
23 Intrapessoal	12	Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos
25 Intrapessoal	13	Prestar cuidados permite-me pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades
26 Intrapessoal	14	Prestar cuidados é uma forma de expressar a minha fé
27 Intrapessoal	15	Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes
30 Intrapessoal	16	Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado/a

Posteriormente, analisando as opções de resposta quer da versão original (Nolan, Grant & Keady, 1998)/portuguesa (Brito & Barreto, 2000) apesar de se encontrarem formuladas num formato de Likert, com quatro opções de resposta, (1) *não acontece no meu caso*; (2) *acontece no meu caso e dá-me nenhuma satisfação*; (3) *acontece no meu caso e dá-me alguma satisfação*; (4) *acontece no meu caso e dá-me muita satisfação*, consideramos que seria mais indicado ainda que mantendo o formato Likert, alargar a amplitude da(s) resposta(s) do respondente (não propriamente o seu número). Assim,

em vez de apenas poder referir *nenhuma, alguma e muita satisfação* e de ver cotada a opção *não acontece no meu caso* com a pontuação 1, optámos pelas opções (1) nunca me satisfaz, (2) satisfaz-me algumas vezes, (3) satisfaz-me muitas vezes e (4) satisfaz-me sempre. Optando por estas quatro alternativas de resposta, eliminámos, então, a já referida opção da versão anterior *não acontece no meu caso*. Na nossa versão, tal como nas outras quanto maior a pontuação apresentada pelo respondente maior o seu grau de satisfação.

É de enorme relevância referir que, quanto obtivemos a autorização para o uso e adaptação preliminar do CASI pela autora da validação portuguesa do CASI para cuidadores informais (Professora Doutora Luísa Brito), a Professora Luísa alertou para o facto da selecção de 16 itens, levar à exclusão de alguns itens de natureza interpessoal, isto depois de contactar o autor da versão original (Professor Mike Nolan). Para além disso, o Professor Mike Nolan também alertou para o facto da alteração das hipóteses de resposta poderem levar à exclusão de situações em que certo aspeto (item) do trabalho com pessoas idosas estava presente mas não gerava satisfação. O que mais nos preocupou foi a não inclusão nesta versão para cuidadores formais, de itens de natureza interpessoal (existentes na versão para cuidadores informais). Conscientes de que, para podermos incluir esses mesmos itens, tal implicaria um longo trabalho de pesquisa e de elaboração de novos itens (e tendo presente as limitações temporais de elaboração de uma dissertação de mestrado) optámos por explorar as propriedades psicométricas do CASI apenas com os 16 itens que seleccionámos que mais se ajustavam aos cuidadores formais (e com os quais a autora da versão portuguesa concordou serem os mais ajustados aos cuidadores formais). A alteração das opções de resposta não nos preocupou da mesma forma por ser nossa opinião que, tratando-se esta escala de um instrumento que avalia satisfação dos cuidadores, o que mais importa avaliar é a satisfação que resulta ou não de um dado aspeto/item no contacto com pessoas idosas, pelo que mais importante do que saber se dado aspecto/item está presente, é perceber se ele gera satisfação ou não. Consideramos que as opções de resposta pelas quais optamos asseguram este facto.

2.3. Análise estatística

Para a realização deste trabalho recorreremos a um programa informático de análise estatística, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Determinámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e

medidas de assimetria e achatamento. Apresentamos as estatísticas descritivas e de tendência central e dispersão para as variáveis sociodemográficas e para os itens do CASI.

Sendo nosso objetivo a adaptação e validação preliminar do CASI para cuidadores formais, para a população portuguesa recolhemos uma amostra de 162 participantes. Para que se possa proceder à validação de um instrumento, Kerlinger (1986) indica um número de dez sujeitos por cada item do instrumento. Atendendo a este último critério necessitaríamos de 160 sujeitos, pelo que cumprimos esta exigência.

Realizou-se uma análise fatorial através de uma análise de componentes principais, seguida de rotação *Varimax* para componentes com *eigenvalues* igual ou superiores a 1 (segundo-se as indicações de Pallant, 2007). As estratégias usadas para extrair o número de fatores foram o critério de Kaiser (Kaiser, 1970, 1974) e o *screeplot* de *Cattell* (Cattell, 1966).

Procedeu-se a cálculos relativos à fidelidade dos instrumentos de avaliação psicológica: coeficientes alfa de Cronbach (α) de consistência interna; α excluindo os itens e coeficientes de correlação entre cada item e o total (excluindo o item). O valor do α foi interpretado segundo os critérios de Pestana e Gageiro (2008): <0,6 inadmissível; 0,6 a 0,7 fraca; 0,7 e 0,8 razoável; 0,8 e 0,9 boa; > 0,9 muito boa.

Realizámos correlações de Pearson para testar a estabilidade teste-reteste (item por item e por dimensão). Para estudar a validade de construto fizemos correlações do ponto bisserial para testar associações entre as dimensões e algumas variáveis sociodemográficas e, também, para testar a estabilidade teste-reteste do CASI. Para classificar a magnitude das correlações seguimos os critérios de Cohen (1992): 0,01, baixa; 0,30, moderada e 0,50 elevada.

2.4. Amostra

A nossa amostra é constituída por 162 cuidadores formais de instituições que recebem idosos com demência. Nas Tabelas 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 7 apresentamos as variáveis sociodemográficas (com todas as opções de resposta e já categorizadas).

Tabela 1.
Variáveis Sociodemográficas: sexo e idade

Sexo	n (%)
Masculino	5 (3,1)
Feminino	157 (96,9)
Total	162 (100)
Idade	M (DP)
	Varição
	42,2 (11,2)
	20-63
Total	162 (100)

A amostra é maioritariamente constituída por mulheres ($n = 157$; 96,9 %). Apresenta uma idade média de 42,2 anos ($DP = 11,2$), com os cuidadores formais a apresentarem entre os 20 e os 63 anos de idade. Relativamente à escolaridade (tabela 2), verificámos que a maioria da amostra tem o 3º ciclo ($n = 41$; 21,6%).

Tabela 2.
Variáveis Sociodemográficas: escolaridade

Escolaridade	n (%)
1º ciclo	25 (15,4)
2º ciclo	17 (10,5)
3º ciclo	41 (25,3)
Ensino secundário	35 (21,6)
Licenciatura	36 (22,2)
Mestrado	3 (1,9)
Outro	5 (3,1)
Total	162 (100)

Quanto à profissão (Tabela 3) a maioria dos profissionais destas instituições são auxiliares ($n = 116$; 73,4%).

Tabela 3.
Variáveis Sociodemográficas: profissão

Profissão	n (%)
Médico	2 (1,3)
Assistente Social	15 (9,5)
Psicólogo	3 (1,9)
Enfermeiro	3 (1,9)
Fisioterapeuta	6 (3,8)
Educador	4 (2,5)
Cozinheiro	4 (2,5)
Auxiliar	116 (73,4)
Terapeuta ocupacional	2 (1,3)
Animador	1 (0,6)
Escriturária	1 (0,6)
Administrativa	1 (0,6)
	Total 158 (100)
Não respondeu	4
	Total 162 (100)

A maioria dos cuidadores formais tem tempo de serviço de 1 a 48 meses ($n = 94$; 59,1%). Relativamente às horas exercidas diariamente grande parte dos inquiridos trabalha 7 a 8 horas por dia ($n = 134$; 85,9%) (Tabela 4). Quanto ao facto destes profissionais terem tido ou não algum tipo de formação na área da demência, a grande maioria respondeu que sim ($n = 120$; 75%) (Tabela 5).

Tabela 4.
Variáveis Sociodemográficas: Tempo de serviço e horas por dia

Meses	n (%)
1 a 48 meses	94 (59,1)
60 a 120 meses	43 (27)
132 a 300 meses	22 (13,8)
Total	159 (100)
Não respondeu	3
Total	162 (100)
Número de horas – trabalho diário	n (%)
1 a 6 horas	22 (14,1)
7 a 8 horas	134 (85,9)
Total	156 (100)
Não respondeu	6
Total	162 (100)

Tabela 5.
Variáveis Sociodemográficas: Formação na área da demência

Formação demência	n (%)
Não	40 (25,0)
Sim	120 (75,0)
Total	160 (100)
Não respondeu	2
Total	162 (100)

Quanto ao facto do cuidador ter ou não um familiar com demência, a maioria não tem nenhum familiar nesta situação ($n = 139$; 85,8%). Uma percentagem igual (50,0%) de inquiridos que presta ou não cuidados ao familiar com demência (Tabela 6).

Tabela 6.
Variáveis Sociodemográficas: Familiar com demência e cuidados ao mesmo

Familiar com demência	n (%)
Não	139 (85,8)
Sim	23 (14,2)
Total	162 (100)
Cuidados – familiar com demência	n (%)
Não	11 (50,0)
Sim	11 (50,0)
Total	22 (100)

3. Resultados

3.1. Distribuição das respostas aos itens

Nas Tabelas 7 e 8 apresentamos a distribuição das respostas aos itens do CASI, na primeira administração e no reteste (passadas 4 semanas).

Tabela 7. Distribuição das respostas aos itens (1ª administração)

CASI – 1ª administração	Nunca me satisfaz n (%)	Satisfaz- me algumas vezes n (%)	Satisfaz- me muitas vezes n (%)	Satisfaz- me sempre n (%)	n
1.(...) desenvolver novas capacidades e habilidades	1 (0,6)	18 (11,3)	86 (54,1)	54 (34)	159
2.(...) melhorias no estado das pessoas de quem cuida	1 (0,6)	8 (5,0)	30 (18,6)	122 (75,8)	161
3.(...) ajudar pessoas (...) desenvolver (...) suas capacidades	1 (0,6)	49 (30,4)	61 (37,9)	50 (31,1)	161
4.(...) fornece-me a ocasião de mostrar que sou capaz	1 (0,6)	16 (10,1)	77 (48,4)	65 (40,9)	159
5.(...) pessoas de quem cuida limpas, confortáveis e bem arranjadas	–	–	8 (5,0)	153 (95,0)	161
6.Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros	–	1 (0,6)	31 (19,3)	129 (80,1)	161
7.(...) satisfação ver que as pessoas de quem cuida se sentem bem	–	–	15 (9,3)	146 (90,7)	161
8.(...) ajudar as pessoas (...) a vencerem dificuldades/problemas	–	–	28 (17,4)	133 (82,6)	161
9.É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar às pessoas de quem cuida	–	–	22 (13,7)	139 (86,3)	161
10.(...) tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa	1 (0,6)	5 (3,1)	64 (40,3)	89 (56,0)	159
11.(...) garantir que as pessoas (...) têm as suas necessidades satisfeitas	–	11 (6,8)	70 (43,5)	80 (49,7)	161
12.(...) oportunidade de alargar os meus interesses e contactos	1 (0,6)	14 (8,7)	68 (42,2)	78 (48,4)	161
13.(...) permite-me pôr-me a mim (...) à prova e vencer dificuldades	1 (0,6)	9 (5,6)	80 (49,7)	71 (44,1)	161
14.(...) forma de expressar a minha fê	7 (4,4)	34 (21,5)	62 (39,2)	55 (34,8)	158
15.(...) deu à minha vida um sentido que não tinha antes	6 (3,8)	27 (16,9)	70 (43,8)	57 (35,6)	160
16.Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado/a	–	15 (9,4)	49 (30,6)	96 (60,0)	160

Tabela 8. Distribuição das respostas aos itens (reteste)

CASI – reteste	Nunca me satisfaz n (%)	Satisfaz- me algumas vezes n (%)	Satisfaz- me muitas vezes n (%)	Satisfaz- me sempre n (%)	n
1.(...) desenvolver novas capacidades e habilidades	-	-	13 (65,0)	7 (35,0)	20
2.(...) melhorias no estado das pessoas de quem cuida	-	-	6 (30,0)	14 (70,0)	20
3.(...) ajudar pessoas (...) desenvolver (...) suas capacidades	-	6 (30,0)	11 (55,0)	3 (15,0)	20
4.(...) fornece-me a ocasião de mostrar que sou capaz	-	2 (10,0)	11 (55,0)	7 (35,0)	20
5.(...) pessoas de quem cuida limpas, confortáveis e bem arranjadas	-	1 (5,0)	4 (20,0)	15 (75,0)	20
6.Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros	-	-	5 (25,0)	15 (75,0)	20
7.(...) satisfação ver que as pessoas de quem cuida se sentem bem	-	-	6 (30,0)	14 (70,0)	20
8.(...) ajudar as pessoas (...) a vencerem dificuldades/problemas	-	-	6 (30,0)	14 (70,0)	20
9.É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar às pessoas de quem cuida	-	-	3 (15,0)	17 (85,0)	20
10.(...) tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa	-	2 (10,0)	6 (30,0)	12 (60,0)	20
11.(...) garantir que as pessoas (...) têm as suas necessidades satisfeitas	-	2 (10,5)	9 (47,4)	8 (42,1)	19
12.(...) oportunidade de alargar os meus interesses e contactos	-	1 (5,0)	13 (65,0)	6 (30,0)	20
13.(...) permite-me pôr-me a mim (...) à prova e vencer dificuldades	-	2 (10,0)	9 (45,0)	9 (45,0)	20
14.(...) forma de expressar a minha fê	3 (15,8)	5 (26,3)	9 (47,4)	2 (10,5)	19
15.(...) deu à minha vida um sentido que não tinha antes	2 (10,5)	7 (36,8)	7 (36,8)	3 (15,8)	19
16.Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado/a	-	5 (25,0)	9 (45,0)	6 (30,0)	20

3.2. Fidelidade

Poder discriminativo/validade interna dos itens

O poder discriminativo/validade interna dos itens ou validade interna dos itens, ou seja, o grau em que o item diferencia no mesmo sentido do teste global (Almeida & Freire, 2003), dado pelas correlações entre cada item e o total corrigido (excluindo o item), assim como os coeficientes α excluindo um a um os itens, surge na Tabela 9. Esta mostra que a maioria dos itens pode ser considerada “bons” itens, pois correlacionam-se acima de 0,20 com o total (quando este não contém o item), à exceção dos itens 5, 7 e 8 (0,170; 0,000 e 0,000), com coeficientes a variarem de 0,244 (item 1) a 0,796 (item 11); (Pasquali, 2003). A maioria dos itens (12) cumpre o critério mais exigente, com coeficientes superior a 0,30 (Kline, 1999).

Tabela 9.
Distribuição das respostas aos itens

Itens	Correlação Item-Total Corrigido	Alfa excluindo o item
1.(...) desenvolver novas capacidades e habilidades	0,244	0,868
2.(...) pequenas melhorias no estado das pessoas de quem cuida	0,338	0,861
3. (...) ajudar as pessoas (...) desenvolver (...) suas capacidades	0,327	0,864
4.Prestar cuidados fornece-me a ocasião de mostrar que sou capaz	0,532	0,853
5. (...) pessoas de quem cuida limpas, confortáveis e bem arranjadas	0,170	0,865
6.Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros	0,452	0,857
7. (...) satisfação ver que as pessoas de quem cuida se sentem bem	0,000	0,866
8. (...) ajudar as pessoas (...) a vencerem dificuldades/problemas	0,000	0,866
9.É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar às pessoas de quem cuida	0,422	0,859
10. (...) tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa	0,605	0,851
11. (...) garantir que as pessoas (...) têm as suas necessidades satisfeitas	0,796	0,837
12. (...) oportunidade de alargar os meus interesses e contactos	0,676	0,846
13. (...) permite-me pôr-me a mim (...) à prova e vencer dificuldades	0,730	0,842
14. (...) forma de expressar a minha fé	0,708	0,843
15. (...) deu à minha vida um sentido que não tinha antes	0,655	0,846
16.Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado/a	0,781	0,837

3.3. Consistência Interna e Análise Fatorial

Fomos verificar a consistência interna da escala. Quando consideramos os 16 itens encontramos um alfa de Cronbach de 0,863 (bom). Em função do que verificamos na análise do poder discriminativo dos itens, visto que, quando excluídos os itens 5, 7 e 8 aumentavam o alfa para 0,865 e 0,866 (Pestana & Gageiro, 2008), eliminámos esses itens. Como os itens 1 e 3 aumentavam o alfa para, respectivamente 0,868 e 0,864, optámos por excluí-los.

Realizámos, de seguida, uma análise de componentes principais. Depois de verificarmos, após uma primeira análise que, apesar de na tabela de variância total explicada por cada dimensão, surgirem 3 dimensões, no *scree plot* de Cattell (que

apresentar a curva relativa ao número de fatores baseando-se nos *eigenvalues* iguais/superiores a 1) fazia mais sentido a presença de dois fatores, forçamos a solução factorial a este mesmo número de fatores. A análise de componentes principais e o *screeplot* revelou, então, uma estrutura de 2 fatores. Dado que o item 2 revelava um valor de comunalidade inferior a 0,3 excluimo-lo e repetimos a análise. De novo, a estrutura factorial revelou dois fatores que explicavam respetivamente 54,8% e 12,1% da variância. O teste *Kaiser–Meker–Oklin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) e o valor do *Bartlett’s Test of Sphericity* permitiram-nos verificar a adequabilidade dos dados para realização da análise. O KMO deve ser $\geq 0,6$ e o valor encontrado foi de 0,729. Para o *Bartlett’s Test of Sphericity* ser significativo deve ser $\leq 0,05$ e esta análise atingiu a significância estatística ($p < 0,001$). Apresentamos, de seguida os itens que compõem os 2 fatores:

- Fator 1. Interpessoal: 4, 9, 11, 13, 14, 15, 16.
- Fator 2. Intrapessoal: 6, 10, 12.

Calculámos alfas de Cronbach para cada um destes fatores. O Alfa de Cronbach do Fator 1 que designamos de Interpessoal foi de 0,868 (bom; Pestana & Gageiro, 2008) e do Fator 2/Intrapessoal foi de 0,746 (razoável; Pestana & Gageiro, 2008). O alfa de Cronbach da escala total foi de 0,895 (bom; Pestana & Gageiro, 2008).

Apesar de não podermos comparar os valores médios da nossa amostra importa verificar, atendendo à variação “teórica” possível, onde é que a nossa amostra se situa. Desta forma, os valores médios em ambas as dimensões de satisfação parecem ser elevados.

Tabela 10.
Médias, desvios-padrão das dimensões Interpessoal e Intrapessoal do CASI (para cuidadores formais)

	M (DP)	Varição	Varição teórica
F1. Interpessoal	22,7 (3,91)	15-28	7-28
F2. Intrapessoal	10,9 (1,27)	8-12	3-12

Realizámos correlações de *Pearson* entre verificar a estabilidade teste-reteste/temporal, recorrendo aos dados de 20 dos participantes (que participaram na primeira administração e no reteste). Os valores encontrados indicam correlações elevadas de acordo com Cohen (1992), muito abonatório deste parâmetro.

Tabela 11. *Correlações de Pearson*

Correlações	Interpessoal – reteste (<i>n</i> = 20)	Intrapessoal reteste (<i>n</i> = 20)
Interpessoal	0,753**	0,744**
Intrapessoal	0,552*	0,521*

* $<0,05$; ** $p<0,001$;

4. Discussão/Conclusão

O objetivo primordial desta investigação prende-se com a adaptação e validação preliminar do CASI (Carers' Assessment of Satisfaction Index) (Brito, 2000), com vista a, no nosso país, podermos ter disponível um instrumento que avalie a *satisfação do prestador de cuidados formais*. Para isso a amostra recolhida (162 cuidadores formais) mostrou-se adequada para as análises estatísticas realizadas. O objetivo inicial era a recolha de uma amostra igual ou superior a 160 sujeitos e a participação e colaboração de todos estes cuidadores formais permitiu que este número fosse cumprido. Em todas as instituições foi autorizada a participação de todos os técnicos, tendo sido demonstrado interesse por parte de alguns diretores técnicos nesta temática. Na fase de reteste participaram apenas 20 pessoas, sendo que o ideal teria sido um *n* de 30, mas devido a alguns contratempos nas instituições escolhidas para esta fase tal não foi possível. Importa referir que a nossa amostra é maioritariamente constituída por mulheres (*n* = 157; 96,9%), parecendo ser representativa da realidade do nosso país em termos de cuidadores formais de pessoas com demência, uma vez que a maioria dos estudos (Bouman, Arcelus & Benbow, 2007; Walker, Osgood, Richardson, & Ephross, 1998; White, 1982) revela que existem mais mulheres (cuidadoras formais) nas instituições que recebem idosos.

De seguida serão abordados os principais resultados obtidos, tentando integrar as conceptualizações teóricas já abordadas ao longo deste trabalho.

No nosso estudo o CASI apresentou uma boa fidedignidade ($\alpha = 0,863$) (Pestana & Gageiro, 2008), ainda que ligeiramente inferior ao CASI original (Nolan, Grant e Keady, 1996) que apresentou um alfa de Cronbach de 0,91 (muito bom) (Pestana & Gageiro, 2008).

O estudo da estrutura factorial através do método de análise em componentes principais, permitiu-nos encontrar uma solução com dois factores. Por sua vez, o estudo dos itens do CASI revelou que a maioria dos itens apresentava uma boa correlação item – total, à excepção do item 2 que apresentou um valor inferior a 0,3, que segundo Klein (1999) o critério mais exigente é que tenha um coeficiente superior a 0,30 e é o que

acontece. Valores mais elevados de poder discriminativo dos itens associam-se a coeficientes mais elevados de fidelidade da escala uma vez que vão no sentido da sua homogeneidade ou consistência (Almeida & Freire, 2003).

A remoção dos itens 5 “*É agradável ver as pessoas de quem cuido limpas, confortáveis e bem arranjadas*”, 7 “*Dá-me satisfação ver que as pessoas de quem cuido se sentem bem*”, 8 “*É bom ajudar as pessoas de quem cuido a vencerem dificuldades/problemas*” fez aumentar o valor de consistência interna da escala para 0,865 e 0,866. O mesmo acontece com os itens 1 “*Permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades*” e 3 “*Sou capaz de ajudar as pessoas de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades*”, que aumentavam o alfa para respetivamente 0,868 e 0,864.

Relativamente à estabilidade teste – reteste/temporal os resultados são muito abonatórios/favoráveis visto que as correlações das dimensões entre si mostraram ser elevadas de acordo com Cohen (1992). Importante referir a limitação do *n* na avaliação deste parâmetro, sendo que apenas vinte pessoas responderam ao questionário passadas quatro semanas, por motivos alheios à investigadora, como por exemplo secessão de contratos, conclusão de estágios profissionais, entre outros.

Apesar de os resultados obtidos no nosso estudo serem favoráveis a esta versão adaptada do CASI, temos consciência das suas eventuais limitações e da necessidade de continuar o processo de adaptação da escala. A verdade é que a não inclusão ou não adaptação de alguns itens que existiam na versão portuguesa para cuidadores informais (mais de âmbito interpessoal) deve ser encarada como uma limitação a colmatar no futuro. Assim, seria interessante, no futuro, aprofundar a temática e procurar desenvolver itens (em colaboração com o autor original da escala e com a autora da versão portuguesa, Professora Dra. Luísa Brito) que possam “substituir” os existentes na versão portuguesa adaptando-os aos cuidadores formais.

Posteriormente, realizar-se-ia as mesmas análises das características psicométricas do instrumento, para além de outras que nos faltaram aqui explorar. Importa, a este nível, esclarecer que ainda realizámos análises para explorar a validade de construto desta versão do CASI, explorando associações das dimensões do instrumento com diferentes variáveis sociodemográficas, mas não foram encontrados resultados significativos, pelo que não os apresentámos. Seria importante, num estudo futuro explorar, ainda, a validade concorrente e divergente do instrumento.

Apesar da limitação relativa à não inclusão de alguns itens, mesmo mantendo os 16 itens que nos pareciam fazer sentido manter atendendo a que eram dirigidos para os cuidadores formais e mesmo alterando as opções de resposta (pelos motivos que apresentámos) a nossa versão adaptada do CASI revelou boas propriedades psicométricas e parece poder ser um bom instrumento para avaliar a satisfação do ponto de vista do cuidador formal. Mesmo com a exclusão de alguns itens da versão portuguesa de natureza interpessoal, mantiveram-se vários itens que cobrem aspectos da relação cuidador-doente de grande relevância. Eventualmente, no futuro, para além de se considerar a inclusão de outros itens que avaliem estes aspectos interpessoais, se possa testar como se comporta o instrumento com as opções de resposta originais e com aquelas que definimos, de forma a perceber se importa, numa escala que avalia satisfação na prestação de cuidados perceber se certo aspeto/item da interacção com pessoas com demência se verifica ou não se só depois avaliar o grau de satisfação envolvido ou se basta apresentar o item em questão e com as novas opções de resposta verificar qual o grau de satisfação associado a esse aspeto/item.

Importa referir que nesta versão do CASI os valores médios obtidos nas duas dimensões/fatores encontrados parecem, ao atentarmos na variação teórica possível, ser moderados, parecendo, conseqüentemente indicar níveis moderados de satisfação (do foro interpessoal e intrapessoal) ao prestar cuidados a pessoas idosas com demência. O fator interpessoal (aquele em que o principal beneficiário direto é a pessoa dependente) (Brito, 2002) mostrou explicar uma percentagem maior da variância das respostas do que o fator intrapessoal, parecendo que a satisfação dos cuidadores de pessoas com demência se associa, em primeiro lugar, aos aspectos interpessoais dessa prestação de cuidados, o que é um dado relevante que aponta para a importância das instituições trabalharem, junto dos profissionais, vários aspectos que podem condicionar a satisfação envolvida a este nível. Assim, atendendo aos valores médios obtidos nas duas dimensões e ao facto do fator 1 ter sido o que contribuía mais para a variância da satisfação na prestação de cuidados, seria importante que todos os cuidadores formais que exercem a sua profissão em instituições (em particular que recebem doente com demência, envolvendo exigências ainda maiores) pudessem ter direito a uma formação específica na área do envelhecimento e, em específico, da demência.

A um nível mais prático esta investigação permitiu reafirmar a importância de um instrumento desta natureza, uma vez que em Portugal na área da avaliação da satisfação do cuidador formal de pessoas com demência não existe nenhum instrumento

validado. Esta escala poderá ajudar a um melhor funcionamento das instituições e à promoção do bem-estar de ambas as partes, cuidador/doente.

Espera-se com este estudo que se possa aumentar a atenção relativamente às necessidades dos cuidadores formais, ao nível da satisfação no apoio a idosos com demência, no sentido de criar soluções que incidam na promoção de conhecimentos e competências para o melhor funcionamento do seu desempenho e para que estes cuidados sejam feitos sem gerar situações de stress e desconforto em relação aos mesmos. Assim conseguiriam arranjar estratégias compensatórias nas suas funções diárias tanto a nível profissional como emocional.

5. Referências Bibliográficas

Almeida, L.S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (3ª Edição Revista e Ampliada)*. Braga: Psiquilíbrios

Alzheimer Portugal. *Alzheimer*. <http://alzheimerportugal.org/pt/>

APA (American Psychiatric Association). (2002). *DSM- IV-TR: Manual estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, RS: Artmed.

APFADA – *Associação Portuguesa dos Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer* (1999). *Manual do Cuidador*. Lisboa: APFADA.

APFDA - *Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do Doente de Alzheimer* (2004). *O silêncio da memória: o desconhecimento da doença de Alzheimer em Portugal*. Lisboa: Permanyer.

Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais, *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 119-129.

Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In Castro-Caldas, A. & Mendonça, A, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.27-40). Lousã: edições Lidel.

Barreto, J. (2007). A doença de Alzheimer. In Quaresma, M. & Pitaud, *Pessoas com doença de Alzheimer e suas famílias – Perspectivas e análises: Portugal, Espanha, França e Itália* (pp. 19-35). Lisboa, Universidade Lusíada – Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.

Bouman, W. P., Arcelus, J., & Benbow, S. M. (2007). Nottingham study of sexuality and ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 45–61. doi:10.1080/14681990600637630

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Calvante, G., & Gutierrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Espanã, Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica.

Catell, R.B. (1966). The scree test for number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.

Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17* (2), 184-188.

Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores, *Revista Eletrónica de Enfermagem, 13* (2), 306-312.

Coyne, A., Reichman, W & Berbig, L. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry, 150* (4), 643-646.

Dupuis, S. L., Epp, T. & Smale, B. (2004). Caregivers of persons with dementia: Roles, experiences, supports, and coping. Ontario: University of Waterloo.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi

Firmino H., Marques L. & Ferreira L. (2006). Doença de Alzheimer e outras demências: como diagnosticar. *Psychologica, 42*, 157-181.

Garre-Olmo, J. & Hernández- Ferrándiz, M. & Lozano-Gallego, M. & Vilalta-Franch, J. & Turón-Estrada, A. & Cruz- Reina, M.M. & Camps-Rovira, G. & López-Pousa, S. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurologia, 31* (6), 522-527.

González, J. L. T. (2007). As Perturbações Psicogerítricas. In E. Hortoneda Blanco. *Síndromes Geriátricas* (pp.175-212). Algés: Revisfarma – Edições Médicas, Lda.

Hay, J. (2001). *Doença de Alzheimer e Demência*. Lisboa: Plátano Edições.

Kaiser, H. (1970). A second generation: Little Jiffy. *Psychometrika, 35*, 401-415.

Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika, 39*, 31-3

Kawasaki, K & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal, *Revista Escola Enfermagem USP, 35* (3), 257-264

Kerlinger, F.N. (1986) *Foundations of Behavioral Research*. 3^a Ed: Holt, Rinehard and Winston: New York.

Kline, R. B. (1999). [Review of Psychometric theory, Nunnally and Bernstein (1994).] *Journal of Psychoeducational Assessment, 17*, 275–280.

Leuschner, A. (2005). Os auxílios disponíveis: os serviços de saúde mental. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Coord.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 161-172). Lisboa: Lidel.

Maia, B., Marques, M. & Macedo, A. (2013). Dementia in Portugal: Social and Health Services. In Joachim Döbler, Dawn B Judd, *Dementia: European Social Care Perspectives* (pp. 107-129). Wolfenbüttel: Ostfalia - University of Applied Sciences.

Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(1), 131-148.

McCabe, L. (2008). A holistic approach to caring for people with Alzheimer's disease. *Nursing Standard*, 22 (42), 50-56.

Mendonça, Alexandre & Couto, Frederico Simões (2005). Terapêutica farmacológica da Demência. In A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Lidel.

Minichiello, W., & Teppermanm, L. (2000). Assistência Domiciliar – cuidar do cuidador. *Revista Brasileira Home Care*, 5 (60), 36.

Neri, A., & Carvalho, V. (2002). O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In E.V Freitas, *Tratado de Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanagara Koogan.

Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1996). *Understanding family care*. Buckingham: Open University Press.

Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1998). Assessing the needs of family carers. A guide for practitioners. Brighton: Pavilion Publishing.

Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows (Version 15)*. (pp. 53-64, 146-178) Open University Press. McGraw Hill Education.

Pasquali, L. (2003). *Psicometria – Teoria dos Testes na Psicologia e Educação*. Petrópolis: Editora Vozes.

Pavarini, S., & Neri, A. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In Duarte Y., Diogo M. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo, Atheneu.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5a Ed). Lisboa: Edicoes Silabo.

Pickard, S. & Glendinning, C. (2001). Caring for a relative with dementia: the perceptions of carers an CPNs. *Quality in Aging*, 2, 3-11.

Picolli, F. & Pedroso, M. (2006). Qualidade de vida de cuidadores não profissionais em portadores de Alzheimer. *Logos*, 17 (1), 53-62.

Pimentel, L. (2008). Entre o dever e os afectos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar. VI Congresso Português de Sociologia *Mundos Sociais: Saberes e Práticas* (pp. 1-15). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A., Ferreira, E. & Ferreira, R. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (6), 870-875.

Santana, I. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências – Diagnóstico diferencial. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Coord.) *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.61-82). Lisboa: Lidel.

Santos, A. (2004). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos dependentes. Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sousa, L. (2004). O Recurso aos Apoios Formais: A Família, o Idoso e os Cuidado(re)s Formais, In Sousa, L. et al., *Envelhecer em Família: Os Cuidados Familiares na Velhice* (pp.95-141). Porto: Âmbar.

Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Campinas: Faculdade de Educação.

Woodford, H. (2009). *Guia Prático de Geriatria*. Lisboa: Climepsi Editores.

Apêndices

Apêndice I

Pedido de Autorização para as Instituições



Exmo.(a) Sr.(a). Director (a)

Sou aluna do Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra. Concluí a Licenciatura em Psicologia em 2011 e encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia Clínica, Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica.

Pretendo realizar um estudo de investigação conducente à obtenção do Grau de Mestre, cujo principal objetivo é adaptar e validar um índice de satisfação na prestação de cuidados a doentes de Alzheimer ou pessoas com outro tipo de demência.

É neste âmbito que venho solicitar a vossa Ex^a a indispensável colaboração, autorizando a recolha de dados junto de todos os profissionais que trabalham na sua delegação e que contactam directamente com pessoas com Alzheimer ou outro tipo de demência. Esta recolha envolve o preenchimento de um questionário sociodemográfico e de um questionário de auto-relato. As respostas serão tratadas de forma sigilosa e confidencial.

Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento e/ou contacto pessoal quando V. Ex.^a considerar oportuno.

Grata pela atenção e disponibilidade dispensadas, aguardo resposta com a maior brevidade possível.

Atenciosamente,

Email:

dadialbuquerque@gmail.com

Apêndice II

Consentimento Informado

**Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica
(Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica)**



Código: _____

Consentimento Informado

Vamos pedir-lhe que leia este pequeno texto.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra) e tem como objectivo adaptar e validar uma escala para cuidadores formais que trabalham com uma população com demência. Para concretizarmos este objectivo, necessitamos que responda a algumas perguntas de resposta breve e preencha um questionário, também de resposta rápida.

A sua participação é muito importante. No entanto, ela é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica. O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Eu, _____ li a
informação acima apresentada e aceito participar neste estudo.

Coimbra, _____ de _____ de 20 ____

Apêndice III

Questionário Sociodemográfico

Código: _____

Questionário sóciodemográfico

Secção I

1. Género Masculino Feminino

2. Idade: _____

3. Qual o seu grau de escolaridade?

1º ciclo do ensino básico (4.^a classe) 2º ciclo do ensino básico (5º/6º ano)

3º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano) Ensino Secundário

Licenciatura Mestrado Doutoramento

Outro Qual? _____

4. Qual a sua profissão?

Médico/a Assistente Social Psicólogo/a Enfermeiro/a Fisioterapeuta

Educador/a Professor/a Cozinheiro/a Auxiliar

5. Há quantos anos trabalha nesta instituição? _____

6. Quantas horas por dia contata com os utentes desta instituição? _____: _____

7. Recebeu formação na área da demência, ao longo da sua vida profissional?

Sim Não

8. Tem algum familiar com demência?

Sim Não

9. Se sim, tem que prestar cuidados a este familiar?

Sim Não

Anexos

Anexo I

Índice para avaliação da satisfação do prestador formal de cuidados

Índice para avaliação da satisfação do prestador formal de cuidados

CASI (Carers' Assessment of Satisfaction Index)

(Nolan e col. 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000, adaptado por Mariana Marques e Daniela Dinis, 2013)

O CASI é uma lista de 16 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das satisfações que têm obtido. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Prestar cuidados pode DAR SATISFAÇÃO porque:	Nunca me satisfaz	Satisfaz-me algumas vezes	Satisfaz-me muitas vezes	Satisfaz-me sempre
1. Permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades				
2. É bom observar pequenas melhorias no estado das pessoas de quem cuido				
3. Sou capaz de ajudar as pessoas de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades				
4. Prestar cuidados fornece-me a ocasião de mostrar que sou capaz				
5. É agradável ver as pessoas de quem cuido limpas, confortáveis e bem arranjadas				
6. Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros				
7. Dá-me satisfação ver que as pessoas de quem cuido se sentem bem				
8. É bom ajudar as pessoas de quem cuido a vencerem dificuldades/problemas				
9. É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar às pessoas de quem cuido				
10. Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa				
11. Prestar cuidados permite-me garantir que as pessoas de quem cuido têm as suas necessidades satisfeitas				
12. Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos				
13. Prestar cuidados permite-me pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades				
14. Prestar cuidados é uma forma de expressar a minha fé				
15. Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes				
16. Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado/a				

Anexo II

Autorização do Autor

Cara Daniela Albuquerque,

Na sequência dos contactos estabelecidos desde o email que me enviou em 23/08/2013, serve esta mensagem para formalizar a autorização para utilizar a versão portuguesa da CASI como base para o instrumento que efectivamente utilizou no seu estudo.

No que respeita às diversas alterações que realizou à escala, e tal como ficou também expresso na resposta do autor original principal (Prof. Mike Nolan) às questões que lhe coloquei acerca da sua proposta, considero que serão aceitáveis atendendo aos objectivos do seu estudo, apesar de alterarem de forma substancial os aspectos conceptuais do instrumento original, sobretudo no que respeita à formulação das opções de resposta.

Com os meus melhores cumprimentos,

Luisa Brito

