

# Versão portuguesa do CANE (*Camberwell Assessment of Need for the Elderly*): desenvolvimento e dados preliminares

MANUEL GONÇALVES-PEREIRA  
LIA FERNANDES  
ANTÓNIO LEUSCHNER  
JOÃO BARRETO  
DUARTE FALCÃO  
HORÁCIO FIRMINO  
RAIMUNDO MATEOS  
MARTIN ORRELL

A avaliação de necessidades de cuidados é crucial no planeamento, monitorização e avaliação de serviços de psiquiatria e saúde mental, bem como na investigação e na clínica. Este princípio é obviamente aplicável aos serviços responsáveis por populações de pessoas mais velhas.

O instrumento CANE — *Camberwell Assessment of Need for the Elderly* possibilita uma avaliação consistente das necessidades de utentes idosos, nomeadamente em situações

□

Manuel Gonçalves-Pereira é assistente convidado de Psicologia Médica no Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas — Universidade Nova de Lisboa; foi docente da Escola Nacional de Saúde Pública entre 2004 e 2006.

Lia Fernandes é assistente graduada do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João e doutorada pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

António Leuschner é presidente do Conselho de Administração do Hospital Magalhães Lemos e professor convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

João Barreto é professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e chefe de serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João.

Duarte Falcão é assistente graduado do Hospital Sobral Cid em Coimbra.

Horácio Firmino é chefe de serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Raimundo Mateos é professor titular do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela e coordenador da Unidade de Psicogeriatrics (*Complexo Hospitalario Universitario de Santiago* (CHUS).

Martin Orrell é professor da disciplina de *Ageing and Mental Health* do *Department of Mental Health Sciences* no *University College London*.

Submetido à apreciação: 30 de Março de 2007.

Aceite para publicação: 18 de Abril de 2007.

de patologia neuropsiquiátrica. Procede-se a uma avaliação cruzada, entrevistando a pessoa em questão, o seu cuidador informal e o técnico responsável. Esta avaliação multidimensional abrange domínios da esfera biológica, psicológica e social, sendo aplicável na comunidade ou em internamento (regime parcial ou completo). A utilidade do CANE tem sido evidenciada em contextos clínicos, de investigação e de avaliação de serviços.

Existem múltiplas traduções a nível internacional, a maioria das quais validada. Na área da epidemiologia psiquiátrica nem sempre estão disponíveis os dados relativos à qualidade das adaptações de instrumentos, pelo que se apresenta o processo de desenvolvimento da versão portuguesa (de acordo com as regras para validação transcultural, no processo de tradução-retroversão).

A aplicabilidade da versão portuguesa foi satisfatória neste estudo-piloto, representando a primeira fase de um trabalho multicêntrico nacional. Nesta fase inicial, foram considerados casos de idosos com patologia neuropsiquiátrica (maioritariamente demência — 71,4%), em dois centros (Lisboa e Porto) ( $n = 21$ ). A média de idades foi 73,9 ( $\pm 6,3$ ) anos, sendo 76,2% do sexo feminino. A maioria vivia em casa, apresentava co-morbilidade somática e estava em contacto com um cuidador informal (em geral, familiares do sexo feminino).

Os avaliadores identificaram necessidades, nem sempre cobertas, nas seguintes dimensões: cuidados com a casa, alimentação, actividades diárias, memória, saúde física, sofrimento psicológico, companhia e dinheiro/economias. Nem sempre a perspectiva de doentes, cuidadores, técnicos e avaliadores foi inteiramente coincidente. Estes resultados preliminares da aplicação da versão portuguesa do CANE são consistentes quanto à sua validade ecológica, facial e de

conteúdo, estando em curso contributos adicionais para a validação efectiva numa amostra de maior dimensão.

**Palavras-chave:** saúde mental; necessidade de cuidados; planeamento de serviços de saúde mental; avaliação de serviços de saúde mental; saúde dos idosos; psicogeriatrica; psicogerontologia; neuropsiquiatria.

## 1. Introdução e objectivos

O conceito de «necessidades», nomeadamente de «necessidades de cuidados», tem vindo a ser explorado por autores das mais diversas orientações teóricas desde há décadas. Não obstante, só nos últimos anos do século xx é que a questão da avaliação formal de necessidades assumiu importância crescente na planificação de cuidados em Psiquiatria e Saúde Mental, bem como na avaliação de qualidade dos serviços (Xavier, 1999).

Considera-se «necessidade» um problema significativo na área social ou da saúde, para o qual existem soluções ou intervenções potenciais. Citando Matthews (*ap. Wing, 1990*), «existe um estado de *necessidade* quando o indivíduo apresenta uma doença ou incapacidade para a qual existem cuidados/tratamentos efectivos e aceitáveis. A procura de cuidados existe quando o indivíduo considera que tem uma necessidade e deseja receber cuidados: a utilização ocorre quando o indivíduo recebe realmente os cuidados». A operacionalização deste constructo tem vantagens inequívocas em Psiquiatria e Saúde Mental, sendo consensual que a presença de necessidades não alcançadas em diversas áreas se correlaciona com o estado de saúde e com diversas variáveis de *outcome*, como a qualidade de vida da pessoa.

Esta linha de investigação tem sido desenvolvida em Portugal, na área da esquizofrenia, pelo Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Nova de Lisboa (FCM/UNL) (Almeida e Xavier, 1995; Gago, 1996; Xavier, 1999; Xavier *et al.*, 2003). Não obstante, os instrumentos de avaliação disponíveis em versões portuguesas validadas por este mesmo grupo (MRC NCA, *Needs for Care Assessment Schedules* — Brewin *et al.*, 1987; CAN, *Camberwell Assessment of Need* — Phelan *et al.*, 1995) não são directamente aplicáveis a pessoas idosas. Entre 1998 e 2000, reconhecendo esta mesma realidade no Reino Unido, teve lugar um esforço de novos grupos de trabalho no sentido de adaptar o CAN, instrumento divulgado pelos estudos EPSILON (McCrone *et al.*, 2000), para uso em doentes neuropsiquiátricos idosos. Daqui resultou uma adaptação designada *Camberwell Assessment of*

*Need for the Elderly* (CANE). O processo de desenvolvimento e validação do instrumento original está documentado na literatura (Reynolds *et al.*, 2000; Orrell e Hancock, 2004).

Este artigo descreve a primeira fase do trabalho com o CANE em Portugal, visando o desenvolvimento de uma versão válida para aplicação em populações de doentes neuropsiquiátricos idosos.

Na área da saúde mental e epidemiologia psiquiátrica, nem sempre estão acessíveis à comunidade científica os dados concretos sobre o processo e qualidade das traduções/adaptações de muitos instrumentos de avaliação. Assim, documenta-se o desenvolvimento da versão portuguesa do questionário (tradução, adaptação e caracterização da respectiva validade facial, de conteúdo e ecológica, com recurso a metodologias da área qualitativa) e a exploração da aceitabilidade numa amostra de pequenas dimensões. Estes são os resultados da primeira fase de um estudo multicêntrico, transversal, de avaliação de necessidades em doentes neuropsiquiátricos idosos. Esse estudo alargado, ainda em curso, deverá documentar de forma mais consistente a validação da versão portuguesa do CANE (explorando a validade de critério e de constructo, bem como a fiabilidade teste-reteste e inter-observadores).

## 2. Metodologia

### 2.1. CANE — descrição do instrumento

O CANE é um instrumento de avaliação de necessidades centrado na Pessoa. O seu enquadramento teórico é o modelo bio-psico-social (Engel, 1977), numa abordagem holística dos problemas do idoso. Constitui uma forma de avaliação de resultados (pode ser a base de avaliação e monitorização da efectividade de um plano personalizado de cuidados), de acordo com uma abordagem estruturada e relativamente simples (é aplicável por qualquer profissional competente da área da saúde, com um mínimo de treino associado).

A utilização do CANE é possível em contextos diversos: *a*) na clínica: a avaliação produz uma resenha de necessidades (cobertas, parcialmente cobertas ou não cobertas), que deverá levar à definição de áreas de risco e a um plano de cuidados ou intervenções específicas; *b*) na investigação: como forma de aferição padronizada de necessidades de cuidados; *c*) em avaliação de serviços: permitindo detectar e determinar falhas na prestação de cuidados ou necessidades de treino e influenciando na alocação de recursos.

Trata-se de um questionário estruturado e composto por 26 itens (áreas ou domínios), sendo os primeiros

24 referentes ao doente e os 2 últimos referentes ao cuidador informal, geralmente um familiar, se existir (*Quadro I*). Estes dois últimos itens (A e B) são explorados apenas com o cuidador e, eventualmente, com um profissional envolvido.

São os primeiros 24 itens que constituem o corpo do questionário. A informação que diz respeito a cada um deles é colhida, desejavelmente, em entrevistas separadas com o idoso/doente, o cuidador informal e o técnico responsável (área da saúde ou social), resultando em três perspectivas não necessariamente coincidentes e que devem ser registadas/pontuadas especificamente. Por outro lado, para cada área/item, consideram-se cinco secções de resposta: 1) pergunta-se se existe uma necessidade corrente nessa área específica; 2) aborda-se a resposta de fontes informais; 3) averigua-se a resposta dos serviços locais; 4) questiona-se se essas respostas são consideradas adequadas e qual o grau de satisfação da pessoa; por último, na secção 5), há possibilidade de especificar detalhes particulares da avaliação. Em

anexo, apresenta-se um item do CANE para exemplificação.

Nas primeiras quatro secções, o investigador atribui uma pontuação, em colunas separadas, de acordo com a opinião do idoso, do cuidador e do técnico, registando finalmente a sua opinião global relativa à situação do idoso em cada área de necessidade. Na primeira secção, a fundamental, regista-se a ausência ou presença de uma *necessidade* nessa área específica, podendo tratar-se de uma necessidade coberta (*met need*) ou não coberta (*unmet need*). Uma necessidade considera-se coberta quando (quer se trate de um problema ligeiro, moderado ou grave) está a ser alvo de intervenção adequada e potencialmente benéfica. Podem ser também considerados «necessidades cobertas» os problemas que normalmente não se revestem de importância clínica, não requerendo intervenções específicas.

A contabilização do número global de necessidades do idoso, discriminando quais as «cobertas» e «não cobertas», produz pontuações que podem ser utiliza-

#### Quadro I CANE: áreas de necessidade em avaliação

	Itens/domínios
	1. Alojamento
	2. Cuidados com a casa
	3. Alimentação
	4. Cuidados pessoais
	5. Cuidados com outras pessoas
	6. Actividades diárias
	7. Memória
	8. Visão/audição/comunicação
	9. Mobilidade/quedas
	10. Continência de esfíncteres
	11. Saúde física
<b>Idoso</b>	12. Medicamentos ou tóxicos
	13. Sintomas psicóticos
	14. Sofrimento psicológico
	15. Informação (sobre a doença e tratamento)
	16. Segurança pessoal (conduta parasuicidária)
	17. Segurança pessoal (risco não intencional)
	18. Abuso/negligência
	19. Comportamento
	20. Álcool
	21. Companhia
	22. Relações íntimas
	23. Dinheiro/economias
	24. Benefícios sociais
<b>Cuidador</b>	A. Necessidade de informação
	B. Sofrimento psicológico

das na avaliação e monitorização do caso. Não obstante, a produção de pontuações é um aspecto secundário da utilização do instrumento, cujo objectivo fundamental se traduz na identificação das necessidades individuais não cobertas.

No que toca à avaliação de necessidades em idosos, já fora desenvolvida em Portugal uma versão do *EASYcare* (*Elderly Assessment System*), da Universidade de Sheffield (Figueiredo e Sousa, 2001; Philp *et al.*, 1999; SISA, 1997). Trata-se de um instrumento de relevância documentada (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003), ainda que mais adequado à exploração de áreas próximas da qualidade de vida do que dos défices ou incapacidades clínicas (sendo, por exemplo, omissos no que toca a dimensões como a psicopatologia psicótica). Entretanto, a existência da versão portuguesa do *EASYcare* facilitará alguns aspectos da validação do questionário CANE, nomeadamente quanto ao estudo da validade de critério para alguns itens.

O CANE possui boas propriedades psicométricas (fiabilidade teste-reteste e inter-observadores), conforme documentado nos estudos originais de validação (Reynolds *et al.*, 2000) ou em replicações para contextos culturais diferentes, nomeadamente em estudos epidemiológicos comunitários (Ybarzábal *et al.*, 2002; Mateos *et al.* 2004). É hoje um instrumento acessível em treze línguas e utilizado no mundo inteiro, nomeadamente em muitos países da Europa ocidental.

## 2.2. Procedimentos

### 2.2.1. Primeira fase: desenvolvimento da versão portuguesa do CANE

O grupo de trabalho CANE — Portugal foi formado em 2003, aquando de um seminário de formação em avaliação de necessidades do idoso (organização da Unidade de Psicogeriatría do Centro Hospitalar da Universidade de Santiago de Compostela, em parceria com o *Department of Psychiatry and Behavioural Sciences* (*University College/London Medical School*). Esta formação intensiva na utilização do CANE foi orientada pelo coordenador do grupo de trabalho no Reino Unido (Martin Orrell) e pelo coordenador da validação do instrumento em Espanha (Raimundo Mateos). O grupo português ficou constituído por elementos de diversos serviços universitários e clínicos do norte, centro e sul do país, com intervenção em psicogeriatría.

Foi realizada uma tradução preliminar do CANE para português por elementos do grupo de trabalho, todos eles psiquiatras com fluência em língua inglesa e

experiência clínica na área da saúde mental do idoso. Adoptou-se o recurso a metodologias qualitativas para assegurar a validade transcultural da tradução, cumprindo as recomendações metodológicas habituais para tradução de instrumentos deste género. Teve lugar um grupo de discussão da tradução composto por profissionais das áreas da saúde e social (psicólogos, enfermeiros de saúde mental, técnicos de serviço social, investigadores da área da epidemiologia psiquiátrica, em conjunto com os autores da tradução). A versão preliminar foi reformulada de acordo com algumas sugestões pertinentes.

Entretanto, prosseguiu a formação inicial na aplicação do CANE. Foram constituídas equipas em cada um dos centros participantes:

- a) Universidade Nova de Lisboa (UNL), em articulação com a Clínica Psiquiátrica de S. José (Instituto das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus — IPSS);
- b) Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital S. João (SPHSJ)/Faculdade de Medicina do Porto;
- c) Unidade de Psicogeriatría do Hospital Magalhães Lemos (Porto);
- d) Hospital Sobral Cid (Coimbra).

A aferição da fiabilidade de cotação inter-observadores foi feita em reuniões dos investigadores responsáveis de centro, com trabalho sobre vinhetas clínicas e gravações vídeo. Cada um destes investigadores foi responsável pela repetição do processo nos centros envolvidos, com a respectiva equipa de entrevistadores.

Em seguida, foram feitos pequenos ensaios, para aferição da compreensibilidade dos itens e da aceitabilidade geral do instrumento. Nestes pré-testes, o questionário foi aplicado a pessoas idosas (critério: idade igual ou superior a 65 anos) com doença mental ou neuropsiquiátrica, em regime ambulatorio ou de internamento, parcial ou completo, respectivos cuidadores e profissionais de saúde, sem que tivesse sido necessário reformular significativamente a versão preliminar.

A retroversão foi então realizada por um tradutor especializado de língua materna inglesa, com conhecimentos genéricos na área da saúde mental. A revisão pelos autores do Manual CANE (Orrell e Hancock, 2004) originou apenas alterações de pormenor, tendo sido então formalizada a tradução adoptada (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2004).

Mais tarde, foi considerada a participação de uma quinta equipa (Hospitais da Universidade de Coimbra) e delineado o protocolo final do estudo multicêntrico para validação do CANE.

### 2.2.2. Segunda fase: avaliação de necessidades num estudo-piloto

O estudo alargado de validação do CANE em Portugal está ainda em curso e os seus resultados serão objecto de publicação específica.

Nesta segunda fase do trabalho preliminar, que aqui se descreve, teve lugar um estudo-piloto de aplicação do instrumento. Pretendeu-se, essencialmente, complementar a documentação da aplicabilidade do CANE, deixando para o estudo de validação a exploração da validade de critério e de constructo, bem como a determinação de outras propriedades psicométricas da versão portuguesa (fiabilidade teste-reteste e inter-observadores; homogeneidade dos itens).

#### Participantes

Pessoas de idade igual ou superior a 65 anos, com perturbação mental ou neuropsiquiátrica diagnosticada pela CID-10 (Classificação Internacional das Doenças — Secção de Perturbações Mentais e Comportamentais — Critérios de Diagnóstico para Investigação; OMS, 1993).

#### Seleção e dimensão da amostra

Amostra não aleatorizada, de conveniência ( $n = 21$ ), seleccionada entre Janeiro e Março de 2006 nos centros de Lisboa e Porto.

Foi solicitado o consentimento informado a doentes e respectivos cuidadores, com garantia de confidencialidade dos dados de investigação. Não se registaram recusas na participação.

#### Aplicação do CANE e medidas adicionais

Foram consideradas dimensões paralelas, em relação com o conceito de «necessidades», nomeadamente: défice cognitivo e nível de capacidade funcional dos idosos, bem como psicopatologia dos cuidadores. O conjunto dos instrumentos complementares seleccionados para o estudo de validação são apresentados no *Quadro II*, tendo sido considerados, nos resultados deste estudo-piloto, os seguintes:

- *Mini Mental State Examination* — MMSE (Folstein, Folstein e McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro *et al.*, 1994);
- *Índice de Barthel* (Mahoney e Barthel, 1965);
- *General Health Questionnaire* — GHQ (Goldberg e Williams, 1988; versão de 12 itens).

As entrevistas com o CANE foram realizadas por equipas de duas pessoas, para estudo da fiabilidade inter-observadores (com entrevistador e observador alternando papéis para evitar situações de viés sistemático). Sempre que possível, dependendo do grau de colaboração dos entrevistados, foi iniciada a análise da fiabilidade teste-reteste e inter-observador. Não obstante, pela reduzida dimensão desta amostra inicial, estes dados serão apenas considerados em publicação posterior.

### Quadro II Dimensões avaliadas e instrumentos

Dimensões	Instrumentos
	A — Variáveis relativas a idosos
Necessidades de cuidados	— <i>Camberwell Assessment of Needs for the Elderly</i> (Reynolds <i>et al.</i> , 2000) — <i>Easycare: Elderly Assessment System</i> (Philp <i>et al.</i> , 1999; ver. port. Figueiredo & Sousa, 2001)
Défice cognitivo	— <i>Mini Mental State Examination</i> (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; ver. port. Guerreiro <i>et al.</i> , 1994)
Capacidade funcional	— <i>Índice de Barthel</i> (Mahoney & Barthel, 1965)
	B — Variáveis relativas a cuidadores
Sofrimento psíquico e depressão	— <i>General Health Questionnaire</i> (Goldberg & Williams, 1988) — <i>Geriatric Depression Scale</i> (Yesavage, 1983; ver. port. Barreto <i>et al.</i> , 2003)

Alguns resultados foram já parcialmente apresentados em comunicações orais (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2006; Fernandes *et al.*, 2006), bem como no VIII Congresso Virtual de Psiquiatria, Fevereiro 2007 (Fernandes *et al.*, 2007).

### Métodos de análise

Análise descritiva, utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* — versão 12 para Windows (SPSS, 2003).

## 3. Resultados

### 3.1. Aplicabilidade transcultural

De acordo com a percepção subjectiva dos investigadores no terreno, a aceitabilidade da entrevista CANE foi globalmente muito satisfatória. Após os primeiros ensaios e o estudo-piloto, não houve evidência de necessidade de reformulação da versão portuguesa.

O tempo de entrevista oscilou entre 10 e 60 minutos (média  $27,2 \pm 13,6$ ) para os idosos avaliados e entre 10 e 30 minutos (média  $15,9 \pm 7,6$ ) para os cuidadores informais, variando obviamente com a complexidade das situações e o nível registado de necessidades.

### 3.2. Estudo descritivo

Foram avaliados 21 utentes idosos com idades entre os 65 e os 85 anos (*Quadro III*), sendo mais de dois terços do sexo feminino e vivendo, na maioria (66,7%), em sua casa. Apenas uma destas pessoas se encontrava na altura em situação de internamento hospitalar, enquanto uma outra estava institucionalizada num lar (foi opção metodológica privilegiar o estudo de doentes em regime ambulatório). Sensivelmente metade (47,4%) pertencia à classe social mais baixa (V), na classificação social de Graffar (Graffar, 1956).

Todos apresentavam patologia neuropsiquiátrica, na sua maioria de tipo demencial (71,4%), com diagnóstico de doença de Alzheimer, demência vascular ou outra. Em 81% dos casos havia a registar co-morbilidade somática (por exemplo: hipertensão arterial, reumatismo degenerativo, diabetes insulino-dependente).

Três destes utentes idosos (dois dos quais com diagnóstico de depressão) referiram ter a responsabilidade de cuidar de alguém. Por outro lado, apenas um

dos 21 doentes não tinha qualquer cuidador informal. Dezoito doentes (85,7%) apresentaram défice cognitivo significativo, pelo MMSE (de acordo com os critérios aferidos para a população portuguesa por Guerreiro *et al.*, 1994 e a validação clínica pelo médico assistente). A pontuação média pelo índice de Barthel foi 80,0 ( $\pm 18$ ), variando entre 50 e 100 ( $n = 21$ ).

São apresentados no *Quadro IV* alguns dados relativos aos cuidadores informais. Maioritariamente, estes cuidadores eram do sexo feminino (80%), na sua maioria familiares (geralmente filhas), de meia-idade e casadas. Num dos casos, por indisponibilidade do cuidador principal, foi necessário pedir a colaboração de um outro familiar (cuidador secundário) na entrevista.

De acordo com o GHQ 12, foi identificado apenas um caso provável de morbilidade psíquica significativa (5% da amostra), tendo a pontuação média sido 14,06 ( $\pm 4,52$ ).

No que toca aos resultados da aplicação do questionário CANE, os avaliadores identificaram com clareza diversas necessidades dos utentes idosos, principalmente nas seguintes dimensões: cuidados com a casa, alimentação, actividades diárias, memória, saúde física, sofrimento psicológico, companhia e dinheiro/economias (*Quadro V*). Nem sempre as necessidades referidas estavam cobertas (caso dos problemas relativos a cuidados com a casa, alimentação, cuidados pessoais, actividades diárias, memória, mobilidade/quedas, continência de esfíncteres, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, informação sobre a doença, segurança pessoal — risco suicidário e não intencional, companhia e dinheiro/economias). Nesta amostra, os avaliadores não identificaram necessidades relacionadas com abuso/negligência ou consumo de álcool.

Tal como esperado, nem sempre a perspectiva dos doentes idosos, bem como dos respectivos cuidadores informais e técnicos, foi inteiramente coincidente com a referida pontuação dos avaliadores, ainda que as discrepâncias não tenham assumido relevância particular nesta amostra.

Os cuidadores referiram, na sua maioria, a ausência de necessidades próprias nos domínios A e B do CANE. Não obstante, três deles apresentavam necessidades não cobertas relativas à informação sobre a doença e quatro na área do sofrimento psíquico.

## 4. Discussão

A versão portuguesa do CANE foi desenvolvida com base nos pressupostos metodológicos necessários para assegurar a sua validade, tendo em conta aspec-

**Quadro III**  
**Utentes idosos em avaliação no estudo-piloto**

Características	<i>n</i> = 21
Idade (anos):	73,9 ( $\pm$ 6,3); I.V. 65-85
Sexo: <i>n</i> (%)	
Feminino	16 (76,2%)
Masculino	5 (23,8%)
Estado civil: <i>n</i> (%)	
Solteiro(a)	2 (9,5%)
Casado(a)	8 (38,1%)
Divorciado/separado(a)	1 (4,8%)
Viúvo(a)	10 (47,6%)
Situação de vida: <i>n</i> (%)	
Vive só	6 (28,6%)
Com companheiro	7 (33,3%)
Com outros parentes	7 (33,3%)
Com outros	1 (4,8%)
Internamento hospitalar	1 (4,8%)
Internamento em lar	1 (4,8%)
Frequentando centro de dia	5 (23,8%)
Casa	14 (66,7%)
Estado face aos serviços, na entrevista: <i>n</i> (%)	
Internamento completo	1 (4,8%)
Ambulatório/consulta externa	16 (76,2%)
Sem contacto	4 (19%)
Internamentos anteriores:	Mediana: 1; I.V. 0-20
Diagnóstico neuropsiquiátrico: <i>n</i> (%)	
Demência	15 (71,4%)
Perturbação depressiva	3 (14,3%)
Perturbação bipolar	1 (4,8%)
Perturbação psicótica	1 (4,8%)
Outro	1 (4,8%)
Co-morbilidade somática: <i>n</i> (%)	
Sim	17 (81%)
Não	4 (19%)
Classe social (Graffar): <i>n</i> (%)	
Classe I	1 (4,8%)
Classe II	2 (9,5%)
Classe III	2 (9,5%)
Classe IV	6 (28,6%)
Classe V	10 (47,6%)
Área geográfica: <i>n</i> (%)	
Urbana	8 (38,1%)
Suburbana	11 (52,4%)
Rural	2 (9,5%)
Vive com cuidador informal (principal)? <i>n</i> (%)	
Sim	9 (42,9%)
Não	12 (57,1%)
Cuida de alguém? <i>n</i> (%)	
Sim	3 (14,3%)
Não	18 (85,7%)

**Quadro IV**  
**Cuidadores informais entrevistados no estudo-piloto**

Características	<i>n</i> = 20
Idade (anos):	53,4 ( $\pm$ 12,0); I.V. 35-59
Sexo: <i>n</i> (%)	
Feminino	16 (80%)
Masculino	4 (20%)
Estado civil: <i>n</i> (%)	
Solteiro(a)	5 (25%)
Casado(a)	14 (70%)
Divorciado/separado(a)	1 (5%)
Cuidador principal? <i>n</i> (%)	
Sim	19 (95%)
Não	1 (5%)
Parentesco com o idoso: <i>n</i> (%)	
Filho(a)	10 (50%)
Marido/mulher	4 (20%)
Outro	1 (5%)
Sem parentesco	5 (25%)

**Quadro V**  
**Nível de necessidades (pontuação dos avaliadores)**

Itens/domínios	Necessidades identificadas <i>n</i> (%)		
	Sem necessidade	Necessidade coberta	Necessidade não coberta
Alojamento	17 (81)	4 (19)	–
Cuidados com a casa	1 (4,8)	17 (81)	3 (14,3)
Alimentação	3 (14,3)	16 (76,2)	2 (9,5)
Cuidados pessoais	8 (38,1)	11 (52,4)	2 (9,5)
Cuidados com outras pessoas	19 (90,5)	2 (9,5)	–
Actividades diárias	6 (28,6)	9 (42,9)	6 (28,6)
Memória	2 (9,5)	14 (66,7)	5 (23,8)
Visão/audição/comunicação	17 (81)	4 (19)	–
Mobilidade/quedas	10 (47,6)	7 (33,3)	4 (19)
Continência de esfíncteres	12 (57,1)	7 (33,3)	2 (9,5)
Saúde física	5 (23,8)	16 (76,2)	–
Medicamentos ou tóxicos	16 (76,2)	5 (23,8)	–
Sintomas psicóticos	18 (85,7)	2 (9,5)	1 (4,8)
Sofrimento psicológico	6 (28,6)	10 (47,6)	5 (23,8)
Informação (sobre a doença e tratamento)	14 (66,7)	4 (19)	3 (14,3)
Segurança pessoal (conduta parasuicidária)	19 (90,5)	1 (4,8)	1 (4,8)
Segurança pessoal (risco não intencional)	12 (57,1)	5 (23,8)	4 (19)
Abuso/negligência	21 (100)	–	–
Comportamento	20 (95,2)	1 (4,8)	–
Álcool	21 (100)	–	–
Companhia	6 (28,6)	10 (47,6)	5 (23,8)
Relações íntimas	20 (95,2)	1 (4,8)	–
Dinheiro/economias	3 (14,3)	16 (76,2)	2 (9,5)
Benefícios sociais	19 (90,5)	2 (9,5)	–
A. Necessidade de informação	15 (71,4)	2 (9,5)	3 (14,3)
B. Sofrimento psicológico	12 (57,1)	4 (19)	4 (19)



tos de adaptação cultural e linguística. Os passos relativos à tradução estão documentados. Por outro lado, a constituição de uma equipa multicêntrica e multidisciplinar, envolvendo serviços de diversas regiões de Portugal, possibilitou um trabalho equilibrado na adaptação do instrumento à realidade nacional.

Apresentamos apenas a primeira parte de um estudo alargado para validação da versão portuguesa do CANE. Esta amostra inicial é demasiado reduzida para possibilitar uma análise fundamentada das características psicométricas da versão ou de outras questões ligadas à validade de critério (como a comparação com os resultados da aplicação do *EASYcare*) ou de constructo. Não obstante, os dados preliminares relativos à aplicabilidade do questionário e à fiabilidade inter-observadores e teste-reteste indicam resultados encorajadores.

A fase inicial do desenvolvimento da versão portuguesa do CANE, com recurso a metodologias qualitativas, levantou questões na adaptação ao nosso contexto clínico. Mas a aceitabilidade desta versão no terreno, por parte de doentes idosos, cuidadores e técnicos envolvidos, tem vindo a ser fundamentada e decorre deste mesmo estudo-piloto. O facto de algumas entrevistas com os idosos terem ultrapassado a duração de trinta minutos é explicável pela maior complexidade dessas situações, pelo défice cognitivo associado (determinando maior latência de resposta) e até pelo facto de se tratar de um cenário de investigação (entrevistas com equipas de dois investigadores). Não obstante, talvez se venha a revelar vantajoso, no que toca à aplicação por rotina em equipas de saúde mental, usar versões reduzidas do instrumento ou limitar a cotação a secções particulares (nomeadamente a primeira).

No que se refere à amostra em estudo, tratou-se de um grupo de doentes idosos relativamente homogéneo nas suas características clínicas (a maioria com défice cognitivo, radicado ou não num diagnóstico de demência, na sua maioria em contacto com serviços de saúde mental). Em 85,7% dos casos verificou-se défice cognitivo clinicamente importante, em concordância com o registo de apenas 2 casos (9,5%) sem necessidades no domínio «memória». Mais de 4/5 dos idosos registava co-morbilidade somática: este facto corrobora os resultados da pontuação CANE relativos à «saúde física», com 16 pessoas (76,2 %) em que se verificaram necessidades nesse domínio, ainda que «cobertas» em todos os casos. A maioria das pessoas vivia em sua casa, e a capacidade funcional (índice de Barthel) estava relativamente preservada. Na verdade, as questões relativas a «alojamento», «mobilidade/quedas» ou «continência de esfíncteres» não foram muito valorizadas nesta

amostra. Não obstante, as áreas «cuidados com a casa» e «alimentação» foram aquelas em que mais se verificou a presença de necessidades (ainda que geralmente cobertas), juntamente com «memória» e «dinheiro/economias».

O nível socioeconómico (avaliado pelo índice de Graffar) era relativamente baixo, apesar de apenas 2 casos (9,5%) terem registado necessidades, aliás cobertas, no domínio «benefícios sociais».

Entretanto, é preocupante o facto de, numa amostra de 21 doentes em seguimento por equipas especializadas, se registar em mais de um caso (de acordo com os avaliadores) a existência de necessidades não cobertas em áreas como: «memória», «sintomas psicóticos», «sofrimento psicológico», «informação sobre a doença», «segurança pessoal» («risco suicidário» ou «não intencional»). Dado que os avaliadores eram elementos do serviço em questão (o que, a ter enviesado os resultados, determinaria quando muito alguma complacência na identificação de necessidades), este dado aponta para as potencialidades do CANE como instrumento de monitorização dos casos e de auto-monitorização das equipas.

Por outro lado, o facto de não terem sido identificadas necessidades relacionadas com abuso/negligência ou consumo de álcool será certamente fruto da técnica incidental de selecção e da reduzida dimensão da amostra.

O mesmo se aplica a algumas características gerais deste grupo de doentes idosos e respectivos cuidadores, o qual não é claramente representativo das populações recorrendo aos serviços, em Portugal. Os dados relativos aos cuidadores, apesar de a amostragem não ser aleatorizada, são consentâneos com alguns dados gerais disponíveis na literatura (Gonçalves-Pereira e Mateos, 2006), mas os índices de morbilidade psiquiátrica *minor* foram mais reduzidos. Na verdade, apenas um destes 20 cuidadores foi identificado como provável «caso». A este propósito, relembra-se a inexistência de estudos completos de validação para muitas versões portuguesas de diversos instrumentos, nomeadamente o GHQ-12 (tendo sido adoptados os pontos-de-corte originais, não necessariamente adequados para a nossa população). De qualquer modo, neste grupo de cuidadores, este dado é congruente com a não-identificação de necessidades próprias significativas pelos itens finais do CANE (A e B).

## 6. Conclusão

Os resultados preliminares no desenvolvimento da versão portuguesa do CANE são consistentes quanto à sua validade ecológica, facial e de conteúdo. Trata-se

de um instrumento promissor para aplicação em contextos de investigação epidemiológica ou clínica e, possivelmente em versões reduzidas, no quotidiano dos serviços.

O estudo alargado de validação no nosso país, em fase de conclusão, virá contribuir para o esclarecimento da aplicabilidade e características psicométricas deste instrumento em Portugal.

## Notas finais

O Grupo de Trabalho «CANE — Portugal» é constituído pelos autores deste artigo e por: Sónia Martins e Rosa Gonçalves (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, do Porto); Catarina Janeiro e Jaime Grácio (Clínica Psiquiátrica de S. José/Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, de Lisboa); Mafalda Gomes, Mónica Pereira e Pedro Nunes (Lisboa); Teresa Salgado, Margarida Sobral, Adelson Estrela, M. José Salgado, Luísa Teles e Justina Silva (Unidade de Psicogeriatría do Hospital Magalhães Lemos, do Porto); Clara Pinto (Hospital Sobral Cid, de Coimbra).

Richard Rogers foi o responsável pela retroversão da tradução preliminar do CANE.

## □ Bibliografia

ALMEIDA, J. C.; Xavier, M. — Avaliação e garantia de qualidade dos serviços de saúde mental. *Acta Médica Portuguesa*. 8 (1995) 119-131.

BARRETO, J. *et al.* — Escala de depressão geriátrica. Lisboa : Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, 2003. Tradução portuguesa da *Geriatric Depression Scale*, de YESAVAGE, *et al.* (1983).

BREWING, C. *et al.* — Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill : the MRC needs for care assessment. *Psychological Medicine*. 17 : 4 (1987) 971-981.

ENGEL, G.L. — The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. *Science*. 196 : 4286 (1977) 129-136.

FERNANDES, L. *et al.* — The Portuguese version of the CANE : preliminary report. *Psiquiatria Clínica*. Suppl. 1 (2006).

FERNANDES, L. *et al.* — CANE em contexto clínico : estudo piloto [em linha]. Congresso Virtual de Psiquiatria, 8 — Interpsiquis [acedido em 4-3-07]. Disponível em [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com).

FIGUEIREDO, D.; SOUSA, L. — EASYcare : um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso. *Revista de Geriatria*. 130 (2001) 41-47.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S.; McHUGH P. R. — Mini-mental state : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12 : 3 (1975) 189-198.

GAGO, J. S. — Avaliação de necessidades em reabilitação psicossocial. Lisboa : Faculdade de Ciências Médicas. UNL, 1996. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

GOLDBERG, D.; WILLIAMS, P. — A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-NELSON, 1988.

GONÇALVES-PEREIRA, M. *et al.* — Versão portuguesa do *Camberwell Assessment of Need for the Elderly*. Lisboa : [s. n.], 2004.

GONÇALVES-PEREIRA, M. *et al.* — Methodological issues concerning development of the Portuguese version of the CANE. *Psiquiatria Clínica*. Suppl. 1 (2006).

GONÇALVES-PEREIRA, M.; MATEOS, R. — A família e as pessoas com demência : vivências e necessidades dos cuidadores. In Firmino, H., *et al.*, ed. lit. — Psicogeriatría. Coimbra : Psiquiatria Clínica, 2006. 541-560. ISBN 989-20-0314-4.

GRAFFAR, M — Une méthode de classification sociale : échantillons de population. *Courrier*. 6 (1956) 445-459.

GUERREIRO, M. *et al.* — Avaliação breve do estado mental. Lisboa : Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, 1994.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. — Functional evaluation : the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*. 14 (1965) 61-65.

MATEOS, R. *et al.* — The Spanish CANE : validation study and utility in epidemiological surveys. In Orrell, M.; Hancock, G., ed. lit. — CANE, Camberwell Assessment of Need for the Elderly. London: Gaskell, 2004. 21-28. ISBN 1-904671-06-3.

McCRONE, P. *et al.* — Reliability of the Camberwell Assessment of Need : European version : EPSILON Study 6. *British Journal of Psychiatry*. 177 : 39 (2000) S34-40.

ORRELL, M.; HANCOCK, G., ed. lit. — CANE, Camberwell Assessment of Need for the Elderly. London : Gaskell, 2004. ISBN 1-904671-06-3.

PHELAN, M. *et al.* — The Camberwell Assessment of Need : the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 167 : 5 (1995) 589-595.

PHILP, I. *et al.* — A better way to measure disability in older people. *Age and Ageing*. 27 (1999) 519-522.

REYNOLDS, T. *et al.* — Camberwell Assessment of Need for the Elderly : development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*. 176 (2000) 444-452.

SISA — EASYcare. Sheffield : Sheffield Institute for Studies on Ageing. The University of Sheffield, UK, 1997.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. — Qualidade de vida e bem-estar nos idosos : um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 37 : 3 (2003) 364-371.

WING, J. K. — Meeting the needs of people with psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 25 : 1 (1990) 2-8.

XAVIER, M — Avaliação de qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental : estudo multidimensional dos cuidados prestados

a doentes com esquizofrenia. Lisboa : Faculdade de Ciências Médicas. UNL, 1999. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

XAVIER, M. *et al.* — Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal : estudo comparativo e multicêntrico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 20 : 2 (2003) 5-17.

YBARZÁBAL, M. *et al.* — Validación de la version española del CANE (Escala de Evaluación de Necesidades para Ancianos de Camberwell). *Revista de Psicogeriatría*. 2 : 1 (2002) 38-44.

YESAVAGE, J. A. *et al.* — Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. *Journal Psychiatric Research*. 17 : 1 (1983) 37-49.

## □ Abstract

### THE PORTUGUESE VERSION OF THE CANE (CAMBERWELL ASSESSMENT OF NEED FOR THE ELDERLY): DEVELOPMENT AND PRELIMINARY DATA

Needs assessment is now considered a crucial issue in clinical and research settings, no less than in what concerns mental health services planning, monitoring and evaluation.

This obviously applies to services responsible for the elderly, whether patients present specific neuropsychiatric conditions or not. The *Camberwell Assessment of Need for the Elderly* — CANE is a fundamental tool for the evaluation of older people particularly suited to those with psychiatric problems. It also allows a cross-evaluation by elderly users, family carers and staff. Adopting a multidimensional biopsychosocial framework, the CANE is applicable in community, home care and inpatient settings.

It has been translated and cross-culturally validated in many countries in Europe and worldwide. The Portuguese version stemmed from the IV version of the English CANE and formal procedures were adopted in order to ensure its validity. The translation was done by a group of Portuguese psychiatrists with expertise in old age mental health. The accuracy of this translation was discussed in a larger multidisciplinary group (comprising psychiatrists, psychologists, mental health nurses and social workers), providing opinion on face and content validity. A back translation was subsequently checked and corrected by the authors in England.

The resulting Portuguese version (2004) was then used in pilot studies, including this preliminary phase of an ongoing multicentre study. Some practical issues have been raised concerning acceptability of the CANE in routine clinical settings. Nevertheless, the acceptability of the Portuguese CANE was evident from the beginning of this study.

In this preliminary phase, 21 elderly patients (mainly diagnosed dementia — 71,4%), were considered (Lisbon and Oporto). Mean age was 73,9 ( $\pm$  6,3) years and 76,2% were female. Most patients lived at home and presented somatic comorbidity. Only one patient had no carer, all the others had family caregivers, mostly female.

Raters identified significant needs, mainly concerning the following dimensions: household activities, food, daytime activities, memory, physical health, psychological distress, company and money. Sometimes, these were unmet needs. As expected, users, carers, staff and raters had some differing views regarding users' needs.

Robust positive data on ecological, face and content validity of the Portuguese version of the CANE have been shown from this preliminary phase of the ongoing multicentre definitive validation study.

**Keywords:** mental health; needs assessment; mental health services planning; mental health services evaluation; aging; psychogeriatrics; psychogerontology; neuropsychiatry.

ANEXO  
CANE: exemplo de um item do questionário

## 9. Mobilidade/quedas

Cotação  
idoso/cuidador/técnico/avaliador

i) A pessoa tem dificuldades em movimentar-se ou em usar transportes públicos? Cai frequentemente?				
<i>Tem tido problemas em mover-se dentro de casa? Acontece-lhe ter quedas com frequência? Tem tido problemas em usar os transportes públicos?</i>				
0 = Sem necessidade	ex: fisicamente capaz e autónoma para mobilizar-se.			
1 = Necessidade coberta	ex: algumas dificuldades para andar, subir escadas ou usar transportes públicos, mas capaz de o fazer com ajuda (v.g. bengala, cadeira de rodas). Quedas ocasionais.			
2 = Necessidade não coberta	ex: mobilidade muito limitada, mesmo com ajuda (andarrilho, etc.); quedas frequentes; não dispõe de ajuda adequada.			
9 = Informação não disponível				
Se pontuar «0» ou «9», siga para a questão 10.				
ii) Qual o apoio que a pessoa recebe de familiares ou amigos relativamente aos problemas de mobilidade?				
0 = Nenhum				
1 = Ajuda pequena	ex: ajuda ocasional com transportes; suporte.			
2 = Ajuda moderada	ex: ajuda habitual com questões de mobilidade/transportes públicos; ajuda na organização de alterações dos acessos em casa.			
3 = Ajuda grande	ex: ajuda e supervisão diárias na mobilidade/deslocações.			
9 = Informação não disponível				
iii) Qual o apoio que a pessoa recebe dos serviços da área relativamente aos problemas de mobilidade?				
Qual o apoio de que a pessoa precisaria, por parte dos serviços da área, para problemas de mobilidade?				
0 = Nenhum				
1 = Ajuda pequena	ex: aconselhamento; fornecimento de um ou mais dispositivos (ou aparelhos).			
2 = Ajuda moderada	ex: presentemente fazendo exames e/ou avaliações de fisioterapia/terapia ocupacional; transporte regular (v.g. para centro de dia) ou apoio ligeiro na mobilidade.			
3 = Ajuda grande	ex: alterações e remodelações completas em casa; aparelhos necessários são fornecidos; apoio substancial na maior parte dos dias; em lar devido aos problemas de mobilidade.			
9 = Informação não disponível				
iv) Acha que a pessoa recebe a ajuda adequada no que respeita a problemas de mobilidade? (0 = Não; 1 = Sim; 9 = Desconhecido)				
De modo geral, a pessoa está satisfeita com a ajuda que lhe é dada quanto a problemas de mobilidade? (0 = Não satisfeita; 1 = Satisfeita; 9 = Desconhecido)				
v) Comentários				