

# Revalidação do *Holistic Comfort Questionnaire – Family* para cuidadores de pessoas com doença crónica avançada

Revalidation of the *Holistic Comfort Questionnaire – Family* for caregivers of people with advanced chronic disease

Revalidación del *Holistic Comfort Questionnaire – Family* para los cuidadores de personas con enfermedad crónica avanzada

Rita Margarida Dourado Marques\*; Maria dos anjos Dixe\*\*; Ana Isabel Querido\*\*\*; Patricia Pontifice Sousa\*\*\*\*

## Resumo

**Enquadramento:** O conforto é fundamental na prática de enfermagem pelo que emerge a necessidade de instrumentos úteis e válidos para o avaliar.

**Objetivos:** Determinar as características psicométricas do *Holistic Comfort Questionnaire – Family* (HCQ-F) para a população Portuguesa e, avaliar o nível de conforto dos cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada.

**Metodologia:** Estudo metodológico com uma análise do tipo quantitativo, realizado a 314 cuidadores. Para o estudo das propriedades psicométricas, calculámos medidas descritivas de resumo, correlações de cada item com o total e, o *alfa* de Cronbach. Para a análise fatorial, utilizámos a rotação ortogonal do tipo varimax e a extração de fatores com valores próprios > 1.

**Resultados:** Da determinação da consistência interna e análise fatorial dos itens do HCQ-F resultou o *Holistic Comfort Questionnaire – Cuidadores – Portugal* (HCQ-C-PT) com 18 itens que se distribuíram por 3 fatores: alívio, tranquilidade e transcendência ( $\alpha=0,795$ ).

**Conclusão:** Os resultados sugerem que o HCQ-C-PT apresenta validade e consistência interna adequados para avaliar o conforto em cuidadores de pessoas com doença crónica avançada.

**Palavras-chave:** conforto; cuidadores; doença crónica

## Abstract

**Background:** Comfort is essential in nursing practice, so useful and valid assessment tools are required.

**Objectives:** To analyze the psychometric properties of the *Holistic Comfort Questionnaire – Family* (HCQ-F) for the Portuguese population and assess the level of comfort among caregivers of people with advanced chronic disease.

**Methodology:** A methodological study with a quantitative approach was conducted with 314 caregivers. The psychometric properties were analyzed using descriptive summary measures, item-total correlations, and Cronbach's alpha. Factor analysis was performed using varimax orthogonal rotation and extraction factors with eigenvalues > 1.

**Results:** The internal consistency and factor analysis of the HCQ-F items resulted in the *Holistic Comfort Questionnaire – Caregivers – Portugal* (HCQ-C-PT) with 18 items that were distributed by 3 factors: relief, ease, and transcendence ( $\alpha=.795$ ).

**Conclusion:** Based on validity and reliability results, the HCQ-C-PT proved to be suitable for assessing comfort in caregivers of people with advanced chronic disease.

**Keywords:** comfort; caregivers; chronic disease

\* Ph.D., Enfermeira Especialista, Hospital de Santa Maria, 2675-644, Odivelas, Portugal [ritam@marques@gmail.com]. Morada para correspondência: Rua Eusébio Leão, nº2 6ºB, 2675-644, Odivelas, Portugal. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha, tratamento e análise de dados, discussão de resultados, escrita do artigo.

\*\* Ph.D., Professora Coordenadora, Instituto Politécnico de Leiria, 2411-901, Leiria, Portugal [manjos.dixe@gmail.com]. Contribuição no artigo: tratamento e análise de dados, discussão de resultados, escrita do artigo.

\*\*\* Ph.D., Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Leiria, 2411-901, Leiria, Portugal [querido.ana@gmail.com]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha, tratamento e análise de dados, discussão de resultados, escrita do artigo.

\*\*\*\* Ph.D., Professora Auxiliar, Universidade Católica Portuguesa, 1649-023, Lisboa, Portugal [patriciapontificesousa@gmail.com]. Contribuição no artigo: escrita do artigo.

## Resumen

**Marco contextual:** La comodidad es crucial en la práctica de enfermería. Por eso, surge la necesidad de contar con instrumentos útiles y válidos para evaluarla.

**Objetivos:** Determinar las características psicométricas del *Holistic Comfort Questionnaire – Family* (HCQ-F) para la población portuguesa y evaluar el nivel de comodidad de los cuidadores de personas con enfermedad crónica y avanzada.

**Metodología:** Estudio metodológico con un análisis de tipo cuantitativo realizado a 314 cuidadores. Para estudiar las propiedades psicométricas, se calcularon las medidas descriptivas del resumen, las correlaciones de cada ítem con el total y el alfa de Cronbach. Para el análisis factorial, se utilizó la rotación ortogonal varimax y la extracción de factores con valores propios > 1.

**Resultados:** La determinación de la consistencia interna y el análisis factorial de los ítems del HCQ-F dieron como resultado el *Holistic Comfort Questionnaire – Cuidadores – Portugal* (HCQ-C-PT), con 18 artículos que fueron distribuidos en 3 factores: alivio, tranquilidad y transcendencia ( $\alpha=0,795$ ).

**Conclusión:** Los resultados sugieren que el HCQ-C-PT tiene una validez y fiabilidad adecuadas para evaluar la comodidad de los cuidadores de personas con enfermedad crónica avanzada.

**Palabras clave:** confort; los cuidadores; enfermedad crónica

Recebido para publicação em: 08.08.16

Aceite para publicação em: 18.11.16

## Introdução

No âmbito da prática de cuidados de enfermagem, diariamente nos confrontamos com situações de doença crónica e avançada e percebemos que a necessidade de conforto é acentuada tanto na pessoa que vivencia a doença, como nos familiares cuidadores. Os doentes apresentam necessidades de conforto a vários níveis: físico, psicológico, emocional, social e ambiental, mas os cuidadores, durante a sua experiência, também vivenciam necessidades de conforto aos mesmos níveis (Sousa, Marques, Costa, & Dixe, 2011; Yousefi, Abedi, Yarmohammadian, & Elliott, 2009).

Deste modo, se por um lado, durante a vivência de uma doença crónica e avançada, o envolvimento e a qualidade dos cuidados prestados pelo cuidador são essenciais para o conforto e bem-estar do doente, por outro, cuidar de um familiar com doença crónica e avançada, especialmente em fase final de vida, pode provocar um misto de sensações no cuidador. É um período particularmente desgastante, que pode levar ao desenvolvimento de emoções intensas e difíceis de gerir e conduzir ao desconforto não só físico como também psicossocial e espiritual (Pereira, 2010).

Desta forma, depreendemos que o conforto e a sua promoção constituem elementos chave na prática do cuidado de enfermagem, que se estendem muito além dos cuidados físicos pelo que, os enfermeiros devem ter a capacidade de identificar as necessidades de conforto, planear intervenções para satisfazerem essas necessidades e procederem a uma avaliação de modo a perceber em que medida os resultados desejáveis de conforto foram atingidos (Kolcaba, 1991, 2003; Mok et al., 2010; Novak, Kolcaba, Steiner, & Dowd, 2001; Sousa, 2014)

Neste sentido, e porque o conforto constitui um dos elementos do cuidado de enfermagem universalmente desejável, sentimos a necessidade de termos acessível um instrumento capaz de avaliar o nível do conforto dos cuidadores de pessoas com doença crónica avançada, contribuindo deste modo para a melhoria dos cuidados prestados aos mesmos. Assim, definimos como objetivos para este estudo, determinar as características psicométricas do *Holistic Comfort Questionnaire – Family* (HCQ-F) para a população portuguesa e avaliar o nível de conforto dos cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada.

## Enquadramento

O termo conforto é muitas vezes usado na linguagem do dia-a-dia, associado a vários contextos e dirigido para os indivíduos, tanto saudáveis como doentes, como é o caso da sua utilização relacionada com o vestuário, com o calçado, com os equipamentos hoteleiros e domésticos, entre outros. Parece assim que o conforto é uma necessidade do ser humano em todos os estádios da sua vida.

Mas, na verdade, apesar do conforto já ter sido explorado por vários autores, ainda não se encontra na literatura um consenso sobre a sua definição. Varia de uma necessidade humana básica a um processo ou objetivo a atingir, a uma intervenção de enfermagem ou, até mesmo, um resultado desejável, na medida em que permite ganhos na performance física, psicológica, social e espiritual (Yousefi et al., 2009). É considerado um estado de bem-estar que pode ocorrer em qualquer estágio do processo saúde/doença, constituindo uma experiência subjetiva que transcende a dimensão física, porque inclui simultaneamente os componentes físicos, psicológico, social, espiritual e ambiental (Szareski, Beuter, & Brondani, 2009).

De acordo com Apóstolo e Kolcaba (2009) e Kolcaba (1991, 2003) o conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas relativamente ao alívio, à tranquilidade e à transcendência, nos quatro contextos de experiência: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O alívio é um estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade corresponde a um estado de calma ou satisfação necessário para um desempenho eficiente; a transcendência é o estado no qual a pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o conforto é definido no eixo dos focos de enfermagem como “Status: Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 45), enquanto o bem-estar é definido como “Saúde: Imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para outras pessoas

ou satisfação com a independência” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 41). Este bem-estar pode ser subdividido em bem-estar espiritual, psicológico, físico e social. Na classificação das ações de enfermagem o confortar surge como uma ação de “Relacionar: Consolar alguém nos momentos de necessidade” (Conselho Internacional de Enfermeiros 2011, p. 95), enquanto o relacionar surge como uma ação de “Atender: Estabelecer ou manter ligações com um ou mais indivíduos, interagir” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 99). Daqui depreendemos a importância da relação/interação do enfermeiro/doente/cuidador durante o processo de conforto.

De acordo com Johnson et al. (2009), o conforto é considerado um diagnóstico de enfermagem, definido como um potencial para melhorar, como um padrão de bem-estar, de alívio e de transcendência em dimensões físicas, psicoespirituais e do meio envolvente e/ou que possam ser fortalecidas, sendo que, o seu resultado se encontra em paralelo com o bem-estar pessoal, que é definido como “a satisfação que o indivíduo manifesta com o seu estado de saúde e circunstâncias de vida” (Johnson et al., 2009, p. 99). Assim, o conforto surge como resultado de intervenções de enfermagem para o diagnóstico e está relacionado com a perturbação do campo energético da pessoa, enquanto o bem-estar pessoal é também um resultado possível para as intervenções, face ao diagnóstico de “comportamento de busca de saúde” (Johnson et al., 2009, p. 107).

No entanto, a sua natureza subjetiva e multidimensional acarreta uma dificuldade na avaliação e consequente intervenção, monitorização e registo sistemático dos cuidados, pelo que é prioritária a sua avaliação, através de um instrumento devidamente adequado à realidade portuguesa.

Verificámos a existência de um instrumento que permite medir especificamente o conforto holístico, tanto em doentes em fim de vida como nos seus familiares e que tem por base a Teoria do Conforto Holístico de Kolcaba (2001) – o *Holistic Comfort Questionnaire* (HCQ). Este instrumento foi adaptado para duas versões, uma dirigida ao doente – HCQ (*Patient*), e outra ao familiar – HCQ (*Family*). O HCQ apresentou uma consistência interna, avaliada através do  $\alpha$  de Cronbach de 0,97 para o familiar e de 0,98 para o doente (Novak et al., 2001).

A versão dirigida aos familiares, HCQ (*Family*),

já foi posteriormente utilizada e validada num estudo realizado numa amostra de 133 cuidadores informais de mulheres com carcinoma genital ou da mama, numa fase avançada da doença, internadas numa instituição hospitalar (Rezende et al., 2010), bem como traduzido e validado para a população portuguesa numa amostra de 271 familiares de doentes em fim de vida internados numa instituição hospitalar de oncologia (Matos, 2012).

## Questões de Investigação

Tendo em conta os objetivos definidos, delineámos as seguintes questões de investigação: O *Holistic Comfort Questionnaire – Family* (HCQ-F) é válido e fidedigno para a população Portuguesa? Qual o nível de conforto dos cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada?

## Metodologia

De acordo com o objetivo definido, optámos por um estudo metodológico com uma análise de dados do tipo quantitativo (Fortin, 2009).

A população alvo do estudo foi constituída pelos cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada, selecionados de acordo com os critérios de inclusão de doentes em Cuidados Paliativos (Direção-Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, 2005), da área de abrangência de dois hospitais da Grande Lisboa. A técnica de amostragem foi não probabilística, intencional e para a seleção da amostra definimos os seguintes critérios de inclusão: ser cuidador não remunerado de um familiar portador de uma doença crónica progressiva (particularmente neoplasia; insuficiência grave de um órgão; doença neurológica; outra doença crónica incapacitante, com evolução rápida ou com crises frequentes; concomitância de doenças crónicas; doença sem expectativa de recuperação), com prognóstico limitado de meses ou anos de evolução, com possibilidade do doente estar sujeito a tratamentos agressivos e de apresentar sintomas múltiplos e intensos.

Os dados foram colhidos pelos investigadores através de um formulário constituído por dois grupos: dados de caracterização da amostra (variáveis

sociodemográficas do cuidador bem como, clínicas do doente) e pela versão portuguesa do *Holistic Comfort Questionnaire – Family – Portugal (HCQ-F-P)*. De referir que o instrumento referido anteriormente se encontra traduzido e validado para a população portuguesa por Matos (2012) para doentes em fim-de-vida, internados numa instituição hospitalar de oncologia, contudo, apesar do seu processo de validação já estar terminado, uma vez que o contexto e as características dos doentes e cuidadores eram diferentes, optámos por realizar a sua adequação à amostra em estudo. Ainda, e uma vez que no seu processo de validação foram excluídos 20 itens e se obteve uma distribuição fatorial diferente da versão original, optámos por aplicar os 49 itens do instrumento original, ao invés dos 19 itens resultantes da validação para Portugal.

O HCQ-F é constituído por 49 afirmações com respostas em escala do tipo *Likert*, com scores de 1 a 6, onde 1 significa *discordo totalmente* e 6 significa *concordo totalmente* e avalia duas dimensões: uma delas constituída pelos estados de satisfação das necessidades (alívio, tranquilidade e transcendência), e a outra pelos contextos nos quais o conforto ocorre (físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual; Apóstolo & Kolcaba, 2009; Kolcaba, 1991; Matos, 2012; Novak et al., 2001).

Terminada a fase da recolha de dados, fizemos a sua codificação e, em seguida, procedemos ao seu tratamento estatístico, através do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 23.0. Para o estudo das propriedades psicométricas, calculámos as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total (excluindo o respetivo item) e o alfa de Cronbach, enquanto medida de fidelidade interna dos instrumentos. Para a análise fatorial em componentes principais, utilizámos a rotação ortogonal do tipo varimax e a extração de fatores com valores próprios superiores a um. Seguimos os critérios, segundo os quais o valor das correlações do item com o fator a que pertence deve ser superior a 0,30 (Streiner & Norman, 2008). O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o nível de Bartlett foram usados para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis e testar a validade da matriz fatorial, tendo o nível de significância dos testes sido estabelecido em 0,05. Recorremos também à análise descritiva, nomeadamente medidas de dispersão e de tendência central, para estudar as variáveis quantitativas.

Procurando pautar a atuação em todo o processo de investigação por uma rigorosa conduta ética/legal, antes do início do processo da colheita de dados e revalidação do instrumento foi solicitada e obtida autorização dos autores (Matos, 2012). O estudo foi autorizado pelos conselhos de administração das duas instituições e obteve o parecer favorável da Comissão de ética (0846; 001281). Foi ainda obtido o consentimento informado e esclarecido de todos os participantes.

## Resultados

A amostra ficou constituída por 314 cuidadores de uma pessoa com doença crónica avançada, maioritariamente do sexo feminino (84,1%; 264) e com uma média de idades de 63 anos, cujos familiares se encontravam internados em serviços de medicina (79,6%) ou seguidos em regime de ambulatório (20,4%), em dois hospitais da Grande Lisboa. Relativamente à autoperceção do seu estado de saúde, os cuidadores consideraram que a sua saúde era frágil ( $M = 2,10$ ;  $DP = 1,77$ ), que piorou desde que começaram a cuidar do doente (93,6%; 294) e que se sentiam bastante cansados ( $M = 2,06$ ;  $DP = 1,69$ ). Em relação aos doentes aos quais os participantes prestavam cuidados, a totalidade dos mesmos possuía uma doença sem expectativa de recuperação, maioritariamente uma neoplasia (85,0%; 267), sendo que 58,6% (184) encontravam-se a realizar tratamentos agressivos e 57,6% (181) apresentavam sintomas múltiplos e intensos.

No que se refere à consistência interna do *Holistic Comfort Questionnaire – Caregivers – Portugal (HCQ-C-PT)*, foi inicialmente avaliada através do  $\alpha$  de Cronbach com 49 itens ( $\alpha = 0,902$ ), no entanto, através da correlação do item com o total da escala foram eliminados 31 itens, não só porque apresentaram valores de correlação muito baixos (entre 0,064 e 0,154), mas porque o valor de alfa sem o item era superior ao alfa global. Os restantes 18 itens apresentaram um alfa de Cronbach global de 0,795 e nenhum dos itens apresentou um alfa de Cronbach superior ao alfa global, dado abonatório de uma boa consistência interna. De salientar ainda que o valor da correlação de Pearson com o valor corrigido oscila entre 0,259 e 0,553, conforme se observa na Tabela 1.

Tabela 1

Correlação de Pearson dos itens que compõem o HCQ-C-PT e alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item.

Item	M	DP	Correlação de Pearson corrigido	$\alpha$ Cronbach sem o item
5 A minha fé/crença dá-me paz de espírito	4,78	1,23	0,396	0,785
6 A(s) nossa(s) enfermeira(s) dão-me esperança	4,65	1,55	0,421	0,782
10 Tenho dificuldade em descansar	3,77	1,91	0,268	0,793
12 É difícil aguentar a minha dor emocional	3,13	1,97	0,348	0,787
13 Sinto-me em paz	4,50	1,53	0,461	0,780
16 Não gosto disto aqui	4,39	1,91	0,272	0,792
19 Este quarto faz-me sentir assustado	4,82	1,84	0,344	0,787
20 Tenho medo do que está para vir	3,01	1,91	0,321	0,789
22 Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo	3,55	1,76	0,398	0,783
28 Por aqui, o ambiente em volta é deprimente	4,61	1,79	0,413	0,782
32 Aqui sinto-me deslocado(a)	4,41	1,89	0,375	0,785
34 Estou sempre a pensar no mal-estar do(a) meu/minha ente querido(a)	3,44	1,98	0,315	0,790
35 Sinto-me espiritualmente confiante	4,68	1,28	0,438	0,783
40 Sinto-me só	4,33	1,71	0,514	0,776
42 Sinto-me deprimido(a)	3,79	1,78	0,553	0,773
43 Encontrámos sentido nesta experiência	3,68	1,83	0,435	0,781
45 O estado mental do(a) meu/minha ente querido(a) entristece-me	3,56	1,80	0,299	0,790
49 O meu Deus está a ajudar-me	5,11	1,22	0,259	0,791
$\alpha$ de Cronbach				0,795

Nota. M = Média; DP = Desvio padrão.

No que se refere à validade de constructo, o estudo da escala abrangeu a análise fatorial de componentes principais com rotação varimax que, utilizando o critério de Kaiser (valores superiores a 1), evidenciou três fatores específicos, sendo que, a percentagem

de variância explicada, na totalidade dos fatores é de 52,430%. O valor do KMO é de 0,797 e o valor do teste de esfericidade de Bartlett é 2029,780 ( $p < 0,0001$ ), conforme se observa na Tabela 2.

Tabela 2

Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada ortogonal varimax, com três fatores dos itens do HCQ-C-PT

Item	1 AL	Fator		Contexto do Conforto	h <sup>2</sup>
		2 TQ	3 TR		
5 A minha fé/crença dá-me paz de espírito		0,760		AL Psic.	0,579
6 A(s) nossa(s) enfermeira(s) dão-me esperança		0,680		AL Psic.	0,503
10 Tenho dificuldade em descansar			0,567	TQ Fisic.	0,326
12 É difícil aguentar a minha dor emocional			0,732	TQ Psic.	0,654
13 Sinto-me em paz		0,628		AL Psic.	0,450
16 Não gosto disto aqui			0,828	TR Amb.	0,726
19 Este quarto faz-me sentir assustado			0,812	TR Amb.	0,667
20 Tenho medo do que está para vir			0,717	TQ Psic.	0,543
22 Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo			0,598	TQ Psic.	0,440
28 Por aqui, o ambiente em volta é deprimente			0,855	TR Amb.	0,742

32	Aqui sinto-me deslocado(a)		0,772	TR Amb.	0,612
34	Estou sempre a pensar no mal-estar do(a) meu/minha ente querido(a)	0,631		TQ Soc.	0,399
35	Sinto-me espiritualmente confiante	0,726		AL Psic.	0,541
40	Sinto-me só	0,420		TQ Psic.	0,410
42	Sinto-me deprimido(a)	0,668		TQ Psic.	0,584
43	Encontrámos sentido nesta experiência	0,733		AL Psic.	0,570
45	O estado mental do(a) meu/minha ente querido(a) entristece-me	0,475		TQ Soc.	0,296
49	O meu Deus está a ajudar-me	0,626		AL Psic.	0,395
	% Variação explicada por fator	17,914	17,161	17,355	
	% Variação explicada acumulada	17,914	35,075	52,430	
	KMO		0,797		
	Teste de esfericidade de Bartlett		2029,780; $p < 0,0001$		

Nota. AL = Alívio; TQ = Tranquilidade; TR = Transcendência; Psic. = Psicoespiritual; Físic. = Física; Soc. = Sociocultural; Amb = Ambiental

Obteve-se um  $\alpha$  de Cronbach nos três fatores, respetivamente de 0,702 (fator 1), de 0,769 (fator 2) e de 0,854 (fator 3) e um  $\alpha$  de Cronbach total de 0,795. Apresentamos em seguida, na Tabela 3, a

grelha taxonómica do conforto do HCQ na versão HCQ-F (Kolcaba, 1991), HCQ-F-P (Matos, 2012) e HCQ-C-PT, de acordo com a distribuição dos itens do instrumento original.

Tabela 3

Grelha taxonómica do conforto do HCQ (HCQ-F; HCQ-F-P; HCQ-C-PT)

Contextos (Dimensão)	Versão da HCQ	Tipos de Conforto (Estados)		
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	HCQ-F	14, 17, 29	1, 10, 47	33
	HCQ-F-P	-	10, 17	-
	HCQ-C-PT	-	10	-
Psicoespiritual	HCQ-F	6, 12, 13, 20, 43, 49	5, 15, 22, 35, 40	7, 27, 42, 46
	HCQ-F-P	5, 6, 13, 35, 43, 49	12, 20, 22, 40, 42	-
	HCQ-C-PT	5, 6, 13, 35, 43, 49	12, 20, 22, 40, 42	-
Sociocultural	HCQ-F	8, 11, 24, 44, 45, 48	3, 21, 34, 36, 37, 38	4, 26, 31, 41
	HCQ-F-P	-	34, 45	-
	HCQ-C-PT	-	34, 45	-
Ambiental	HCQ-F	2, 23, 25	9, 39	16, 18, 19, 28, 30, 32
	HCQ-F-P	-	-	16, 19, 28, 32
	HCQ-C-PT	-	-	16, 19, 28, 32

Nota. HCQ-F = *Holistic Comfort Questionnaire - Family*; HCQ-F-P = *Holistic Comfort Questionnaire - Family - Portugal*; HCQ-C-PT = *Holistic Comfort Questionnaire - Cuidadores - Portugal*.

Através da aplicação da versão final do HCQ-C-PT, já com os itens reenumerados, verificámos, tal como se pode constatar através dos dados apresentados na Tabela 4, que os cuidadores se apresentam confortáveis, apresentando um valor médio de 4,23 ( $DP = 0,83$ ). O item que sustenta o maior conforto, está inserido no estado de conforto Tranquilidade, no contexto Psicoespiritual e refere-se à “ajuda de Deus” ( $M = 5,11$ ;  $DP = 1,27$ ), enquanto o item que sustém

o menor conforto está inserido também no estado de conforto Tranquilidade, no contexto Psicoespiritual e está relacionado com o facto de os cuidadores terem “medo do que está para vir” ( $M = 3,01$ ;  $DP = 1,90$ ). Verificámos também que os cuidadores apresentam um maior nível de conforto, no estado de conforto Alívio ( $M = 4,57$ ;  $DP = 1,02$ ) e um menor conforto no estado de conforto Tranquilidade ( $M = 3,57$ ;  $DP = 1,15$ ).

Tabela 4

Caracterização da amostra dos cuidadores no que se refere ao nível de conforto, segundo os vários itens do HCQ-C-PT, por fator e conforto global ( $n=314$ ) \*

Fator /Item	Estado/contexto	Mín	Máx	M	DP	
Fator 1 – Estado de conforto alívio						
1	A minha fé/crença dá-me paz de espírito	AL psicoespiritual	1	6	4,78	1,23
2	A(s) nossa(s) enfermeira(s) dão-me esperança	AL psicoespiritual	1	6	4,65	1,55
5	Sinto-me em paz	AL psicoespiritual	1	6	4,50	1,53
13	Sinto-me espiritualmente confiante	AL psicoespiritual	1	6	4,68	1,28
16	Encontrámos sentido nesta experiência	AL psicoespiritual	1	6	3,68	1,83
18	O meu Deus está a ajudar-me	AL psicoespiritual	1	6	5,11	1,22
Total do fator 1			1	6	4,57	1,02
Fator 2 – Estado de conforto tranquilidade						
3	Tenho dificuldade em descansar <sup>+</sup>	TQ físico	1	6	3,77	1,91
4	É difícil aguentar a minha dor emocional <sup>+</sup>	TQ físico	1	6	3,13	1,97
8	Tenho medo do que está para vir <sup>+</sup>	TQ psicoespiritual	1	6	3,01	1,90
9	Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo <sup>+</sup>	TQ psicoespiritual	1	6	3,55	1,76
12	Estou sempre a pensar no mal-estar do(a) meu/minha ente querido(a) <sup>+</sup>	TQ psicoespiritual	1	6	3,44	1,98
14	Sinto-me só <sup>+</sup>	TQ psicoespiritual	1	6	4,33	1,71
15	Sinto-me deprimido(a) <sup>+</sup>	TQ psicoespiritual	1	6	3,79	1,78
17	O estado mental do(a) meu/minha ente querido(a) entristece-me <sup>+</sup>	TQ sociocultural	1	6	3,56	1,80
Total do fator 2			1	6	3,57	1,15
Fator 3 – Estado de conforto Transcendência						
6	Não gosto disto aqui <sup>+</sup>	TR ambiental	1	6	4,39	1,91
7	Este quarto faz-me sentir assustado <sup>+</sup>	TR ambiental	1	6	4,82	1,84
10	Por aqui, o ambiente em volta é deprimente <sup>+</sup>	TR ambiental	1	6	4,61	1,79
11	Aqui sinto-me deslocado (a) <sup>+</sup>	TR ambiental	1	6	4,41	1,89
Total do fator 3			1	6	4,55	1,54
Total			1	6	4,23	0,83

Nota. AL = Alívio; TQ = Tranquilidade; TR = Transcendência; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; M = Média; DP = Desvio padrão.

\*Versão final do HHI-C-PT (com os itens reenumerados). <sup>+</sup> Item invertido.

## Discussão

A HCQ-C-PT ficou configurada com 18 itens do instrumento original, distribuídos por três fatores (Alívio, Tranquilidade e Transcendência), os quais Kolcaba (1991, 2003) denominou de estados de conforto e, por quatro contextos diferentes, nomeadamente o Físico, o Psicoespiritual, o Sociocultural e o Ambiental. O fator 1 (Alívio) ficou constituído pelos itens 5, 6, 13, 35, 43, 49; o fator 2 (Tranquilidade) englobou os itens 10, 12, 20, 22, 34, 40, 42, 45 e o fator 3 (Transcendência) incluiu os itens 16, 19, 28 e 32.

A fiabilidade dos três fatores do HCQ-C-PT foi estimada pelo  $\alpha$  de Cronbach. Obteve-se um  $\alpha$  de Cronbach nos três fatores, respetivamente de, 0,702

(fator 1), de 0,769 (fator 2) e de 0,854 (fator 3) e um  $\alpha$  de Cronbach total de 0,795, o que demonstra uma boa consistência interna (Marôco, 2014). Este valor ( $\alpha = 0,795$ ) é inferior ao do instrumento original ( $\alpha = 0,97$ ), ao dos estudos realizados em Portugal (Matos, 2012) e no Brasil (Rezende et al., 2010;  $\alpha = 0,83$ ), mas superior ao realizado na Coreia do Sul (Kim & Kwon, 2007) ao utilizarem a versão curta do instrumento (24 itens) numa amostra de 98 doentes com cancro ( $\alpha = 0,76$ ). Porém, é de salientar que em todos os estudos, à exceção do realizado em Portugal (Matos, 2012), a amostra foi inferior ao que é considerado aceitável (Ribeiro, 2010).

A análise fatorial de componentes principais evidenciou três fatores específicos, tal como no estudo original (Novak et al., 2001) e na validação

para a população portuguesa (Matos, 2012). A percentagem de variância explicada, na totalidade dos fatores, de 52,430% é superior à obtida no estudo português (Matos, 2012; 44,55%) enquanto que o valor do KMO de 0,797 que sugere uma boa correlação entre variáveis (Ribeiro, 2010), foi inferior ao 0,83 encontrado na população portuguesa (Matos, 2012). Já o valor do teste de esfericidade de Bartlett (2029,780;  $p < 0,0001$ ) indica que a adequação da amostra para a análise fatorial é boa.

Ainda, no processo de revalidação constatámos que alguns itens não se distribuíram pelos três fatores, tal como na escala original, sendo que alguns deles migraram entre os fatores Alívio e Tranquilidade, o que nos trouxe alguma dificuldade na distinção entre estes dois estados de conforto.

Constatámos que os itens 5 e 35 migraram do fator Tranquilidade para o Alívio, enquanto os itens 12, 20 e 45 migraram do fator Alívio para a Tranquilidade. Apenas o item 42 saturou no fator Tranquilidade ao invés da Transcendência.

O Item 5 “A minha fé/crença dá-me paz de espírito” que, na estrutura taxonómica geral do conforto holístico se encontra no fator Tranquilidade, saturou no fator Alívio com uma carga de 0,760, o que nos leva a pensar que a experiência de usar a fé/crença para conseguir estar em paz, constitui uma resposta à situação de desconforto e uma condição específica necessária para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual, mas não é considerada como um estado positivo e duradouro.

Também o item número 35 “Sinto-me espiritualmente confiante” saturou no fator Alívio com carga de 0,726, indicando claramente que, no presente estudo, os participantes sentiram a confiança espiritual como uma experiência de alívio do desconforto psicoespiritual, não correspondendo a um estado perdurado no tempo.

Desta forma, na nossa amostra e ao contrário do que está considerado teoricamente na estrutura taxonómica geral do conforto holístico (Kolcaba, 1991, 2003), os itens 5 e 35 não pertencem ao fator tranquilidade mas sim ao fator alívio.

Constatámos que os itens 12, 20 e 45, “É difícil aguentar a minha dor emocional”; “Tenho medo do que está para vir” e “O estado mental do (a) meu/minha ente querido (a) entristece-me” que, teoricamente, constituem fatores de Alívio, saturaram no fator Tranquilidade com uma carga respetivamente

de 0,732; 0,717 e 0,475. Tal facto leva-nos a pensar que para os sujeitos do estudo, suportar a dor emocional, o medo do desconhecido e o estado mental do seu ente querido, constituem estados de desconforto perdurado no tempo, interferindo na capacidade de se sentir calmo e tranquilo, condições necessárias para um desempenho eficiente.

Já o item 42 “Sinto-me deprimido (a)” saturou no fator Tranquilidade com uma carga de 0,668, ao invés da Transcendência. Culturalmente *não estar deprimido*, para as famílias, corresponde a um estado positivo de calma e de satisfação, estado este necessário para que consigam desempenhar o papel de cuidador. Pelo contrário, sentir-se deprimido compromete o desempenho das tarefas necessárias ao conforto de si próprio e do seu familiar, implicando desconforto, inquietude e insatisfação. Neste contexto, justifica-se a colocação do item no fator Tranquilidade.

Deste modo, apesar da distribuição de seis dos 18 itens do HCQ-C-PT ter ficado diferente da do instrumento original, a configuração final ficou igual à configuração no outro estudo realizado em Portugal (Matos, 2012), mas com amostras diferentes. A exceção baseia-se no item 17 “Não tenho apetite” que ficou incluído na validação do instrumento para a população Portuguesa (Matos, 2012) e que na HCQ-C-PT, por apresentar uma correlação de Pearson inferior a 0,20, foi excluído. No entanto, é de salientar que, no estudo anteriormente referido, o item 17 “Não tenho apetite” foi o que demonstrou uma correlação de Pearson mais baixa (0,33). Tal facto leva-nos a pensar que, o conforto é uma experiência individual pelo que, a forma como cada indivíduo o percebe pode variar de acordo com a sua personalidade e com a sua cultura, o que faz com que interprete as mesmas questões de uma forma muito própria.

Em relação ao instrumento original, por um lado, é importante ter em consideração que para além das diferenças culturais, já decorreram 22 anos desde que foi realizado o estudo, tendo-se alterado a forma como o conforto é percebido e a qualidade da assistência prestada. Por outro lado, já a autora original assumiu que, para avaliar o conforto holístico, há que haver algum cuidado quando se duplica a grelha taxonómica tal como é apresentada no seu trabalho original de criação do instrumento, chegando mesmo a afirmar que é prudente não duplicar essa grelha (Kolcaba, 2003).



No que se refere ao nível de conforto, obtivemos um valor que indica que o maior nível de conforto dos cuidadores está relacionado com o estado Alívio e que, as suas maiores necessidades de conforto são ao nível do estado de conforto Tranquilidade, nos contextos Físico, Psicoespíritual e Sociocultural. Também a autora responsável pela tradução e validação do instrumento (Matos, 2012) concluiu que os cuidadores se encontravam confortáveis, se bem que o valor obtido tenha sido inferior ( $M = 3,8$ ;  $DP = 0,8$ ) ao obtido na amostra em estudo ( $M = 4,23$ ;  $DP = 0,83$ ). Também no estudo original (Novak et al., 2001), os familiares demonstraram um bom nível de conforto, mas, mesmo assim, inferior quando comparado com o do doente em fim de vida (Rezende et al., 2010).

Em consonância, também o estudo realizado em Portugal (Matos, 2012) considerou que os cuidadores demonstraram um maior nível de conforto no estado Alívio ( $M = 4,5$ ;  $DP = 1,0$ ) e menor no estado Tranquilidade ( $M = 3,2$ ;  $DP = 1,0$ ), à semelhança do estudo realizado no Brasil (Rezende et al., 2010).

## Conclusão

A revalidação do HCQ-F-P, traduzido para a população portuguesa (Matos, 2012) foi realizada numa amostra de 314 cuidadores de pessoas com doença crónica avançada, com um rácio de 6,4:1 (número de sujeitos por cada item do questionário). Do processo de validação resultou uma escala tipo Likert, que denominámos de HCQ-C-PT, com um total de 18 itens que se distribuíram por três fatores, designadamente, Alívio, Tranquilidade e Transcendência. Como características psicométricas obtivemos um  $\alpha$  de Cronbach de 0,795 e um KMO de 0,797.

Durante o processo de validação deste instrumento deparámo-nos com algumas questões relacionadas com as características psicométricas, número de itens e distribuição dos itens por fatores. Contudo verificámos que sempre que este instrumento foi validado ou revalidado para outra população/cultura, as características psicométricas foram alteradas, o que nos fez pensar que poderão ser sensíveis a diferentes características da amostra e a diferenças culturais.

Considera-se, no entanto, que essa escala apresenta boas propriedades psicométricas e é um instrumento

pequeno, simples e de fácil resposta, permitindo a sua utilização como instrumento de diagnóstico e de avaliação de resultados das intervenções de enfermagem, ao nível do conforto dos cuidadores de pessoas com doença crónica avançada, contribuindo deste modo para a melhoria dos cuidados prestados aos mesmos.

No que se refere ao nível de conforto global, obtivemos um valor que indica que os cuidadores se apresentam confortáveis (mas ainda longe do desejável), sendo que, o maior nível de conforto está relacionado com o estado Alívio e o menor com o estado Tranquilidade, o que sustenta a ideia da importância da avaliação e implementação de estratégias que o promovam.

Entende-se assim, que a investigação realizada e o que se explora neste documento poderá constituir o início e um contributo para a avaliação e promoção do conforto nos cuidadores de pessoas com doença crónica avançada. Estamos conscientes que, só através da investigação é que se poderá desenvolver o estado da arte, relativamente à inclusão efetiva do conforto nos cuidados de saúde a prestar.

Acreditamos que este tema merece uma atenção especial, devido aos benefícios que acarreta, pelo que deixamos algumas sugestões para o desenvolvimento de outros estudos. Relativamente ao constructo, seria importante o desenvolvimento de estudos de natureza qualitativa com vista à sua exploração bem como de intervenções promotoras de conforto. No que se refere aos instrumentos de medida, consideramos que a discussão sobre a questão estrutural deverá manter-se, através do desenvolvimento de estudos de análise fatorial confirmatória noutras amostras.

## Referências bibliográficas

- Apóstolo, J., & Kolcaba, K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), 403-411. doi: 10.1016/j.apnu.2008.12.003
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIFE versão 2: Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem. Recuperado de <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cife.pdf>
- Direção-Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Recuperado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Cuidados-Paliativos.pdf>

- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2009). Ligações entre NANDA-I, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções (2ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Kim, K., & Kwon, S. (2007). Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian Nursing Research*, 1(2), 125-135. doi: 10.1016/S1976-1317(08)60015-8
- Kolkaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240. doi: 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x
- Kolkaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*. Washington. 49(2), 86-92. doi: 10.1067/mno.2001.110268
- Kolkaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS (6ª ed.)*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Matos, M. J. (2012). *O conforto da família em cuidados paliativos: Tradução e validação para a população portuguesa do Holistic Comfort Questionnaire (family)*. (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Mok, E., Lam, W., Chan, L., Lau, K., Ng, J., & Chan, K. (2010). The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(6), 298-305. doi: 10.12968/ijpn.2010.16.6.48836
- Novak, B., Kolkaba, K., Steiner, R., & Dowd, T. (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 18(3), 170-180. doi: 10.1177/104990910101800308
- Pereira, S. M. (2010). *Cuidados paliativos: Confrontar a morte*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- Rezende, V., Derchain, S., Botega, N., Sarian, L., Vial, D., Morais, S., & Perdicaris, A. (2010). Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire. *Páideia*, 20(46), 229-237. doi: 10.1590/S0103-863X2010000200010
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde (3ª ed.)*. Porto, Portugal: Legis Editora.
- Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- Sousa, P., Marques, R., Costa, M., & Dixe, M. (2011). O conforto do doente idoso com doença crónica e de cuidadores informais em contexto de hospitalização. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 457-466.
- Streiner, D., & Norman, G. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use (4th ed.)*. New York, NY: Oxford University Press.
- Szareski, C., Beuter, M., & Brondani, C. (2009). Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crónica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(3), 378-384. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v8i3.9020
- Yousefi, H., Abedi, H., Yarmohammadian, M., & Elliott, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: A hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1891-1898. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05026.x