



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FERNANDA ROCHELLY DO NASCIMENTO MOTA

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *CAREGIVER REACTION*
***ASSESSMENT* PARA USO NO BRASIL: APLICAÇÃO EM CUIDADORES**
INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES

FORTALEZA

2014

FERNANDA ROCHELLY DO NASCIMENTO MOTA

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *CAREGIVER REACTION*
ASSESSMENT PARA USO NO BRASIL: APLICAÇÃO EM CUIDADORES INFORMAIS
DE IDOSOS DEPENDENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Josefina da Silva

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Janaína Fonseca Victor Coutinho

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M871a Mota, Fernanda Rochelly do Nascimento.
Adaptação transcultural e validação do *caregiver reaction assessment* para uso no Brasil : aplicação em cuidadores informais de idosos dependentes / Fernanda Rochelly do Nascimento Mota. – 2014.
201 f. : il., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2014.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Maria Josefina da Silva.
Coordenação: Profa. Dra. Janaína Fonseca Victor Coutinho.
1. Cuidadores. 2. Idoso. 3. Comparação Transcultural. 4. Estudos de Validação. I. Título.

CDD 618.970231

FERNANDA ROCHELLY DO NASCIMENTO MOTA

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *CAREGIVER REACTION*
ASSESSMENT PARA USO NO BRASIL: APLICAÇÃO EM CUIDADORES INFORMAIS
DE IDOSOS DEPENDENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 04/ 04/ 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Maria Josefina da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof^a Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá (1º Membro)
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dra. Maria Eliana Peixoto Bessa (2º Membro)
Universidade de Fortaleza

Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará

A Deus, o Dono da minha vida,
À minha amada mãe, meu “porto seguro”,
A todos os cuidadores informais de idosos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre e em primeiro lugar, por todas as graças a mim concedidas, pelos pequenos e grandes milagres, pela minha família, por minha profissão, pela força nos momentos de fraqueza, consolos nos momentos de dor, por Sua misericórdia e infinito amor. Reconheço e sempre reconhecerei que sem Ti, nada sou, mas Contigo, tudo posso, meu Senhor. “Ainda que eu caminhe por vale tenebroso, nenhum mal temerei, pois estás junto a mim” (Salmos, 23:4a).

À minha muitíssimo amada mãezinha, por seu amor e apoio incondicionais e abdicção. Pelas incontáveis orações de intercessão por mim e por ser a melhor mãe do mundo. Muito obrigada por tudo, florzinha! Amo-te imensuravelmente!

Ao meu amado pai, que, juntamente com minha mãe, sempre se empenhou para que eu e minhas irmãs pudéssemos estudar. Reconheço e sou muito grata por seu árduo esforço, pai. Agradeço também todas as orações de intercessão... Mãe e pai, essa conquista não é minha, mas nossa!

Às minhas irmãs Michelly e Mikaelly, pela torcida e apoio, mesmo nos pequenos gestos e detalhes. Por me aceitarem, apesar de nossas diferenças, pelo amor fraterno que nos une e que sempre prevalecerá.

À minha amada tia Lúcia, pelo carinho, apoio e incentivo incondicionais, bem como à minha avó e demais familiares, que sempre acreditaram e torceram por mim.

À querida orientadora, Profa. Dra. Maria Josefina da Silva, que mesmo não gostando nada da ideia, é, para mim, fonte de inspiração, pelo exemplo de pessoa, enfermeira e docente. Pela enorme contribuição em minha formação profissional e humana, por todos os ensinamentos, pela orientação acadêmica desde a graduação, pela confiança que sempre depositou em mim, e pela compreensão nos momentos difíceis. Saiba que sou muito grata a Deus por tê-la posto em minha vida, professora. Muito obrigada por tudo!

À minha querida co-orientadora, Profa. Dra. Janaína Fonseca Victor Coutinho, exemplo de bondade, generosidade e sabedoria. Pelo imenso carinho com que me acolheu em sua sala, como professora substituta, e, desde então, em sua vida. Pelos incontáveis e preciosos ensinamentos científicos, sobre a docência, e sobre a vida. Professora, não tenho dúvidas de que conhecê-la foi um presente de Deus para mim. Aproveito para informá-la de que após ter sido “adotada”, nunca mais pretendo sair de perto da senhora, que se tornou tão importante em minha vida. Muito obrigada por tudo!

À Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá, pela disponibilidade, pela participação na banca avaliadora deste trabalho e pelas valiosas contribuições com o mesmo, desde a qualificação.

À Profa. Dra. Maria Eliana Peixoto Bessa, pela participação na banca avaliadora deste trabalho, pela disponibilidade em ajudar sempre que necessário, bem como por todo o auxílio ofertado, desde a Graduação.

Ao Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos, pela receptividade e disponibilidade para esclarecer dúvidas quando precisei, por aceitar o convite da suplência na banca avaliadora deste trabalho.

Ao professor Ms. Edson Silva Soares, por sua solicitude e pela imprescindível colaboração com os cálculos estatísticos. Muito obrigada, professor!

À minha tia-avó, Maria de Lourdes Gomes Carvalho (*in memoriam*), que sempre esteve presente em minha vida, torcendo pela realização de meus sonhos... Saudades eternas! De onde estiver, gostaria que soubesse que sou muito grata por tudo! Desde seu carinho e torcida, até os jalecos muito bem engomados, dos quais sempre fez questão de cuidar.

A todos os meus amigos, pessoas especiais que cruzaram o meu caminho, em diferentes etapas e momentos de minha vida. Como sabem, não banalizo a palavra “amigo”, e isto confirma a importância que vocês têm em minha vida. Obrigada por compreenderem minha ausência, quando esta é necessária, e por acreditarem e torcerem por mim!

À amiga Geórgia Félix, pela “parceria” nas aflições acadêmicas, por seus conselhos sempre sinceros, pelo incentivo, apoio e torcida. Agradeço também à sua mãe, Dona Aucinete, pelas orações de intercessão “encomendadas”; aos amigos que ganhei na Graduação: Danielle Barros, Ilka Alcântara, Francileudo Santos e Luciano Fontenele, pela amizade e torcida; aos amigos Denise Pontes e Alexandre Oliveira, pelo apoio e torcida.

Às queridas Sarah Feitoza e Aldiane Carlos, pelo apoio, torcida, e por tornarem imensamente mais agradável o cotidiano durante a temporada como professora substituta. Aos demais colegas professores substitutos no período, pela partilha de importantes momentos de minha trajetória profissional.

À Universidade Federal do Ceará, e, em especial, ao Departamento de Enfermagem (DENF), por me proporcionar uma formação profissional de qualidade. A todos os professores do DENF, bem como dos demais departamentos, por quem tive a oportunidade de ser formada. Especialmente, às professoras Dra. Maria Fátima Maciel, Dra. Maria Dalva Alves, Dra. Violante Augusta Batista. Também às funcionárias Edileuda, Jucilene, D. Cleidismar e D. Socorro, pelo carinho e torcida, desde a seleção de ingresso.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, bem como a todo o corpo docente, e às funcionárias da Secretaria.

Aos colegas da turma de Mestrado, pelo convívio harmônico e pela partilha de experiências, em especial, à Aline Mesquita, Edith Ana, Ana Cristina, Mara Fontenele e Sandra, pessoas maravilhosas que tive a chance de conhecer.

A todos que fazem o Projeto de Pesquisa Práticas Cuidativas do Idoso, pela relevante contribuição em minha formação, bem como ao Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas de Saúde. Em especial, à Lígia Silva, Valdicleibe Lira e Isadora Cavalcante, pela indispensável colaboração na coleta de dados junto aos cuidadores.

À Profa. Dra. Michelle Steiner, pela receptividade, bondade e apoio. À Natália e Isadora, pela torcida e pela partilha de experiências importantes junto a cuidadoras de idosos.

À Gerlania Almeida, Tiago Barreto, Profa. Ms. Marília Braga, Ms. Arethusa Morais, Profa. Ms. Alice Gabrielle, Profa. Ms. Ana Larissa Gomes, Profa. Dra. Célia Freitas, Profa. Dra. Maira Di Ciero, Profa. Francisca Galvão, Neide Façanha, Ivone, Melissa e Sonia Morley, com carinho e gratidão.

À querida Rosane, pela solicitude, disponibilidade e essencial ajuda com a normalização.

Aos autores do *Caregiver Reaction Assessment*, pela concessão da autorização para uso do instrumento neste estudo. Em especial à autora Profa. Dra. Barbara Given, bem como à secretaria da Faculdade de Enfermagem da *Michigan State University*, na pessoa de Dorothy Luckie, pela cordialidade na troca de correspondências.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Ao Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza, à coordenação do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional I, aos gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em cujas áreas os dados foram coletados, a todos os profissionais de tais UAPS que, de alguma forma, colaboraram para a efetivação da coleta de dados.

A todos os cuidadores informais de idosos que participaram do estudo, aos idosos cuidados e demais membros das famílias, que nos receberam em suas residências.

Aos que colaboraram, acreditaram, torceram e oraram por mim. Muito obrigada!

“Na juventude, entende-se; na velhice, compreende-se”.

(Marie von Ebner-Eschenbach – escritora austríaca)

RESUMO

Objetivou-se realizar a adaptação transcultural do *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* para avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes brasileiros e verificar a validade e confiabilidade de sua versão brasileira. Para isto, obteve-se prévia autorização dos autores da versão original do instrumento. Tratou-se de estudo metodológico, quantitativo. As cinco etapas recomendadas por Beaton *et al.* (2007) para adaptação transcultural foram rigorosamente executadas: tradução inicial, síntese das traduções, retradução, avaliação por um comitê de juízes e pré-teste, com 30 cuidadores informais de idosos. A versão final brasileira foi submetida à apreciação dos autores da versão original. Na análise de suas propriedades psicométricas, empregou-se amostra de 120 cuidadores informais de idosos dependentes. A validade de conteúdo foi aferida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), a partir do julgamento de cinco profissionais peritos na área de saúde do idoso. Na avaliação da validade de construto, empreendeu-se análise fatorial exploratória por extração de componentes principais, com rotação ortogonal *varimax*, e comparação de grupos contrastados, por testagem de hipóteses, empregando-se o teste T para amostras independentes. A confiabilidade foi avaliada através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Os dados do pré-teste e da validação clínica foram coletados através de visitas domiciliares, nas áreas de três Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-CE, utilizando-se, além da versão brasileira do *CRA*, questionário para caracterização dos cuidadores e dos idosos, Escala de Katz, Escala de Lawton e Brody (para avaliação da independência dos idosos cuidados na realização das Atividades da Vida Diária). Os dados coletados foram organizados em arquivos do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versões 18.0 e 20.0, e submetidos a análises estatísticas, fixando-se nível de significância $p \leq 0,05$ para os testes. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (parecer nº 339.782/2013). O rigoroso processo de adaptação transcultural conduzido resultou em instrumento com conteúdo válido (IVC= 0,883), apresentando estrutura fatorial (cinco dimensões) e comportamento de itens coerentes com a versão original, à exceção do item 5, originalmente alocado na subescala saúde física que, na versão brasileira, foi realocado na subescala programação das atividades diárias, onde saturou com carga fatorial máxima. As hipóteses testadas na comparação de grupos contrastados foram confirmadas: considerando a escala total do instrumento, verificou-se que cuidadores de idosos demenciados apresentaram maiores médias de escores gerais, indicativo de sobrecarga mais elevada ($p = 0,001$), e cuidadores que referiram frequentar redes

sociais de apoio obtiveram menores médias de escores gerais, denotando menor sobrecarga ($p= 0,019$). Ademais, o instrumento mostrou boa consistência interna (alfa= 0,79 para a escala total; variando de 0,60 a 0,84 nas cinco subescalas). Concluiu-se que a versão brasileira do *CRA* é comprovadamente válida, confiável e capaz de avaliar a sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes brasileiros, sendo recomendada na prática clínica e de pesquisa como instrumento auxiliar na avaliação de cuidadores informais de idosos dependentes, por fornecer estimativas de sobrecarga geral, além de sugerir quais dimensões do fenômeno afetam a vida dos cuidadores.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso. Estudos transculturais. Estudos de validação.

ABSTRACT

This study aimed to perform the transcultural adaptation of the Caregiver Reaction Assessment (CRA) for burden evaluation of informal caregivers of Brazilians dependent elderly, and to verify the validity and reliability of the Brazilian version. For this, we obtained a copy-right authorization of the authors of the original version instrument. This is a methodological and quantitative study. The five steps recommended by Beaton *et al.* (2007) for the transcultural adaptation were strictly carried: initial translation, synthesis of translations, backtranslation, an evaluation by a committee of judges and pre-test, with 30 informal caregivers. The final adapted version was sent to original authors for your approval. In the analysis of the psychometric properties of the Brazilian version, we used a sample of 120 informal caregivers of dependent elderly. A group of five experts in elderly's health area evaluated the content of the instrument and the Content Validity Index (CVI) was calculated. The construct validity was evaluated by the exploratory factorial analysis undergoing principal components extraction with varimax rotation, and by comparison of contrasted groups with hypotheses testing, undergoing the t test for independent samples. Reliability was assessed by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data were collected through home visits, in areas of three Primary Health Care Units, in Fortaleza-CE, using, in addition to the Brazilian version of CRA, a questionnaire for characterization of caregivers and elderly, Katz Index, Lawton and Brody Scale (to assess the independence of elderly in performing Activities of Daily Living). The collected data were organized in files of Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versions 18.0 and 20.0, and subjected to statistical analyzes, using the significance level $p \leq 0.05$ for testing. This study was approved by the Federal University of Ceará Committee for Research Ethics (Protocol N° 339.782/2013). The rigorous process of transcultural adaptation resulted in an instrument with valid content (CVI=0.883), with factorial structure (five dimensions) and behavior of items consistent with the original version, except for item 5, originally allocated in physical health subscale, but in the Brazilian version, was relocated in schedule of daily activities subscale, where saturated with maximum factor loading. The hypotheses tested in the comparison of contrasted groups were confirmed: considering the total scale scores of the instrument, has been found that caregivers of demented elderly obtained higher mean total scores, indicating higher burden ($p = 0.001$), and caregivers who reported attending networks social support obtained lower mean total scores, denoting lower burden ($p = 0.019$). The instrument showed good internal consistency (Cronbach's alpha=0.79 for the total scale; varying from 0.60 to 0.84 in the five subscales). In

conclusion, we have obtained a valid and reliable instrument, enabling the evaluation of the burden of informal caregivers of dependent elderly Brazilians. We recommended the Brazilian version of CRA in research and clinical practice as an auxiliary instrument in evaluation of informal caregivers of dependent elderly, providing estimates of general burden, also suggesting that the dimensions of this phenomenon dimensions that most affect the lives of caregivers .

Keywords: Caregivers. Elderly. Transcultural studies. Validation studies.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 -	Representação gráfica do processo de tradução e adaptação transcultural recomendado por Beaton <i>et al.</i> (2007).....	53
Figura 2 -	Síntese dos procedimentos de análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento <i>CRA</i> para avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes.....	61
Figura 3 -	Diagrama de declividade: <i>Scree test</i> da versão brasileira do <i>CRA</i> . Fortaleza, 2013.....	103
Gráfico 1 -	Distribuição dos itens da versão pré-final brasileira do instrumento <i>CRA</i> quanto à compreensão e clareza e quanto à facilidade de escolha das respostas, conforme avaliação dos cuidadores informais de idosos incluídos no pré-teste. Fortaleza, 2013.....	87
Gráfico 2 -	Distribuição dos itens da versão brasileira do <i>CRA</i> quanto à porcentagem de clareza e compreensão, pertinência ao construto sobrecarga do cuidador e relevância no instrumento, conforme avaliação do grupo de peritos avaliadores. Fortaleza, 2013.....	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Distribuição das referências relativas aos estudos de validação do instrumento <i>CRA</i> , conforme o título, ano, país de origem, nomes e atuação profissional dos autores, nome e fator de impacto do periódico, amostra empregada e tipos de análises psicométricas realizadas. Fortaleza, 2013.....	38
Quadro 2 -	Conjunto de requisitos para definição de profissional especialista proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para a identificação e seleção dos peritos avaliadores da validade de conteúdo da versão brasileira do <i>CRA</i> . Fortaleza, 2013.....	63
Quadro 3 -	Traduções iniciais e síntese das traduções, resultantes da primeira e segunda etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento <i>CRA</i> para o contexto brasileiro. Fortaleza, 2013.....	74
Quadro 4 -	Retraduções (<i>backtranslations</i>) resultantes da terceira etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento <i>CRA</i> para o contexto brasileiro e versão original. Fortaleza, 2013.....	78
Quadro 5 -	Opiniões quanto às equivalências avaliadas e sugestões dos juízes integrantes do comitê para reescrita dos itens da versão T12 considerados insuficientemente equivalentes aos itens da versão original do instrumento <i>CRA</i> . Fortaleza, 2013.....	81
Quadro 6 -	Versão original, síntese das traduções e versão pré-final brasileira do instrumento <i>CRA</i> . Fortaleza, 2013.....	84
Quadro 7 -	Itens do <i>CRA</i> considerados insuficientemente compreensíveis pelos cuidadores no pré-teste: versão pré-final, sugestões dos sujeitos-alvo para reescrita dos itens e versão final, aprovada pelo comitê de juízes. Fortaleza, 2013.....	89
Quadro 8 -	Versão final em português brasileiro do instrumento <i>CRA</i> para avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes. Fortaleza, 2013.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais de idosos. Fortaleza, 2013.....	93
Tabela 2 -	Caracterização dos cuidadores informais de idosos quanto às variáveis clínicas e variáveis relacionadas ao cuidado ofertado. Fortaleza, 2013.....	95
Tabela 3 -	Caracterização sociodemográfica dos idosos cuidados. Fortaleza, 2013.....	96
Tabela 4 -	Caracterização do nível de independência dos idosos cuidados na realização das ABVD (Índice de Katz) e AIVD (Escala de Lawton e Brody). Fortaleza, 2013.....	96
Tabela 5 -	Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo dos itens individuais (I-CVI) da versão brasileira do <i>CRA</i> , conforme análise do grupo de peritos avaliadores. Fortaleza, 2013.....	100
Tabela 6 -	Variâncias explicadas iniciais (<i>eigenvalues</i> /autovalores iniciais), e percentuais de variância dos componentes da versão brasileira do <i>CRA</i> . Fortaleza, 2013.....	102
Tabela 7 -	Matriz de correlação com solução para cinco componentes (versão brasileira do instrumento <i>CRA</i>). Fortaleza, 2013.....	104
Tabela 8 -	Comunalidades observadas para os itens da versão brasileira do <i>CRA</i> , referentes à solução com cinco fatores, conforme distribuição nas subescalas. Fortaleza, 2013.....	106
Tabela 9 -	Associação entre os escores da versão brasileira do <i>CRA</i> (escala total) e características dos cuidadores informais de idosos dependentes, de acordo com hipóteses testadas: média de escores, desvio padrão e valor de p. Fortaleza, 2013.....	108
Tabela 10-	Valores do alfa de Cronbach para as subescalas do instrumento <i>CRA</i> (versão brasileira). Fortaleza, 2013.....	109
Tabela 11-	Valores do alfa de Cronbach do instrumento <i>CRA</i> (versão brasileira) com a supressão de itens da escala total. Fortaleza, 2013.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID 10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão.
<i>CINAHL</i>	<i>Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature</i>
<i>CRA</i>	<i>Caregiver Reaction Assessment</i>
<i>DASH</i>	<i>Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand</i>
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GRUPPS	Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas de Saúde
<i>I-CVI</i>	<i>Content Validity Index for Items</i> (Índice de Validade de Conteúdo para os itens individuais)
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
<i>JCR</i>	<i>Journal Citation Reports</i>
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin (medida estatística)
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
<i>MEDLINE</i>	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
<i>QuickDASH</i>	<i>Quick-Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand</i>
RT1	Retradução 1
RT2	Retradução 2
SER	Secretaria Executiva Regional
SM	Salário mínimo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>S-CVI-Ave</i>	<i>Content Validity Index for Scales- Average all items</i>

<i>S-CVI/UA</i>	<i>Content Validity Index for Scales/ Universal Agreement</i>
T1	Tradução 1
T12	Síntese das traduções iniciais (1 e 2)
T2	Tradução 2
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<i>TOEFL</i>	<i>Test of English as a Foreign Language</i>
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
<i>ZBI</i>	<i>Zarit Burden Interview</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETIVOS.....	24
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	25
3.1	Incapacidade funcional e dependência do idoso.....	25
3.2	O cuidador de idoso.....	26
3.3	Sobrecarga do cuidador.....	29
3.4	O instrumento <i>Caregiver Reaction Assessment</i>	34
3.5	Adaptação transcultural de instrumentos de medição.....	41
3.6	Propriedades psicométricas de instrumentos de medição.....	44
3.6.1	<i>Validade</i>	45
3.6.1.1	<i>Validade de conteúdo</i>	46
3.6.1.2	<i>Validade de construto</i>	48
3.6.1.3	<i>Validade de critério</i>	49
3.6.2	<i>Confiabilidade</i>	50
4	METODOLOGIA.....	52
4.1	Tipo de estudo.....	52
4.2	Diretrizes para o processo de tradução e adaptação transcultural.....	52
4.2.1	<i>Etapa I: Tradução inicial</i>	54
4.2.2	<i>Etapa II: Síntese das traduções</i>	54
4.2.3	<i>Etapa III: Tradução de volta à língua de origem (retradução ou backtranslation)</i>	55
4.2.4	<i>Etapa IV: Revisão por um comitê de juízes</i>	56
4.2.5	<i>Etapa V: Pré-teste</i>	59
4.3	Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do <i>CRA</i>	60
4.3.1	<i>Validade</i>	61
4.3.1.1	<i>Validade de conteúdo</i>	62
4.3.1.2	<i>Validade de construto</i>	65
4.3.2	<i>Confiabilidade</i>	67
4.4	Local do estudo.....	68
4.5	População e amostra.....	69
4.6	Coleta de dados.....	70

4.7	Organização e análise dos dados.....	71
4.8	Aspectos éticos.....	72
5	RESULTADOS.....	73
5.1	Adaptação transcultural do instrumento CRA para o contexto brasileiro.	73
5.1.2	<i>Etapas I, II e III: Tradução inicial, síntese das traduções e retradução.....</i>	<i>73</i>
5.1.3	<i>Etapa IV: Avaliação por um comitê de juízes.....</i>	<i>80</i>
5.1.4	<i>Etapa V: Pré-teste.....</i>	<i>86</i>
5.2	Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do CRA.....	93
5.2.1	<i>Caracterização da amostra.....</i>	<i>93</i>
5.2.2	<i>Validade.....</i>	<i>97</i>
5.2.2.1	<i>Validade de conteúdo.....</i>	<i>98</i>
5.2.2.2	<i>Validade de construto.....</i>	<i>101</i>
5.2.2.2.1	<i>Análise fatorial exploratória.....</i>	<i>101</i>
5.2.2.2.2	<i>Comparação de grupos contrastados.....</i>	<i>107</i>
5.2.3	<i>Confiabilidade.....</i>	<i>108</i>
6	DISCUSSÃO.....	111
6.1	Adaptação transcultural do CRA para o contexto brasileiro.....	111
6.2	Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do CRA.....	113
6.2.1	<i>Caracterização da amostra estudada.....</i>	<i>113</i>
6.2.2	<i>Validade.....</i>	<i>117</i>
6.2.3	<i>Confiabilidade.....</i>	<i>124</i>
7	CONCLUSÕES.....	127
8	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	129
	REFERÊNCIAS	131
	APÊNDICES	146
	ANEXOS	190

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um imperativo em curso no Brasil. Estima-se que a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população, a maior parte destes com múltiplas doenças crônicas e muitos já apresentando limitações funcionais (VERAS, 2009).

O cenário demográfico-epidemiológico que se configura é de número crescente de indivíduos na faixa etária idosa, com conseqüente ampliação da prevalência de doenças crônicas e crônico degenerativas. Esse panorama é notoriamente impactante no que tange aos modelos assistenciais em saúde, sugerindo a reflexão acerca da necessidade de se pensar novas propostas de intervenções, capazes de atender satisfatoriamente às demandas de uma população cada vez mais envelhecida (DUARTE, 2006).

Condições crônicas, em muitos casos, são geradoras de dependência, e aludem à necessidade de cuidados permanentes e continuados, demandados pelos idosos como fator indispensável para o adequado manejo clínico de suas doenças e conseqüente garantia de melhor qualidade de vida e saúde (DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011).

O número de pessoas que se tornam cuidadores cresce proporcionalmente ao aumento da incidência de doenças crônicas. Para indivíduos idosos, estima-se que a família proveja entre 80% e 90% do auxílio necessário, incluindo cuidados de saúde diretos, tarefas cotidianas, como transporte e ajuda nas atividades domésticas e compras, além da responsabilidade por iniciar e manter o vínculo com os serviços de saúde (DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011).

Nesse contexto, a família, enquanto unidade social fundamental, deve ser encarada como alvo estratégico das ações de saúde. Porquanto o sistema informal de apoio, também denominado cuidado informal, definido como o cuidado prestado por parentes, vizinhos, amigos ou instituições comunitárias, constitui o mais importante aspecto de suporte social, especialmente para o indivíduo idoso (DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011; INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

Frente a isso, a Organização Mundial de Saúde vem empregando esforços na busca pela formulação de políticas mais consistentes de cuidados de longa permanência no envelhecimento, sendo o cuidador informal de idoso apontado como elemento fundamental.

Adverte-se que o sistema de cuidados de longa permanência deve apoiar, e não substituir o cuidador informal, garantido instruções e apoio para cuidar, que podem repercutir em melhores condições de saúde física e mental em idosos necessitados de cuidados contínuos. Isto proporciona maior solidariedade familiar, o que, por sua vez, gera um

ambiente de cuidado mais satisfatório, minimizando a vulnerabilidade dos receptores de cuidados (WHO, 2000).

No Brasil, a figura do cuidador informal é imprescindível na assistência a idosos dependentes. Estudo transversal de base populacional realizado em um município brasileiro revelou prevalência de cuidado domiciliar ao idoso de 49,5%, dos quais apenas 4,7% correspondiam a cuidadores formais (DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011).

Todavia, apesar de sua importância na assistência ao idoso dependente de cuidados, e da necessidade de ser encarado como cliente, Garbin *et al.* (2010) referem que, muitas vezes, a figura do cuidador informal passa-nos sob um olhar desatento. Assim, sem adequados acompanhamento, orientações e avaliações para a prestação de cuidados, torna-se inevitável seu desgaste, o que, conseqüentemente, repercute em prejuízos também para o idoso cuidado.

Guedea *et al.* (2009) destacam que a assistência a um idoso dependente funcional demanda tempo, recursos econômicos, organização familiar e pessoal que, em conjunto com outras exigências inerentes aos diferentes papéis sociais do cuidador, acarretam uma sobrecarga de tarefas, responsáveis por repercussões negativas.

No Brasil, o impacto de cuidar de idosos incapacitados sobre os cuidadores informais, bem como, suas demandas sociais, emocionais e econômicas, ainda é pouco explorado (VIEIRA; FIALHO; MOREIRA, 2011). O termo *burden*, inicialmente definido por Zarit, Reever e Bach-Peterson (1980), é utilizado na literatura internacional como sinônimo de sobrecarga do cuidador, que pode ser compreendida como a extensão em que os cuidadores percebem sua emoção, saúde física, vida social e *status* como resultado dos cuidados prestados, normalmente a um familiar.

Pela probabilidade de interferência da sobrecarga nas condições de saúde física e mental de quem cuida, o enfermeiro, como os demais membros da equipe de saúde, tem função relevante, não apenas nas ações de assistência e promoção à saúde do indivíduo idoso, mas também à família cuidadora, devendo identificar o cuidador principal e proceder avaliação criteriosa e sistemática do mesmo.

Apesar da importância de tal conduta, Fernandes e Garcia (2009) referem que, nos países em desenvolvimento, e especialmente nos da América Latina, ao contrário do que acontece em muitos países desenvolvidos, os serviços de saúde ainda não incorporaram efetivamente a execução de atividades profissionais assistenciais voltadas ao cuidador familiar.

Cabe destacar, em relação à autora da presente investigação, que experiências anteriores, possibilitadas por intermédio do Projeto de Pesquisa Práticas Cuidativas do Idoso, vinculado ao Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas de Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará (UFC), oportunizaram o desenvolvimento de trabalhos científicos junto à população de cuidadores informais de idosos.

Isto possibilitou conhecer mais intimamente o complexo universo desse público, através da escuta frequente de queixas de cansaço e sensação de sobrecarga, além de relatos de alegria e satisfação em cuidar do idoso dependente no domicílio, culminando com a realização de trabalho de conclusão de curso de Graduação com a temática (MOTA, 2010).

Sabe-se que a atenção ao cuidador pode ser desenvolvida através da avaliação de sua sobrecarga, aspecto relevante no sentido de se fundamentarem intervenções. No tocante à mensuração dos efeitos da sobrecarga experienciada por esse público, faz-se imprescindível a utilização de instrumentos de mensuração consistentes e válidos (GRATÃO, 2010). Todavia, pesquisas brasileiras destinadas, especificamente, a estimar a sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes, empregando instrumentos de medidas, ainda são escassas (GRATÃO, 2010; VIEIRA; FIALHO; MOREIRA, 2011).

Internacionalmente, há ferramentas consistentes que vêm sendo construídas e utilizadas em estudos gerontológicos (DEEKEN *et al.*, 2003; GIVEN *et al.*, 1992; KAO; ACTON, 2006). Em nosso país, verifica-se a carência de instrumentos específicos para a avaliação de cuidadores informais de idosos (GRATÃO, 2010).

Os instrumentos *Zarit Burden Inventory (ZBI)* e *Family Burden Interview Scale (FBIS)* foram traduzidos, adaptados e validados para o Brasil, respectivamente, por Sczufca (2002) e Bandeira, Calvazara e Varela (2005), para avaliação da sobrecarga de cuidadores de pessoas acometidas por enfermidades psiquiátricas, o que limita seu uso com cuidadores informais de idosos dependentes.

Outrossim, a *ZBI* tem sido criticada por sua unidimensionalidade, característica que restringe uma avaliação adequada da sobrecarga, uma vez que consiste em construto multidimensional (DEEKEN *et al.*, 2003; GIVEN *et al.*, 1992; STEPHAN *et al.*, 2013).

Deeken *et al.* (2003), após levantamento sobre instrumentos desenvolvidos para mensuração da sobrecarga, necessidades e qualidade de vida de cuidadores, recomendam o *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* (GIVEN *et al.*, 1992) como um dos instrumentos de excelência para avaliação da sobrecarga de cuidadores informais, inclusive junto a cuidadores de idosos.

O *CRA* foi originalmente desenvolvido nos Estados Unidos da América por enfermeiros e médicos pesquisadores da *Michigan State University*, cujo propósito era desenvolver um instrumento adequado à avaliação da sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas acometidas por enfermidades crônicas em geral, tanto físicas quanto mentais. Por conseguinte, ressalta-se que isto o torna particularmente apropriado para uso com cuidadores informais de idosos dependentes (GIVEN *et al.*, 1992).

Elaborado e testado com destacado rigor metodológico, consiste em instrumento multidimensional, autoaplicável, composto por 24 itens, agrupados em cinco subescalas: programação das atividades diárias (cinco itens), suporte familiar (cinco itens), questões financeiras (três itens), saúde física (quatro itens) e autoestima (sete itens). As opções de respostas são em formato de escala tipo *likert* de cinco pontos (GIVEN *et al.*, 1992).

No estudo de desenvolvimento e validação inicial, o instrumento foi administrado em amostra total de 754 cuidadores familiares de pessoas com deficiências físicas, demências ou neoplasias malignas. À avaliação de suas propriedades psicométricas, mostrou-se confiável (alfa de Cronbach 0,80 a 0,90 nas cinco subescalas) e válido (validade de construto por análise fatorial e por validade convergente) (GIVEN *et al.*, 1992).

O *CRA* apresenta ainda a particularidade de contemplar tanto os aspectos negativos quanto positivos do cuidar, o que consiste em característica relevante quando se propõe uma medida para avaliação da sobrecarga de cuidadores informais, visto que, a oferta de cuidados não deve ser encarada como fonte de repercussões exclusivamente negativas (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Considerando a inexistência de instrumento comprovadamente adequado para avaliar a sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes em nosso idioma, propõe-se realizar a adaptação transcultural e validação do *CRA* para o contexto cultural brasileiro.

É consenso entre pesquisadores que a criação de novos instrumentos de medidas quando se dispõe de outros já construídos para o mesmo propósito é um processo oneroso tanto em tempo, quanto em empenho pessoal e financeiro, o que justifica a recomendação científica para a adaptação transcultural de instrumentos já existentes em outros idiomas (CICONELLI *et al.*, 1999; VICTOR, 2007).

Ademais, a utilização do *CRA* em países da América do Norte, Europa e Ásia, tais como: Canadá, Holanda, Noruega, Suécia, China, Cingapura, Japão, dentre outros, detentores de contextos culturais diversificados, consiste em aspecto relevante para a realização de comparações e discussões satisfatórias de resultados (FRIAS; TUOKKO; ROSENBERG, 2005; GE *et al.*, 2011; GROV *et al.*, 2006; MALHOTRA *et al.*, 2012; MISAWA *et al.*, 2009;

NIJBOER *et al.*, 1999; PEREIRA; SOARES, 2011; PERSSON *et al.*, 2008; STEPHAN *et al.*, 2013; YANG *et al.*, 2013).

A proposta deste estudo, portanto, consiste em disponibilizar um instrumento comprovadamente confiável e válido para a avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes brasileiros.

Ressalva-se que estudos de validação vêm sendo uma tendência crescente na produção científica em Enfermagem, o que reforça a relevância da presente pesquisa (WONG *et al.*, 2013).

Destarte, pretende-se que a versão brasileira do *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* possa ser utilizada em pesquisas e na prática assistencial de enfermeiros e de outros profissionais de saúde envolvidos na assistência ao idoso dependente e seu cuidador familiar, subsidiando a implementação de intervenções eficazes voltadas a esses públicos. O estudo visa ainda contribuir com a realização de novas investigações relativas à questão da sobrecarga do cuidador informal de idoso dependente no Brasil.

2 OBJETIVOS

- Realizar a adaptação transcultural do *Caregiver Reaction Assessment* para a avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes brasileiros;
- Avaliar as propriedades psicométricas (confiabilidade e validade) da versão brasileira do *Caregiver Reaction Assessment* aplicado junto a cuidadores informais de idosos dependentes.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Incapacidade funcional e dependência do idoso

Diante do atual cenário demográfico brasileiro, a tendência que se vislumbra é a de um grande número de indivíduos idosos, que vivem por mais tempo, porém apresentam maiores condições crônicas. Por conseguinte, o aumento no número de doenças crônicas relaciona-se, não em sua totalidade, mas em grande parte dos casos, com consequente maior incapacidade funcional (ALVES *et al.*, 2007). Isto ocorre porque esse tipo de patologia costuma ocorrer, no idoso, de forma mais expressiva e simultânea. Nessa fase da vida, é comum que essas doenças sejam geradoras de processos incapacitantes importantes, que acarretam prejuízos na funcionalidade do idoso (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Pode-se definir incapacidade funcional como a inabilidade ou dificuldade para a realização de tarefas do cotidiano consideradas indispensáveis para se levar a vida de forma plena e independente (YANG; GEORGE, 2005). Assim, a potencialidade de desempenhar, sem auxílio, as Atividades da Vida Diária (AVD), determina que um indivíduo apresenta boa capacidade funcional.

A incapacidade funcional de idosos costuma associar-se a prognósticos negativos quanto à qualidade de vida na velhice. Del Duca, Silva e Hallal (2009) destacam que o diagnóstico e prevenção dos riscos associados à incapacidade funcional em idosos constitui o grande desafio para a saúde pública nas próximas décadas, a fim de se garantir que a longevidade da população ocorra com maior independência, autonomia e qualidade de vida.

Sabe-se que há relação direta entre a incapacidade funcional e a condição de dependência em idosos: na medida em que se instala a dificuldade para realizar as atividades requeridas no cotidiano, sugere-se a necessidade de interferência de alguém para auxiliar o idoso em sua rotina diária quanto à execução destas atividades, tais como mobilidade, alimentação e higiene. Essa interferência, entendida como uma oferta de cuidados que excede as necessidades exigidas por um adulto saudável, traduz uma situação de dependência do idoso (MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 1999).

A dependência, por conseguinte, pode ser definida como a incapacidade para realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa (BRASIL, 2006a). De acordo com Lima-Costa *et al.* (2011), pelo menos 7% da população brasileira na faixa etária de 60 e mais anos apresenta algum grau de dependência, com dificuldade ou incapacidade de realização, sem ajuda externa, de alguma AVD.

Nesse contexto, cabe destacar o que é apontado por Oliveira e Pedreira (2012) quando referem que a ocorrência de dependência no envelhecimento e o consequente surgimento da figura do cuidador, exigem, decisivamente, novas formas de assistência, bem como novos enfoques no que tange às Políticas Públicas orientadoras da atenção à população idosa.

Destarte, o profissional de saúde que assiste o público idoso tem papel relevante na investigação, reconhecimento e implementação de intervenções individualizadas referentes à situação de dependência, inevitavelmente acompanhada de algum grau de incapacidade funcional.

Para avaliar o grau de dependência da pessoa idosa, e conseqüentemente, os tipos de cuidados que lhe serão necessários, deve-se lançar mão da avaliação funcional, que é preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e considerada um dos principais indicadores de saúde em idosos (BRASIL, 2006a, 2006b; NOGUEIRA *et al.*; 2010).

Essa avaliação é relevante, uma vez que a incapacidade funcional do idoso é característica relacionada ao aumento da morbidade e mortalidade nesse grupo populacional (MILLÁN-CALENTI *et al.*, 2010). Ademais, permite ao profissional de saúde identificar, além das limitações, as potencialidades do idoso, possibilitando a elaboração de um plano assistencial que contemple medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras em saúde (NAKATANI *et al.*, 2009).

Sobre o papel do profissional de saúde no cuidado geriátrico, Marinho *et al.* (2013) ressaltam que, independentemente do grupo etário dos idosos assistidos, o estímulo à realização autônoma das AVD é aspecto essencial à manutenção de sua independência física, social e cognitiva. As autoras destacam ainda a relevância de intervenções oportunas, ao afirmarem que a dependência não constitui um estado permanente, mas um processo dinâmico, em cuja evolução é possível interferir (MARINHO *et al.*, 2013).

Na estimativa da capacidade funcional do idoso, deve-se avaliar seu desempenho na realização das AVD, didaticamente subdivididas em: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As ABVD são relacionadas ao autocuidado, e incluem alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre as eliminações. As AIVD, por sua vez, são relativas à participação do idoso em seu entorno social. Abrangem, por exemplo, ações como utilizar meios de transporte, realizar compras, preparar refeições e cuidar das próprias finanças, avaliando a capacidade do indivíduo de manter uma vida independente na comunidade. (BRASIL, 2006a).

Como ferramentas para a avaliação do desempenho do idoso na realização, respectivamente, das ABVD e AIVD, as Escalas de Katz (KATZ *et al.*, 1963) e de Lawton (LAWTON; BRODY, 1969) são os instrumentos mais amplamente utilizados, sendo recomendados pelo Ministério da Saúde brasileiro no Caderno de Atenção Básica: “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2006a).

Cabe ainda destacar que, além da ampla gama de repercussões sobre a vida do idoso, a situação de dependência também altera significativamente a dinâmica familiar, sendo responsável, muitas vezes, por situações de grande estresse para os cuidadores informais (QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010).

Isto costuma ocorrer devido ao fato de que um maior nível de dependência do idoso costuma impor maiores exigências aos cuidadores, desde um maior dispêndio de tempo e esforço físico para cuidar até uma maior pressão psicológica, abdicação da própria vida e responsabilidades assumidas em relação ao familiar cuidado.

3.2 O cuidador de idoso

A Política Nacional do Idoso (1994) define o cuidador de idoso como a pessoa que, sendo ou não membro da família, assume, com ou sem remuneração, o cuidado ao idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias (BRASIL, 1994).

Auxiliar na alimentação, realizar cuidados de higiene pessoal, assistir o idoso em sua locomoção e atividades físicas, acompanhá-lo aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano, são alguns exemplos de funções desempenhadas por um cuidador de idoso (BRASIL, 2008).

Gomes e Resck (2009, p. 497) referem que “o cuidador assume a responsabilidade de dar suporte e assistir as necessidades da pessoa cuidada, visando o enfrentamento de dificuldades, a superação de obstáculos e a continuidade da vida”.

Para a caracterização dos cuidadores de idosos, a literatura gerontológica tem empregado classificações específicas que consideram o vínculo com o idoso, bem como os tipos e a frequência dos cuidados prestados (LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006).

O Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1998) define diferentes categorias de cuidadores, cabendo destacar: o cuidador formal, que consiste em pessoa com idade igual ou superior a 18 anos, minimamente com ensino fundamental como nível de escolaridade, que frequentou instituição oficialmente reconhecida para formação ou treinamento em cuidados ao idoso, e que exerce a função de cuidar como atividade

remunerada; o cuidador informal (ou cuidador familiar, como é também designado), reconhecido como a pessoa com ou sem vínculo familiar, que, sem remuneração, e geralmente sem qualquer treinamento específico, presta cuidados ao idoso.

Os cuidadores podem ainda ser caracterizados como cuidador principal (ou cuidador primário) e cuidador secundário. O cuidador principal é a pessoa que assume a total ou maior parte da responsabilidade pelos cuidados ao idoso dependente. Os cuidadores secundários, por sua vez, são as pessoas (familiares, voluntários ou profissionais) que prestam cuidados eventuais ao idoso, de forma complementar ao cuidado ofertado pelo cuidador principal (CALDAS, 2002).

No que concerne especificamente ao cuidador formal de idoso, ressalta-se que esta é uma ocupação reconhecida, integrante da Classificação Brasileira de Ocupações, do Ministério do Trabalho e Emprego, sob o código 5162-10. Para ingressar na profissão de cuidador formal de idoso, exige-se a experiência de dois anos em funções supervisionadas de auxiliar de cuidador em domicílios, instituições públicas, privadas ou organizações não governamentais, ou a participação em cursos específicos de formação profissional, concomitantemente ou após a formação escolar mínima exigida para a função (quarta série do ensino fundamental) (BRASIL, 2002).

Todavia, sabe-se que, no cenário nacional, o cuidado informal ao idoso dependente é predominante, geralmente assumido por um familiar, no ambiente domiciliar, o que pode ser justificado, em parte, pela ausência de uma rede de suporte formal adequada (FERRETTI, 2007).

A Política Nacional do Idoso (1994) e, posteriormente, o Estatuto do Idoso (2003) destacam que, em nosso país, o cuidado ao idoso deve ocorrer, preferentemente, no seio familiar, atribuindo à família a responsabilidade primeira do cuidado (BRASIL, 1994, 2003). Outrossim, percebe-se, na sociedade brasileira, existência de consenso, culturalmente e historicamente constituído, de que é sempre da família a obrigação de cuidar de seu idoso.

Isto é corroborado por Ferreira (2007), ao referir que, de maneira geral, sólidas questões culturais, existentes na totalidade das classes sociais, interferem nitidamente na decisão quanto ao cuidado familiar do idoso dependente, de forma que, mesmo havendo possibilidades e recursos para transferir a terceiros a responsabilidade de cuidar, as famílias optam por manter o idoso em casa, sob seus cuidados (FERREIRA, 2007).

Para Salgueiro e Lopes (2010), cuidar de um familiar idoso dependente pode ser um fator gerador de alterações importantes no sistema familiar, tendendo a levá-lo ao desequilíbrio. Em estudo que propôs avaliar o funcionamento de famílias cuidadoras de

idosos dependentes, os autores constataram que as transformações familiares advindas da oferta de cuidado informal ao idoso por um membro do núcleo familiar, revelaram-se potencialmente patológicas (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Ao assumir a tarefa de cuidar de um idoso dependente, o cuidador se expõe a diferentes níveis de ansiedade, inerentes às particularidades intrínsecas ao desempenho dessa função, tais como a modificação de papéis sociais e a adaptação à condição de cuidador, que demanda dedicação, paciência e abnegação (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Sobre isso, Vieira (2010) destaca que o cotidiano do cuidador informal de idosos não se limita ao fazer, e que várias outras questões, de cunho subjetivo, estão envolvidas na situação de cuidar do idoso.

Montezuma, Freitas e Monteiro (2008) mencionam que cuidar de um familiar mobiliza inúmeros sentimentos, pois presume a necessidade de ajustamento a uma nova situação, amplamente exigente em responsabilidade. Além disso, o cuidador precisa lidar com a falta de experiência e o despreparo para desempenhar a função.

Outros aspectos que têm influência sobre a vida do cuidador informal são o envolvimento afetivo com o idoso cuidado e a transformação de uma relação anterior de reciprocidade em uma relação de dependência, a qual impõe exigências ao cuidador, especialmente quanto à realização de atividades diretas de promoção ao bem-estar físico e psicossocial do idoso. Tais exigências, por sua vez, podem acarretar restrições à sua própria vida (INOUE; PEDRAZZANI; PARARINI, 2010).

Quando passam a cuidar do familiar, os cuidadores, em geral, passam a participar menos de atividades sociais, e a conviver mais com conflitos familiares, normalmente, envolvendo a forma como cuidam do parente comum. Pela maneira como submergem no papel de cuidadores, alguns sujeitos podem, inclusive, vivenciar a chamada "erosão do *self*", indicativa de perda da identidade pessoal (ORSO, 2008).

Cabe ainda destacar que o cuidador informal reveste-se de fundamental importância no que concerne à promoção da saúde do idoso, pois representa grande contribuição quanto à troca de informações com os profissionais de saúde, uma vez que conhece intimamente o ambiente familiar, cenário de vida principal do idoso (GOMES; RESCK, 2009; MOTA, 2010). Além disso, o cuidador informal necessita ser encarado, frente aos serviços de saúde, como um cliente, que merece atenção individualizada e criteriosa (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Sobre isso, Pereira e Filgueiras (2009) aludem que, diante da tendência de manutenção de idosos dependentes no seio familiar, além da disposição de um membro da

família para assumir o cuidado, torna-se premente a oferta de suporte profissional adequado, tanto para o preparo técnico do cuidador, quanto para a oferta de intervenções específicas, capazes de garantir um projeto individualizado de manutenção e promoção de sua saúde. Andrade (2009) pontua a posição privilegiada do profissional enfermeiro para atender eficazmente às demandas do cuidador familiar de idoso dependente, especialmente no cenário da Atenção Primária à Saúde.

Para Santos e Pavarini (2012), a atenção aos cuidadores familiares de idosos é aspecto de discussão fundamental no contexto da saúde pública no Brasil. As autoras apontam, inclusive, a necessidade de criação e implementação de Protocolo de avaliação do cuidador de idoso, como uma forma de garantir assistência qualificada a essa clientela.

3.3 Sobrecarga do cuidador

Embora a conceituação de sobrecarga do cuidador não seja completamente bem definida na literatura, sabe-se que sugere uma medida direta do dever de prestar cuidados a alguém (MORLEY *et al.*, 2012).

Gratão (2010) menciona que o impacto de assistir uma pessoa dependente de cuidados foi primeiramente publicado por Zarit *et al.* (1980), referindo-se a problemas físicos, emocionais, sociais e financeiros vivenciados por familiares cuidadores, que envolvem aspectos objetivos e subjetivos.

Frequentemente, as expressões “*burden*” e “*burnout*” têm sido descritas na literatura como sinônimos, para aludir à sobrecarga de cuidadores (GRATÃO, 2010). É oportuno, entretanto, ressaltar a diferença existente entre os dois termos, especialmente quando se faz referência a cuidadores informais de idosos.

O termo *burnout* define um conjunto de sintomas de resposta à tensão emocional, de natureza crônica, ocasionada pelo contato direto e excessivo com outras pessoas, em situação de trabalho exigente em atenção e responsabilidade. A síndrome de *burnout* (ou síndrome do esgotamento profissional), portanto, refere-se a trabalhadores formais contratados. No Brasil, esta é uma doença laboral reconhecida, incluída na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (OMS, 2003).

Quanto ao termo *burden*, por sua vez, a expressão é mais comumente utilizada para descrever as repercussões negativas de cuidados informais ofertados, geralmente, por familiares, a pessoas doentes ou momentaneamente necessitadas de atenção mais próxima. Os

termos sobrecarga, impacto, carga, interferência e fardo costumam ser utilizados na descrição de tal situação (PLATT, 1985).

Isto posto, entende-se que o emprego do termo *burden* parece mais adequado para reportar-se à sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes.

A sobrecarga do cuidador é um conceito multidimensional, que abrange componentes objetivos e subjetivos. A sobrecarga objetiva relaciona-se, principalmente, com o tempo dispendido pelo cuidador para exigências concretas do cotidiano da pessoa cuidada, enquanto a sobrecarga subjetiva é caracterizada como uma experiência emocional, ligada aos sentimentos envolvidos na tarefa de cuidar (SALES, 2003; OLIVEIRA, 2010).

Para Watanabe e Derntl (2006), dispensar cuidados a uma pessoa dependente exige significativos esforços mental, físico e psicológico, além de possíveis custos financeiros, diretos e indiretos.

Estudos apontam que, quanto maior for o nível de dependência funcional de um idoso, mais numerosas serão as exigências para a prestação de cuidados, resultando em maior sobrecarga experienciada por seu cuidador informal (STACKFLET *et al.*, 2012; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Fatores como a falta de suporte e de reconhecimento familiar, bem como a ausência de uma rede social formal de apoio estão envolvidos na ocorrência e magnitude de efeitos deletérios de sobrecarga entre cuidadores informais de idosos dependentes. A ausência de informações e de apoio para cuidar é também citada por Vieira *et al.* (2012) como fator desencadeante de maior desgaste físico e mental no cuidador.

Isto é reforçado por Stackflet *et al.* (2012), quando afirmam que as atividades exercidas pelo cuidador informal de idoso podem gerar problemas para sua saúde, como resultado da sobrecarga oriunda do despreparo em relação ao papel desempenhado.

Yiengprugsawan *et al.* (2012) referem que, diferentemente dos países desenvolvidos, nos países em desenvolvimento, as limitações do sistema de apoio social formal para promoção do bem-estar de cuidadores familiares é uma característica que agrava ainda mais sua experiência negativa de sobrecarga.

Em estudo com cuidadores informais do estado de São Paulo (Brasil), Amendola, Oliveira e Alvarenga (2011) observaram que os cuidadores que estavam mais insatisfeitos com suas relações sociais apresentaram maior grau de sobrecarga.

Como resultados da sobrecarga objetiva de cuidadores familiares de idosos dependentes, investigações apontam inúmeras complicações de saúde, tais como dores

lombares, depressão, hipertensão arterial sistêmica, reumatismo, diabetes e problemas cardíacos (CARNEIRO *et al.*, 2009).

Barrow e Harrison (2005), ao realizarem estudo com cuidadores do Reino Unido, constataram que o fato de ser cuidador familiar no domicílio pode estar associado à ocorrência de queixas de dores corporais e obesidade, dentre outras morbidades.

Resultados da metanálise produzida por Vitaliano, Zhang e Scalan (2003) revelaram que cuidadores de idosos com demência apresentaram dosagens de hormônios do *stress* 23% maior e resposta imunológica 15% menor se comparados a pessoas demograficamente similares que não exerciam a função de cuidar.

Em outra investigação sobre a saúde física e mental de cuidadores tailandeses, observou-se que muitos conviviam rotineiramente com dores lombares e distúrbios psíquicos menores (YIENGPRUGSAWAN *et al.*, 2012).

No que concerne à sobrecarga subjetiva, por sua vez, sabe-se que está diretamente relacionada às consequências da sobrecarga objetiva, e que pode ser entendida como o resultado dos sentimentos pessoais do cuidador relativos à tarefa de cuidar (SOARES; MUNARI, 2007).

Em pesquisa que investigou o impacto de cuidar de idosos com demência entre cuidadores informais do estado de São Paulo (Brasil), Novelli, Nitrini e Caramelli (2010) observaram que 75,6% dos integrantes da amostra estudada apresentavam inúmeros sentimentos negativos frente ao cuidado ofertado.

Em outro estudo com cuidadores familiares, Passos, Sequeira e Fernandes (2012) também se depararam com níveis elevados de sofrimento psicológico associado à grande demanda de cuidados dispensados aos idosos.

Cabe ressaltar, contudo, que a oferta de cuidados informais a idosos dependentes não traz repercussões exclusivamente negativas. Alguns autores têm apontado que, muitas vezes, a tarefa pode envolver igualmente aspectos positivos, que, por sua vez, podem resultar em benefícios para os cuidadores, tais como alegria, prazer e satisfação pessoal (CRUZ *et al.*, 2010; EKWALL; SIVBERG; HALLBERG, 2007).

Deste modo, os aspectos positivos relativos à prestação de cuidados ao idoso, potencialmente desencadeadores de sentimentos de satisfação e prazer ao cuidador, devem ser valorizados (OLIVEIRA; CALDANA, 2012). Por sua relevância e interferência na ocorrência de sobrecarga, tais aspectos precisam estar presentes quando se pretende estabelecer uma estimativa adequada da ocorrência de sobrecarga de cuidadores informais de idosos.

Fundamentando-se no Modelo de Promoção da Saúde de Pender (1987), Sisk (2000) investigou a relação entre a sobrecarga de cuidadores informais de idosos norte-americanos e sua adoção a comportamentos de promoção da saúde, evidenciando que a sobrecarga consiste ainda em um importante fator situacional, com influência direta sobre a habilidade do cuidador para aderir a inúmeros comportamentos de promoção da saúde.

Frente ao exposto, apreende-se que a identificação, avaliação e monitoramento da sobrecarga do cuidador são essenciais na assistência a esse público, uma vez que podem auxiliar no reconhecimento dos indivíduos mais vulneráveis ao risco de desenvolver problemas de saúde oriundos da tarefa de cuidar, além de possibilitar a implementação de intervenções individualizadas promotoras de sua saúde (ETTERS; GOODAL; HARRISSON, 2008).

Para se proceder a essa avaliação, presume-se a necessidade do emprego de ferramentas de medição apropriadas, visando a garantia de proposição de intervenções eficazes. Para isso, é relevante que se considerem as experiências objetivas e subjetivas, bem como os aspectos negativos e positivos da prestação de cuidados (STEPHAN *et al.*, 2013).

Visando conhecer as características da produção científica brasileira acerca da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes, e mais especificamente, quais instrumentos de medição vêm sendo empregados em sua avaliação neste país, empreendeu-se busca bibliográfica na base de dados eletrônicos Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Para isto, empregaram-se os descritores “cuidadores”, “idoso” (Descritores em Ciências da Saúde – DECS), e a palavra-chave “sobrecarga”, bem como seus termos correspondentes nos idiomas inglês e espanhol, na busca por artigos científicos originais, de origem brasileira, com textos completos disponíveis gratuitamente e em formato eletrônico na base de dados. Excluíram-se os artigos que não abordavam a temática sobrecarga, os que não tratavam especificamente de idosos como destinatários dos cuidados ofertados, os que eram referentes a cuidadores formais, bem como os editoriais, relatos de experiência e estudos de revisão.

À busca e leitura de títulos e resumos, identificaram-se 19 textos enquadrados nos critérios de inclusão estabelecidos, que compuseram, portanto, a amostra da revisão. Destes, treze artigos eram do idioma português (68,4%), e seis do idioma inglês (31,6%).

Quanto ao ano de publicação, foi possível perceber uma tendência recente na produção científica brasileira abordando o fenômeno da sobrecarga de cuidadores informais de idosos: doze artigos (63,15%) foram publicados entre os anos 2011 e 2013 (GRATÃO *et*

al., 2013; GRATÃO *et al.*, 2012a; GRATÃO *et al.*, 2012b; LENARDT *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2011; PEREIRA *et al.*, 2013; SEIMA; LENARDT, 2011; STACKFLETH *et al.*, 2012; STELLA *et al.*, 2011; TRUZZI *et al.*, 2012; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013), e o texto mais antigo (um = 5,26%) datava de 2004 (GARRIDO; MENEZES, 2004).

Observou-se que apenas um artigo (5,26%) estava publicado em periódico científico internacional (LENARDT *et al.*, 2011). Todos os demais consistiam em publicações de periódicos brasileiros (BORGES; ALBUQUERQUE; GARCIA, 2009; CASSIS *et al.*, 2007; DIEL *et al.*, 2010; FIALHO *et al.*, 2009; GARRIDO; MENEZES, 2004; GRATÃO *et al.*, 2012a; GRATÃO *et al.*, 2012b; GRATÃO *et al.*, 2013; LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006; MORAES; SILVA, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2011; PEREIRA *et al.*, 2013; SEIMA; LENARDT, 2011; STACKFLETH *et al.*, 2012; STELLA *et al.*, 2011; TRUZZI *et al.*, 2012; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

Foi possível verificar ainda que as investigações brasileiras acerca da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes eram, em sua maioria, do tipo transversal (17 estudos = 89,47%), e, de modo geral, propuseram avaliar a sobrecarga experienciada e/ou verificar sua associação com características sociodemográficas, psicossociais e clínicas os cuidados, dos idosos receptores dos cuidados e/ou com escores de outros instrumentos de mensuração de conceitos relacionados à saúde.

Apesar de oferecerem vantagens, tais como serem de fácil controle, econômicos e apresentarem a capacidade de fornecer a prevalência do desfecho estudado (neste caso, a ocorrência de sobrecarga do cuidador), estudos transversais não permitem a elaboração de inferências acerca de suas mudanças e tendências no tempo (POLIT; BECK, 2011).

Cabe destacar, que a totalidade dos estudos incluídos na amostra da revisão (100%) empregou um instrumento de medição para a avaliação da sobrecarga dos cuidadores de idosos.

Verificou-se que, no total, três instrumentos de medida da sobrecarga do cuidador foram citados nas investigações analisadas: o *Zarit Burden Interview (ZBI)* (ZARIT; REEVER; BACH-PETTERSON, 1980), utilizado na maioria dos estudos (17 = 89,47%), a *Caregiver Burden Scale (CBS)* (ELMSTAHL; MALMBERG; ANNERSTEDTT, 1996), empregada em um dos estudos (5,26%) (LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006), e o *Maslach Burnout Inventory (MBI)* (MASLACH; JACKSON, 1981), também citado por um estudo (5,26%) (TRUZZI *et al.*, 2012).

O achado quanto ao número de ferramentas de mensuração evidenciado é corroborado por Gratão (2010), quando afirma que, no Brasil, verifica-se carência de instrumentos disponíveis para a avaliação da sobrecarga de cuidadores (GRATÃO, 2010).

Apesar de consistir no instrumento mais utilizado nas pesquisas acerca da sobrecarga de cuidadores informais de idosos brasileiros, cabe ressaltar que se desconhecem estudos de validação do *ZBI* junto a esse público específico.

No Brasil, Scafuzca (2002) validou o *ZBI* empregando amostra particular de cuidadores de pessoas acometidas por depressão, residentes em município da região Sudeste do país. De maneira semelhante, desconhecem-se estudos de validação da *CBS* e do *MBI* especificamente para cuidadores informais de idosos dependentes brasileiros. A *CBS* foi adaptada para uso no Brasil com cuidadores de pacientes portadores de doenças reumáticas (MEDEIROS *et al.*, 1998).

Quanto ao *MBI*, este apresenta, adicionalmente, outra limitação: a proposta original de desenvolvimento desse instrumento foi a avaliação da síndrome de *burnout* em trabalhadores, sugerindo uma estimativa da sobrecarga profissional, o que, por sua vez, pressupõe que seu emprego, junto a cuidadores de idosos, deve ser restrito a cuidadores formais (remunerados e com formação profissional para o exercício da função). Isto sugere, portanto, a inadequação do emprego do *MBI* junto a cuidadores informais de idosos dependentes, uma vez que o construto abordado pelo instrumento é conceitualmente distinto (sobrecarga profissional).

Conforme tendência temporal observada para as publicações brasileiras na área da sobrecarga do cuidador de idoso, espera-se ascensão do número de investigações com a temática nos próximos anos.

Ademais, é possível concluir que se tornam prementes a descrição e execução de fundamentações teóricas mais aprofundadas acerca das propriedades psicométricas de instrumentos de mensuração da sobrecarga de cuidadores informais de idosos nas publicações nacionais que abordam o assunto.

A utilização de ferramentas de mensuração requer seriedade e rigor, tanto na prática clínica quanto de pesquisa. Isto é necessário para que se assegure a credibilidade dos resultados das investigações, a fim de fundamentar diagnósticos e intervenções eficazes, além de garantir a obtenção de evidências científicas de qualidade.

3.4 O instrumento *Caregiver Reaction Assessment (CRA)*

Os autores do *CRA* o desenvolveram com o propósito de obter um instrumento multidimensional adequado à avaliação sistemática da sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas acometidas por enfermidades crônicas, tanto físicas quanto mentais.

Para a elaboração dos itens, realizaram-se revisão de inúmeros estudos, bem como séries de entrevistas com cuidadores, a fim de desvendar o construto investigado. Disto, resultou a identificação de um conjunto de dimensões recorrentes, que incluíam: como cuidar afeta a programação diária, a saúde e as finanças dos cuidadores, como o cuidar influencia negativamente suas vidas e se relaciona com o sentimento de autoestima, e como percebem o apoio da família e de amigos para a prestação de cuidados (GIVEN *et al.*, 1992).

A partir das dimensões identificadas, 111 itens foram formulados por um grupo de cinco pesquisadores envolvidos no estudo, que em seguida os analisaram sucintamente. Decidiu-se então pela eliminação de dez, resultando em conjunto de 101 itens. Nesta análise, considerou-se a necessidade de concordância total entre os cinco pesquisadores quanto à pertença de cada item ao construto investigado. Itens que suscitaram qualquer tipo de divergência foram descartados (GIVEN *et al.*, 1992).

Os 101 itens foram então organizados em formato de questionário, com respostas em escala *likert* de cinco pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Em exploração preliminar, o questionário foi aplicado a uma amostra de conveniência de 99 cuidadores, visando a eliminação de itens considerados inadequados (mal interpretados pelos respondentes; que produziam respostas sem variações; que não apresentavam relações com outros itens do instrumento). Disto, resultaram 40 itens, posteriormente administrados a novas amostras de cuidadores familiares. Ao final das avaliações empreendidas, 24 itens passaram a compor o instrumento *CRA* (GIVEN *et al.*, 1992).

O instrumento foi então avaliado através de análises fatoriais exploratória e confirmatória. Na etapa exploratória do estudo, Given *et al.* (1992) empregaram amostra de 377 cuidadores informais de pessoas idosas com doenças crônicas. Dos receptores de cuidados, 267 apresentavam enfermidades físicas e 110 tinham diagnóstico médico de demência. Na etapa confirmatória, outras duas amostras independentes foram empregadas: uma amostra de 276 cuidadores familiares de pessoas em tratamento de câncer, e uma de 101 cuidadores familiares de pessoas com demência. Essas amostras não incluíram cuidadores participantes da etapa anterior (exploratória).

A amostra de cuidadores da etapa exploratória foi utilizada também em análise de invariância fatorial longitudinal do instrumento. Para isso, o *CRA* foi administrado em três

momentos distintos, com intervalo de seis meses. 185 cuidadores participaram das três avaliações, ao final dos doze meses (GIVEN *et al.*, 1992).

Os 24 itens componentes do *CRA* distribuem-se entre as cinco subescalas unidimensionais identificadas em seu processo de elaboração: “programação das atividades diárias”, “suporte familiar”, “questões financeiras”, “saúde física” e “autoestima”. A pontuação dos escores do instrumento, de acordo com os autores da versão original, não se dá através de um valor global para o conjunto da escala, mas sim para cada uma de suas subescalas. Entretanto, Grov *et al.* (2006), no estudo de validação do *CRA* para cuidadores de pacientes oncológicos noruegueses, estabeleceram um somatório de escores dos 24 itens, que refletiu satisfatoriamente a situação total de sobrecarga do cuidador.

A subescala “programação das atividades diárias” (itens 4, 8, 11, 14, 18) mede a extensão em que a oferta de cuidados interrompe ou atrapalha atividades diárias dos cuidadores; a subescala “suporte familiar” (itens 2, 6, 13, 16, 22) avalia a extensão em que o cuidador percebe a falta de apoio e abandono pelos membros da família; a subescala “questões financeiras” (itens 3, 21, 24) mede a tensão financeira sobre o cuidador; a subescala “saúde física” (itens 5, 10, 15, 19) afere o sentimento do cuidador em relação à deterioração de sua saúde física; e a subescala “autoestima” (itens 1, 7, 9, 12, 17, 20, 23) objetiva medir experiências positivas oriundas da prestação de cuidados (GIVEN *et al.*, 1992; NIJBOER *et al.*, 1999).

Cinco itens do instrumento, distribuídos entre quatro das subescalas, têm pontuação reversa. São estes: itens 3, 7, 13, 15 e 19.

Assim, tem-se que quatro subescalas avaliam os aspectos negativos, enquanto uma das subescalas (“autoestima”) mensura os aspectos positivos provenientes da oferta de cuidados. Isto permite que o *CRA* contemple a avaliação de ambas as situações interferentes na sobrecarga de cuidadores familiares (GIVEN *et al.*, 1992).

Resultante de rigoroso estudo de desenvolvimento e avaliação psicométrica, o *CRA* consiste em instrumento adequado para estimativa da sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas (GIVEN *et al.*, 1992).

Buscando conhecer as evidências acerca das qualidades psicométricas do *CRA* adaptado a outros contextos culturais, desde sua elaboração e validação inicial, realizou-se extensa revisão bibliográfica nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), CINAHL (*Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*), e SCOPUS.

A busca nas bases de dados aconteceu, inicialmente, de junho a agosto de 2011, sendo retomada no período de agosto a outubro de 2013, a fim de acessar possíveis novas publicações. Como palavra-chave, utilizou-se o próprio nome do instrumento: “*Caregiver Reaction Assessment*”.

Os critérios de inclusão na amostra da revisão foram: artigos originais, oriundos de estudos de validação do instrumento *CRA*, publicados em periódicos científicos, nos idiomas português, inglês ou espanhol, e com texto completo disponível gratuitamente em formato eletrônico. Excluíram-se os artigos que não se tratavam de estudo de validação do instrumento em questão e publicações duplicadas.

É relevante destacar que, devido à peculiaridade da base de dados SCOPUS de não disponibilizar os textos completos dos artigos, procedeu-se à leitura de títulos e resumos na base de dados, a fim de identificar os textos que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Após a seleção dos títulos que seriam incluídos na amostra, e em posse dos dados de publicação desses artigos, os textos completos foram acessados diretamente nas páginas eletrônicas dos periódicos onde foram publicados. A busca direta por periódicos foi facilmente executada a partir da página principal do portal de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

A amostra final da revisão foi constituída por 08 artigos científicos, sendo cinco (05) oriundos da base de dados *CINAHL* (62,5%), e três (03) da SCOPUS (37,5%). Uma publicação estava indexada no idioma português (12,5%) (PEREIRA; SOARES, 2011), e as demais, no idioma inglês (87,5%) (GE *et al.*, 2011; GROV *et al.*, 2006; MISAWA *et al.*, 2009; NIJBOER *et al.*, 1999; PERSSON *et al.*, 2008; STEPHAN *et al.*, 2013; YANG *et al.*, 2013).

Os textos foram lidos na íntegra para a coleta de dados da revisão. Para isto, utilizou-se um formulário padrão, contendo as seguintes informações sobre cada uma das publicações incluídas na amostra: título, ano de publicação, país de origem, nomes e área de atuação profissional dos autores, nome do periódico e fator de impacto (referência ao ano 2012, conforme disponibilizado pelo *Journal Citation Reports (JCR)*, acessado através do portal de periódicos da CAPES), população e amostra, tipos de análises psicométricas realizadas, principais resultados e conclusões (APÊNDICE A). Os dados foram organizados em quadros e, a seguir, analisados.

Conforme exposto no quadro 1, verificou-se que os estudos de validação do instrumento *CRA* foram provenientes de países dos continentes europeu (Alemanha, Portugal, Suécia, Noruega, Holanda) (STEPHAN *et al.*, 2013; PEREIRA; SOARES, 2011; PERSSON

et al., 2008; GROV *et al.*, 2006; NIJBOER *et al.*, 1999) e asiático (Coréia, China, Japão) (YANG *et al.*, 2013; GE *et al.*, 2011; MISAWA *et al.*, 2009), com 50% dos textos publicados recentemente (nos últimos cinco anos), sendo que o mais antigo data de 1999 (NIJBOER *et al.*, 1999), cerca de cinco anos após a publicação do estudo de desenvolvimento e validação inicial do instrumento (GIVEN *et al.*, 1994).

Quanto à área de atuação profissional dos autores, teve-se, de acordo com informações presentes nas publicações: Enfermagem (referida em 37,5% dos artigos incluídos na amostra) (MISAWA *et al.*, 2009; PERSSON *et al.*, 2008; STEPHAN *et al.*, 2013;), Ciências da Saúde (citada em 37,5%) (GROV *et al.*, 2006; PERSSON *et al.*, 2008; STEPHAN *et al.*, 2013), Medicina (apontada em 25% dos textos) (NIJBOER *et al.*, 1999; YANG *et al.*, 2013), Saúde Pública (apontada em 25%) (GE *et al.*, 2011; YANG *et al.*, 2013), Psicologia (apontada em 25%) (NIJBOER *et al.*, 1999; PEREIRA; SOARES, 2011), Neurobiologia (apontada em 12,5%) (PERSSON *et al.*, 2008) (QUADRO 1).

Quadro 1 – Distribuição das referências relativas aos estudos de validação do instrumento CRA, conforme o título, ano, país de origem, nomes e atuação profissional dos autores, nome e fator de impacto do periódico, amostra empregada e tipos de análises psicométricas realizadas. Fortaleza, 2013. (Continua)

Título	Ano	País de origem	Autores (Área de atuação profissional)	Nome do periódico (Fator de impacto)	Amostra Empregada	Medições psicométricas realizadas
<i>Validity and reliability of the Korean version of the Caregiver Reaction Assessment Scale in family caregivers of cancer patients.</i>	2013	Coréia	YANG, H. <i>et al.</i> (Medicina/ Saúde Pública)	<i>Psycho-Oncology</i> (3,506)	990 cuidadores familiares de pessoas com câncer.	Análise fatorial exploratória, consistência interna (alfa de Cronbach), validade concorrente.
<i>Validity, reliability, and feasibility of the German version of the Caregiver Reaction Assessment scale (G-CRA): a validation study</i>	2013	Alemanha	STEPHAN <i>et al.</i> (Ciências da Saúde/ Enfermagem)	<i>International Psychogeriatrics</i> (2,188)	234 cuidadores informais de idosos com demência.	Análise fatorial exploratória, validade de critério, consistência interna (alfa de Cronbach),
Sobrecarga em cuidadores informais de dependentes de substâncias: adaptação do <i>Caregiver Reaction Assessment (CRA)</i>	2011	Portugal	PEREIRA, M.G.; SOARES, A. J. (Psicologia)	Psicologia, Saúde e Doenças (Sem classificação)	120 cuidadores informais de pessoas dependentes de substâncias.	Consistência interna (alfa de Cronbach), análise fatorial exploratória, validade discriminante.

Quadro 1 – Distribuição das referências relativas aos estudos de validação do instrumento CRA, conforme o título, ano, país de origem, nomes e atuação profissional dos autores, nome e fator de impacto do periódico, amostra empregada e tipos de análises psicométricas realizadas. Fortaleza, 2013.

Título	Ano	País de origem	Autores (Área de atuação profissional)	Nome do periódico (Fator de impacto)	Amostra empregada	Medições psicométricas realizadas
<i>Reliability and validity of the Chinese version of the Caregiver Reaction Assessment.</i>	2011	China	GE, C. <i>et al.</i> (Saúde Pública)	<i>Psychiatry and Clinical Neurosciences</i> (2,040)	400 cuidadores familiares de pacientes com câncer.	Consistência interna (alfa de Cronbach), confiabilidade teste-reteste, análise fatorial exploratória e confirmatória.
<i>Validity and reliability of the Japanese version of the Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA-J) for community-dwelling cancer patients.</i>	2009	Japão	MISAWA <i>et al.</i> (Enfermagem)	<i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i> (1,233)	57 cuidadores familiares de pacientes com câncer em estágio avançado.	Análise fatorial exploratória, consistência interna (alfa de Cronbach), validade concorrente, comparação de grupos conhecidos.
<i>Assessing informal caregivers' experiences: a qualitative and psychometric evaluation of the Caregiver Reaction Assessment Scale</i>	2008	Suécia	PERSSON <i>et al.</i> (Ciências da Saúde/ Neurobiologia / Enfermagem)	<i>European Journal of Cancer Care</i> (1,308)	209 cuidadores informais de pessoas portadoras de câncer, demência ou deficiência física.	Consistência interna (alfa de Cronbach), análise fatorial exploratória, validade convergente.
<i>The Caregiver Reaction Assessment: psychometrics, and temporal stability in primary caregivers of norwegian cancer patients in late palliative phase.</i>	2006	Noruega	GROV <i>et al.</i> (Ciências da saúde)	<i>Psycho-Oncology</i> (3,506)	85 cuidadores principais de pessoas em internação residencial, com câncer, na fase paliativa da doença.	Análise fatorial exploratória, consistência interna (alfa de Cronbach), validade convergente.
<i>Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA)</i>	1999	Holanda	NIJBOER, C. <i>et al.</i> (Medicina/ Psicologia)	<i>Social Science & Medicine</i> (2,733)	181 cônjuges de pacientes com câncer colorretal.	Análise fatorial exploratória, validade concorrente, consistência interna (alfa de Cronbach).

Observou-se que, com exceção de um título (PEREIRA; SOARES, 2011), os artigos referentes aos estudos de validação do instrumento *CRA* foram publicados em periódicos científicos de alto fator de impacto (1,203 a 3,506), indicando o elevado nível de relevância dos textos frente à comunidade científica internacional.

No que concerne às amostras empregadas nos estudos, verificou-se que os tamanhos amostrais foram heterogêneos, variando de 57 (MISAWA *et al.*, 2009) a 990 cuidadores (YANG *et al.*, 2013). Além disso, a maioria dos artigos cita cuidadores informais de pessoas com câncer (seis = 75%) como público incluído nas amostras. No estudo de validação sueca, desenvolvido por Persson *et al.* (2008), entretanto, os autores empregaram amostra mista, composta por 209 cuidadores informais de pessoas portadoras de câncer, demência ou deficiência física.

Ademais, quatro das seis investigações referidas estabeleceram maiores especificidades às amostras utilizadas. Na publicação de autoria de Misawa *et al.* (2009), os autores descrevem amostra de 57 cuidadores familiares japoneses de pacientes com câncer em estágio avançado; na investigação conduzida por Grov *et al.* (2006), pacientes com câncer, em internação residencial, e vivenciando a fase paliativa da doença, eram os destinatários dos cuidados dos 85 cuidadores noruegueses que compuseram a amostra; no estudo de validação holandesa, empreendido por Nijboer *et al.* (1999), a amostra foi de 181 cônjuges cuidadores de pacientes diagnosticados com câncer colorretal.

Sobre as análises psicométricas realizadas nas investigações, observou-se que todos os textos apresentaram duas características comuns no processo de validação do *CRA*: ambos descreveram a execução de análise fatorial exploratória na avaliação da validade de construto e a realização do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach na estimativa da consistência interna para avaliação da confiabilidade do instrumento.

Outras análises relatadas foram: validade convergente (GROV *et al.*, 2006; PERSSON *et al.*, 2008), validade concorrente (MISAWA *et al.*, 2009; NIJBOER *et al.*, 1999; YANG *et al.*, 2013), validade de critério (STEPHAN *et al.*, 2013), confiabilidade teste-reteste (GE *et al.*, 2011), validade discriminante (PEREIRA; SOARES, 2011), comparação de grupos conhecidos (ou contrastados) (MISAWA *et al.*, 2009) e análise fatorial confirmatória (GE *et al.*, 2011).

Conforme descrito nos textos que compuseram a amostra desta revisão, teve-se que, em geral, o instrumento *CRA* apresentou resultados satisfatórios de validade e confiabilidade nos diversos contextos culturais dos diferentes países onde foi empregado, junto a distintas amostras. Isto reforça a afirmação de suas qualidades enquanto instrumento

de medida da sobrecarga de cuidadores informais (DEEKEN *et al.*, 2003), bem como sua adequabilidade à utilização transcultural (CASSEP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

3.5 Adaptação transcultural de instrumentos de medição

A utilização de instrumentos de medidas, tanto na prática clínica quanto de pesquisa, consiste em uma alternativa satisfatória à avaliação comportamental de construtos teóricos (ALEXANDRE *et al.*, 2013).

O desenvolvimento dessas ferramentas, entretanto, costuma ser um processo demorado, exigindo ainda elevado empenho pessoal e financeiro (CICONELLI *et al.*, 1999; VICTOR, 2007).

Como alternativa vantajosa à sua construção, a adaptação de instrumentos é recomendada, uma vez que permite confrontar resultados de investigações empreendidas em diferentes contextos culturais e linguagens, além de fornecer a possibilidade de replicação dos métodos de avaliação das medidas para comparação, agregando valor às evidências obtidas (HAMBLETON, 2005).

Para Hambleton (2005), é esperado que haja um aumento cada vez maior no número de instrumentos adaptados, frente aos promissores intercâmbios internacionais de investigação científica e ao interesse constante em pesquisas interculturais.

Reichenheim e Moraes (2007) referem que anteriormente à década de 90, a adaptação de instrumentos elaborados em outra cultura e/ou idioma, normalmente contava com a realização de simples tradução da versão original e, em alguns casos, com uma retradução.

Esse tipo de procedimento é pode ser encarado como notadamente inadequado, uma vez que se baseia na mera construção de traduções entre idiomas, cujos resultados são isentos de neutralidade e de autêntica literalidade, à medida que consistem em uma interpretação particular de seu autor (ARROJO, 1992).

Ademais, “[...] a simples tradução de um teste de uma língua para a outra, mesmo assegurando as regras lexicais, não mantém a originalidade de quem consumiu bastantes recursos ao criar a versão original” (CARDOSO, 2006, p.101).

Sobre isso, Gjersing, Claphorn e Clausen (2010) destacam que inexiste um consenso universal sobre como adaptar um instrumento para uso em outro ambiente cultural,

mas parece consensual que é inapropriado simplesmente traduzir o instrumento e utilizá-lo em outro contexto.

Isto é reforçado por Alexandre e Guillardero (2002), ao enfatizarem que a adaptação de um instrumento para outro idioma consiste em processo complexo, que exige rigor metodológico para ser realizado, devido às diferenças culturais, que não permitem que se faça uma simples tradução.

Para Pym (2004), uma comunicação entre culturas deve abranger a percepção do ponto de interseção entre as mesmas. Logo, esta perspectiva deve ser contemplada no emprego de um instrumento em cultura diferente daquela onde foi concebido, de forma que se alcance, na nova situação, a equivalência do construto medido, em relação à cultura originária (HAMBLETON, 2005).

A cultura é ainda uma importante fonte de viés de respostas na utilização de testes psicométricos (PASQUALI, 2003). Sobre isto, Cardoso (2006, p.101) afirma, em relação à utilização de instrumentos em outras culturas, que:

[...] os vieses de resposta podem ocorrer independentemente da qualidade dos itens ser boa ou da tradução estar convenientemente bem elaborada, uma vez que as respostas dadas podem ser desvirtuadas por fatores culturais relacionados com os sujeitos que respondem, falseando os dados. O viés é, assim, causado pelas diferenças culturais, e não pela tradução dos itens propriamente dita.

Beaton *et al.* (2007) definem a expressão “adaptação transcultural” como o processo que contempla a linguagem (tradução) e os aspectos de adaptação cultural na elaboração de um instrumento para uso em contexto distinto do qual foi originalmente desenvolvido.

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), fundamentados em ampla revisão bibliográfica, elaboraram diretrizes padronizadas para a adaptação transcultural de instrumentos de medida de Qualidade de Vida. Posteriormente, essas diretrizes foram refinadas e reunidas em um guia de recomendações para a adaptação transcultural de instrumentos de medidas autoadministrados da área da saúde (BEATON *et al.*, 1998; 2000). Em 2007, os autores publicaram, através de renomada instituição canadense de pesquisa em saúde (*Institute for Work and Health*), nova versão revisada/atualizada de tais recomendações para a adaptação transcultural do instrumento de medida *Disabilities of the Arm, Shoulder and*

Hand (DASH) e de sua versão abreviada (*QuickDASH*), desenvolvidos pelo *Institute for Work and Health* e pela *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (BEATON *et al.*, 2007).

As recomendações sugeridas pelos autores indicam um processo de adaptação transcultural que requer a execução de seis etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retradução ao idioma de origem, avaliação por um comitê de juízes, pré-teste e submissão de documentação referente ao processo ao *Institute for Work and Health* (BEATON *et al.*, 2007).

O processo em questão visa à obtenção de um instrumento de medida adequadamente adaptado a um novo contexto cultural, que seja completamente equivalente à versão que o originou (semanticamente, idiomáticamente, conceitualmente e culturalmente) (BEATON *et al.*, 2007).

As diretrizes para adaptação transcultural propostas por Guillemin, Beaton e demais colaboradores (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 1998; 2000; 2007) vêm sendo utilizadas para adaptar ferramentas com construtos diversos, originando instrumentos com notáveis características psicométricas de validade e confiabilidade (ORIÁ, 2008; VIANA, 2008; VICTOR, 2007). Isto permite pressupor que o emprego padronizado das diretrizes citadas pode garantir adaptações de instrumentos de mensuração de uma forma metodologicamente correta, contribuindo para assegurar sua qualidade na nova cultura (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

No Brasil, a proposta de Beaton e colaboradores parece ser a mais empregada em estudos de adaptação transcultural de instrumentos de medidas na área da saúde. Alguns exemplos de ferramentas adaptadas pelo método em questão são: *Adherence Determinants Questionnaire* (LESSA, 2012), *Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire* (LUSTOSA *et al.*, 2011), *Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study - Quality of life/Symptom questionnaire* (MOURA *et al.*, 2011), *Multiple Sclerosis Walking Scale - 12* (NOGUEIRA *et al.*, 2012), *Breastfeeding Self-efficacy Scale* (ORIÁ, 2008), *Female Sexual Function Index* (PACAGNELLA *et al.*, 2008), *International Hip Outcome Tool* (POLESELLO *et al.*, 2012), *Nursing Activities Score* (QUEIJO, 2002), *The Mother Generated Index* (RIBEIRO, 2013), *Asthma Control Scoring System* (TAVARES *et al.*, 2010), *Aging Sexual Knowledges and Attitudes Scale* (VIANA, 2008), *Exercise Benefits/Barriers Scale* (VICTOR, 2007).

Cassep-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010) enfatizam que o processo de adaptação transcultural de um instrumento de mensuração, quando bem conduzido, pressupõe a redução dos vieses da cultura de onde provém. Ao realizá-lo, pretende-se obter uma versão consistente e equivalente à original, permitindo presumir que outras propriedades do

instrumento na cultura-alvo, tais como validade e confiabilidade, sejam mantidas (BEATON *et al.*, 2007).

Entretanto, isto pode não acontecer. Por esta razão, “é altamente recomendável que após o processo de adaptação, os pesquisadores assegurem que a nova versão demonstra as propriedades de medida necessárias à aplicação pretendida” (BEATON *et al.*, 2007. p. 10, tradução nossa).

Por conseguinte, apenas a comprovação de propriedades psicométricas satisfatórias do instrumento adaptado pode garantir que sua aplicação no novo contexto cultural é, de fato, adequada.

3.6 Propriedades psicométricas de instrumentos de medição

A teoria da medida em geral “desenvolve uma discussão epistemológica em torno da utilização do símbolo matemático (o número) no estudo científico dos fenômenos naturais” (PASQUALI, 2010, p.56).

Fundamentada em tal teoria, a Psicometria constitui, portanto, um ramo de saber que se insere no modelo quantitativista em ciência. Seus propósitos fundamentais são a construção e a verificação de hipóteses científicas a partir dos pressupostos do modelo em questão (PASQUALI, 2010).

Polit e Beck (2011, p. 614) definem Psicometria como uma “teoria subjacente aos princípios de medição e aplicação da teoria no desenvolvimento de ferramentas de medição”.

É consenso na literatura que os parâmetros mínimos para que se considere uma medida psicométrica legítima e válida são a confiabilidade e a validade (PASQUALI, 2010). Destarte, para que um instrumento de mensuração possa ser eficazmente empregado, na prática clínica ou de pesquisa, é necessário que passe pelos crivos da avaliação de tais parâmetros (CARDOSO, 2006).

LoBiondo-Wood e Harber (2001) destacam que validade e confiabilidade não são propriedades completamente independentes, tendo em vista a grande probabilidade de que um instrumento não confiável também não seja válido. Todavia, ao ser comprovadamente válido, um instrumento é, conseqüentemente, confiável (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). É indicado, entretanto, que as análises de instrumentos de medição envolvam sempre as duas propriedades psicométricas em questão.

Várias técnicas podem ser empregadas na aferição da validade e da confiabilidade dos instrumentos. LoBiondo-Wood e Harber (2001) propõem uma sistemática de análise psicométrica na qual:

- a validade pode ser avaliada em termos de conteúdo, em termos de construto (por análise fatorial; grupos contrastados; discriminação; convergência; hipóteses), e em termos de critério (por coincidência; por previsão);

- a análise da confiabilidade, por sua vez, pode ser executada pela avaliação da estabilidade (por teste-reteste; por forma alternada ou paralela), da homogeneidade (por correlações totais; metade dividida; KR20; alfa de Cronbach), e da equivalência (inter-avaliador; forma alternada ou paralela).

As autoras destacam ainda que a eleição dos tipos de avaliação de validade e confiabilidade a serem empregados em um estudo deve ser coerente com o objetivo da investigação, com os propósitos do pesquisador, com as características do instrumento analisado e com o tipo de informação fornecida por este (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Desta forma, nem sempre é possível ou viável que todas as formas de avaliação citadas sejam utilizadas (VICTOR, 2007).

3.6.1 Validade

A validade é uma característica relevante na avaliação de ferramentas de medidas psicológicas que visa, basicamente, legitimar as interpretações das respostas aos itens de um teste. Pode ser definida como o grau em que um instrumento mede aquilo que se propõe a medir (POLIT e BECK, 2011). De tal modo, a análise de validade busca estimar se os itens de determinado instrumento de fato medem os atributos que lhes estão subjacentes (CARDOSO, 2006).

É relevante destacar que não se valida um instrumento de medida em si, mas a interpretação dos dados originados em relação à proposta específica para a qual o instrumento está sendo utilizado (ORÍÁ, 2008; POLIT; BECK, 2011; VICTOR, 2007).

A demonstração desse tipo de propriedade dos instrumentos de mensuração obedece, fundamentalmente, a um “modelo trinitário”, constituído por três grandes classes de técnicas de avaliação: as que visam à validade de conteúdo, a validade de construto e a validade de critério (PASQUALI, 2009).

3.6.1.1 Validade de conteúdo

A validade de conteúdo pode ser conceituada como o grau em que os itens de um instrumento representam satisfatoriamente o conteúdo do conceito que está sendo medido. Sua avaliação visa verificar se a amostra de itens do teste mede o construto específico proposto, contemplando adequadamente seu domínio (POLIT; BECK, 2011).

Ao se desenvolver testes psicológicos, conta-se com a avaliação da validade de conteúdo para determinar quais itens passarão a compor um instrumento de medida, procedendo à exclusão e/ou inclusão de itens, até que se chegue à versão final do teste, razão pela qual tal avaliação é de grande relevância na construção de uma medida.

No processo de adaptação transcultural de instrumentos de mensuração, essa análise pode ser considerada igualmente fundamental, pois permite avaliar se a presença de cada item do instrumento adaptado à nova cultura faz sentido em sua versão no idioma-alvo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; ORIÁ, 2008).

Esse tipo de validade fundamenta-se, necessariamente, em um julgamento subjetivo (ORIÁ, 2008). Inexiste um método inteiramente objetivo capaz de garantir que o conteúdo de determinado conceito está adequadamente contemplado em um instrumento de medição (POLIT; BECK, 2011). Pressupõe-se, entretanto, que um julgamento de qualidade torna satisfatório o emprego desse tipo de análise (HULLEY; CUMMINGS, 1988).

Para isto, deve-se contar com um grupo de peritos na área do construto abordado pelo teste. A perícia dessas pessoas é necessária à medida que lhes cabe julgar se os itens são referentes ou não ao construto em questão (JOVENTINO, 2010). Destarte, a validade de conteúdo de um instrumento de medida consiste, basicamente, no resultado do julgamento de um grupo de pessoas, que, necessariamente, deve ter domínio de conhecimento na área do conceito que o instrumento propõe avaliar.

Expressões tais como comitê de especialistas, comitê de juízes, e, mais comumente, comitê de *experts*, costumam ser empregadas na literatura para fazer referência aos responsáveis pela avaliação da validade de conteúdo de testes de medição em geral (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; JOVENTINO, 2010; RIBEIRO, 2013; VICTOR, 2007).

Sabe-se que a definição de *expert* deve ser fundamentada em um rígido conjunto de atribuições específicas, normalmente inerentes a um grupo reduzido de profissionais de determinada área do conhecimento (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Em estudo de revisão sobre os critérios para seleção de *experts* empregados em estudos de validação de fenômenos de Enfermagem, Melo *et al.* (2011) encontraram que os

critérios de Fehring (1987) foram os mais utilizados, porém, como adaptações da sugestão original do autor.

Os critérios em questão foram particularmente formulados como proposta à validação de diagnósticos de Enfermagem, entretanto, vêm sendo utilizados para validação de conteúdo de outros tipos de tecnologias, tais como instrumentos de medidas psicológicas (JOVENTINO, 2010; LIMA; SILVA; BELTRÃO, 2009).

Fehring (1994) propõe uma pontuação específica para um conjunto de características apresentadas por um profissional, estabelecendo um ponto de corte para definir que este apresenta *expertise* na área de diagnósticos de Enfermagem. Ao estabelecer uma pontuação superior para o título acadêmico de Mestre, entretanto, o autor privilegia a formação acadêmica em prejuízo da experiência clínica, o que permite caracterizar sua proposta como “extremamente academicista” (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013, p.653).

A definição de *expertise* defendida por Jasper (1994), por sua vez, parece mais adequada, uma vez que contempla aspectos diversificados de formação acadêmica e experiência profissional. Para o autor, *expert* é aquele que apresenta uma capacidade amplamente desenvolvida de reconhecer padrões, adquirida por grau elevado de conhecimento, habilidade e vasta experiência em determinado campo do saber, apresentando ainda a peculiaridade de ser identificado e reconhecido por outros (JASPER, 1994).

Ressalta-se, entretanto, que na condução de análise da validade de conteúdo de determinada tecnologia, o pesquisador deve direcionar aos objetivos do estudo os requisitos para recrutamento de peritos, observando, dentre outros aspectos, as limitações referentes à temática sob investigação (MELO *et al.*, 2011).

No que concerne à estimativa do grau de concordância do grupo de especialistas acerca da validade de conteúdo de uma ferramenta, algumas estratégias quantitativas vêm sendo descritas na literatura (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC), preconizado por Waltz e Bausell (1981), constitui uma dessas estratégias. Este consiste, basicamente, na medida da proporção de juízes que concordam sobre a adequação do conteúdo dos itens de um instrumento para a avaliação pretendida.

Oriá (2008) refere que o cálculo do índice em questão imprime mais objetividade a esse processo de avaliação. No método em questão, emprega-se uma escala tipo *likert* de quatro pontos, que avalia numericamente a concordância de cada juiz quanto a cada um dos itens do instrumento avaliado.

Embora não haja um consenso na literatura sobre como avaliar a validade de conteúdo da totalidade do conjunto de itens de um instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011), a proposta de Polit e Beck (2006) para o cálculo do IVC vem sendo empregada com êxito em estudos de validação de ferramentas de mensuração desenvolvidos por enfermeiros (BESSA, 2012; ORIÁ, 2008; RIBEIRO, 2013; JOVENTINO, 2010).

Para o estabelecimento do IVC total, as autoras sugerem três equações matemáticas: O SVI-Ave (média dos índices de validade de conteúdo para todos os itens de uma escala), SCVI/UA (proporção de itens de uma escala que atingiram escores 3 (relevante) ou 4 (muito relevante), por todos os avaliadores), e o I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais) (POLIT; BECK, 2006).

Quanto mais próximo de um (1) estiver o valor do IVC, tanto mais satisfatório pode ser considerado (POLIT; BECK, 2006). O ponto de corte de 0,80 tem sido comumente adotado por pesquisadores para estabelecer que um instrumento e/ou seus itens apresentam conteúdo válido (BESSA, 2012; RIBEIRO, 2013; ORIÁ, 2008).

3.6.1.2 Validade de construto

Pasquali (2009) defende que a validade de construto é a forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos, uma vez que consiste em uma maneira direta de verificação da hipótese de legitimidade da representação comportamental dos traços latentes.

Ao empregá-la, tenta-se verificar se o instrumento avaliado mede de modo válido o conceito abstrato que propõe avaliar. Neste complexo processo, se valida, portanto, um corpo de teoria subjacente à medição, testando hipóteses teóricas relativas ao construto (POLIT; BECK, 2011; LOBIONDO; WOOD; HARBER, 2001).

Existem várias formas de abordagem da validação de construto de uma ferramenta de medida, todas envolvendo análise lógica e testagem de relações previstas (POLIT; BECK, 2011).

A análise fatorial constitui uma dessas abordagens. Refere-se a um método estatístico que visa identificar conjuntos de itens relacionados em um instrumento (POLIT; BECK, 2011). Analisa-se a estrutura de correlações existentes entre os múltiplos itens, definindo um grupo de dimensões latentes comuns, em menor número, denominadas fatores. Para Galindo (2005), os fatores (ou dimensões subjacentes), basicamente, explicam o fenômeno complexo que é avaliado por um teste.

Pasquali (2010) menciona que a técnica da análise fatorial é de grande relevância, uma vez que fornece informações de grande valor acerca da qualidade tanto dos itens individuais, quanto da totalidade do instrumento de medida.

Existem dois tipos distintos de análise fatorial: a exploratória e a confirmatória (MINGOTTI, 2007). Enquanto a primeira busca explorar os dados para identificar padrões de correlação entre as variáveis, a segunda avalia a medida de pertença das variáveis a determinada dimensão (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

Outro tipo de abordagem à análise da validade de construto de ferramentas de mensuração é a comparação de grupos contrastados, ou grupos conhecidos. Nesta, comparam-se os escores obtidos por grupos supostamente diferentes em termos do conceito abstrato que está sendo medido pelo instrumento. A interpretação de validade é condicionada à existência de diferenças de escores entre os grupos, de forma que sua ausência permite questionar a validade de construto da ferramenta avaliada (POLIT; BECK, 2011).

O pressuposto da abordagem em questão é o de que se um instrumento é comprovadamente sensível às diferenças individuais relativas ao conceito que está medindo, os resultados obtidos para o desempenho dos distintos grupos testados diferirá significativamente, assegurando que o construto da ferramenta avaliada é válido (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

3.6.1.3 Validade de critério

Conforme sugerido pelo próprio nome, a análise da validade de critério de um teste exige, necessariamente, o emprego de um critério externo para comparação de seus resultados com os do instrumento avaliado.

Polit e Beck (2011) destacam a existência de dois tipos de abordagem para análise da validade relacionada ao critério: a validade de predição e a validade concorrente.

A validade de predição consiste na capacidade do instrumento de prever desempenhos ou comportamentos em relação a um critério futuro (POLIT; BECK, 2011). Na abordagem da validade concorrente, por sua vez, propõe-se a aplicação simultânea do instrumento a ser avaliado e de um segundo instrumento equivalente, na mesma amostra de indivíduos (VICTOR, 2007).

Após estipular-se o critério a ser empregado na análise desse tipo de validade, estima-se um coeficiente de validade, calculado matematicamente a partir da correlação dos escores do instrumento avaliado e da variável do critério (POLIT; BECK, 2011).

Ressalta-se que a análise da validade de critério costuma ser de difícil realização, uma vez que depende da existência e emprego de teste com as melhores características possíveis para servir como padrão (QUEIJO, 2002).

3.6.2 Confiabilidade

A confiabilidade consiste em um dos principais aspectos de avaliação da qualidade de uma medição quantitativa (POLIT; BECK, 2011). Outros nomes, tais como precisão, fidedignidade, constância, equivalência e consistência interna também são comumente utilizados na literatura para se referir à característica essencial de um teste de medir sem erros (PASQUALI, 2009).

Polit e Beck (2011) mencionam que a confiabilidade apresenta três diferentes aspectos de interesse para avaliação na pesquisa quantitativa: estabilidade, equivalência e consistência interna. As autoras explicam que a estabilidade, avaliada por procedimento de teste-reteste, é o grau em que um instrumento produz resultados similares em duas ocasiões distintas; a equivalência, dada pelo cálculo de um índice interobservadores, relaciona-se ao grau de concordância entre dois ou mais observadores independentes acerca dos escores de um teste; e a consistência interna, que está presente quando os itens de um instrumento medem o mesmo traço, é examinada, em geral, pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach (POLIT; BECK, 2011).

Para Pasquali (2009), a definição da confiabilidade de um teste pode ser dada por meio de duas técnicas estatísticas fundamentais: a correlação e a consistência interna. A primeira é empregada no caso do teste-reteste e das formas paralelas de um teste. Logo, o índice de confiabilidade consiste na correlação bivariada entre dois escores dos mesmos sujeitos submetidos ao mesmo teste em duas ocasiões diferentes, ou respondendo a duas formas paralelas do mesmo teste, respectivamente (PASQUALI, 2009).

A técnica estatística da consistência interna, por sua vez, requer a aplicação do teste em ocasião única. “Trata-se, portanto, de uma estimativa da precisão, cuja lógica é a seguinte: se os itens se entendem, isto é, covariam, numa dada ocasião, então irão se entender em qualquer ocasião de uso do teste.” (PASQUALI, 2009, p.998).

Sobre a escolha do mais adequado procedimento de estimativa da confiabilidade de um teste, Polit e Beck (2011) destacam que é necessário considerar o aspecto de maior importância para o atributo medido.

O coeficiente alfa de Cronbach é a forma mais conhecida de avaliação da consistência interna de instrumentos de medida. “O índice alfa estima o quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de zero a um” (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

Isto significa que quanto maior for o valor do coeficiente em questão (mais próximo de um), maior será a congruência entre os itens de um instrumento (menor variância dos itens individuais e maior variância do conjunto de itens) (ORÍÁ, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo metodológico, definido como o tipo de pesquisa que aborda o desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011). A meta desse tipo de estudo é a elaboração de um instrumento confiável, que possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores (LOBIONDO–WOOD; HABER, 2001). Estudos metodológicos de natureza quantitativa guardam relação direta com a psicometria, ramo da psicologia fundamentado na teoria da medida em ciências que “procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens.” (PASQUALI, 2009, p.02).

Há um crescente interesse por estudos metodológicos entre enfermeiros pesquisadores, em face da urgente necessidade de avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados, pois ainda são escassos os instrumentos para coleta de dados acerca de muitos conceitos que envolvem a prática científica de Enfermagem, o que reforça a relevância desse tipo de estudo (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Diretrizes para o processo de adaptação transcultural

É oportuno destacar que previamente à elaboração do projeto de realização deste estudo, estabeleceu-se contato com os autores do instrumento *CRA*, através de correio eletrônico, junto à Dra. Bárbara Given, enfermeira, professora da Escola de Enfermagem da *Michigan State University*, expondo-lhe os objetivos da investigação e solicitando sua autorização para realizar a tradução, adaptação e validação do *CRA* para uso no Brasil. A permissão foi concedida (ANEXO A), e a versão original do instrumento foi disponibilizada pelos autores, via correio eletrônico, por intermédio do Departamento de Medicina de Família da Universidade (ANEXO B).

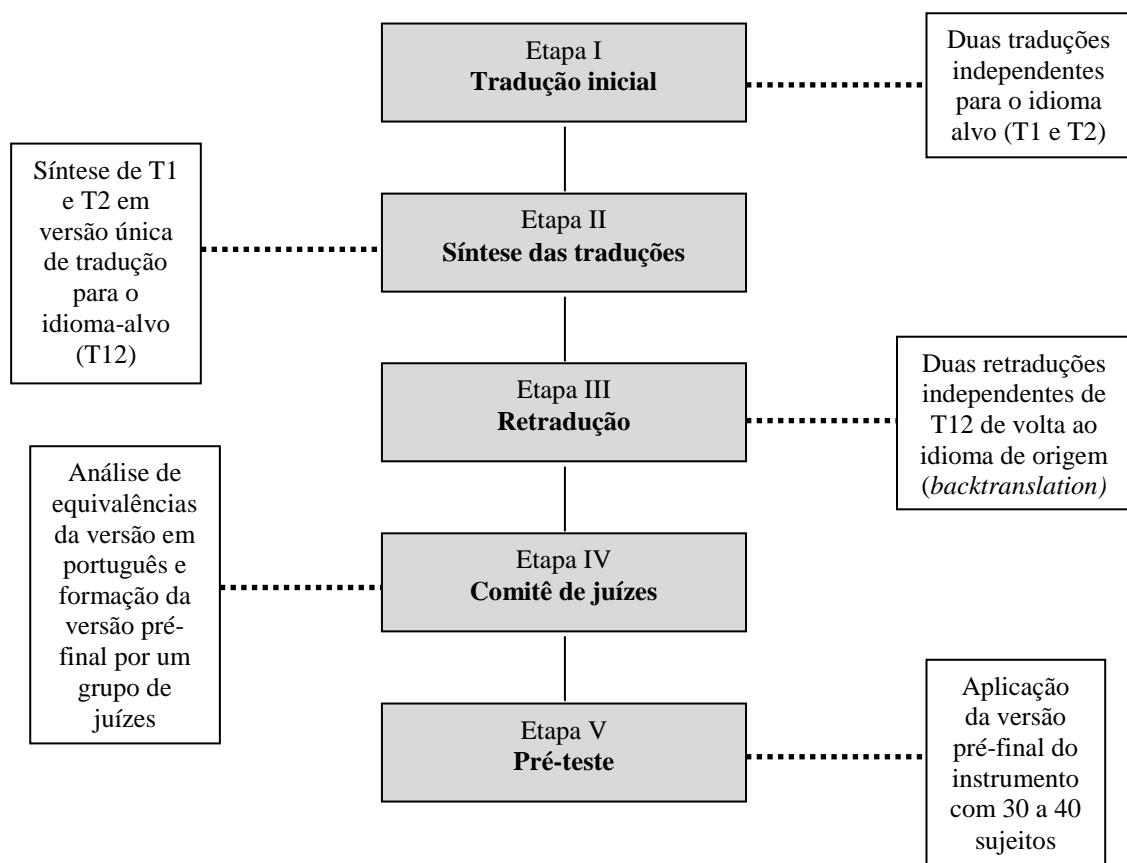
Este estudo seguiu recomendações referenciadas internacionalmente para adaptação de instrumentos de medida. O referencial metodológico adotado foi o de Beaton *et al.* (2007), correspondente a um refinamento das propostas anteriores dos autores (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 1998; 2000), que se configura em método rigoroso e completo, amplamente utilizado em diversos estudos,

inclusive por enfermeiros (BEATON *et al.*, 2007; LESSA, 2012; ORIÁ, 2008; RIBEIRO, 2013; VICTOR, 2007).

O método em questão consiste em um processo constituído pelas seguintes etapas sequenciais: tradução inicial, síntese das traduções, tradução de volta à língua de origem, revisão por um comitê de juízes e pré-teste, além de submissão de documentação do processo a um tipo de auditoria (BEATON *et al.*, 2007). Esta última etapa, no entanto, não se aplica, uma vez que é exclusiva para a adaptação do instrumento de medida *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH)* e de sua versão abreviada (*QuickDASH*), desenvolvidos pelo *Institute for Work and Health* e pela *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (BEATON *et al.*, 2007), conforme já mencionado anteriormente, na seção 3.5 deste documento.

A figura 1 mostra o processo de adaptação transcultural empreendido.

Figura 1- Representação gráfica do processo de tradução e adaptação transcultural recomendado por Beaton *et al.* (2007).



Fonte: Beaton *et al.* (2007)

Ademais, após a execução das cinco etapas, a versão final do instrumento *CRA* adaptado ao contexto brasileiro foi traduzida para o idioma de origem (inglês) e enviada, via

correio eletrônico, aos autores da versão original, para apreciação. O objetivo de tal conduta foi assegurar que o instrumento adaptado à cultura brasileira preservava o mesmo sentido da versão primária.

4.2.1 Etapa I: Tradução inicial

Beaton *et al.* (2007) estabelecem que a tradução inicial deve ser realizada, de forma independente, por pelo menos dois tradutores, com amplo domínio do idioma original do instrumento, e que tenham o idioma-alvo como língua materna.

Para garantir a melhor tradução possível, recomenda-se que os tradutores convidados tenham diferentes perfis: um deles deve ser informado sobre os conceitos avaliados e ter alguma formação na área de estudo do construto abordado pelo instrumento (tradutor “clínico”). O segundo, por sua vez, não deve ser informado sobre os conceitos ou o propósito a que se destina o instrumento, bem como deve ser um leigo na área de estudo do construto avaliado (tradutor “ingênuo” ou “cego”) (BEATON *et al.*, 2007).

Neste estudo, participaram, como tradutores: um enfermeiro, brasileiro, mestre em Enfermagem, experiente em docência universitária na área de saúde do idoso, com proficiência no idioma inglês atestada por aprovação no exame *TOEFL (Test Of English as a Foreign Language)*, e uma advogada, funcionária pública, também proficiente no idioma de origem do instrumento, mas sem qualquer experiência em temáticas relativas à saúde do idoso. Esta última, diferentemente do primeiro tradutor, não foi informada acerca do construto abordado pelo instrumento ou do objetivo da tradução. Ademais, os dois tradutores participantes desta etapa assinaram o TCLE (APÊNDICE B).

4.2.2 Etapa II: Síntese das traduções

Nesta fase, as versões traduzidas, geradas de forma independente pelos dois tradutores, designadas T1 e T2, devem ser sintetizadas em uma versão única (T12). Para isso, uma terceira pessoa deve mediar discussões sobre possíveis diferenças de conversão ao idioma-alvo e, a partir das duas traduções realizadas e do instrumento original, consolidar uma versão-síntese, após o consenso entre os dois tradutores (BEATON *et al.*, 2007).

Na execução desta etapa, a autora do estudo foi a mediadora responsável por solucionar as divergências de tradução entre os tradutores iniciais, sob a supervisão de doutora em Enfermagem, fluente em inglês e experiente em temáticas relativas à saúde do

idoso, que, em reunião presencial, colaborou na construção e aprovou a versão síntese inicialmente proposta aos dois tradutores. Para isto, a versão original do instrumento foi analisada em conjunto com as duas traduções realizadas.

A proposta inicial de versão síntese das traduções foi então enviada, via correio eletrônico, para análise pelos dois tradutores iniciais, acompanhada das devidas instruções. Após duas “rodadas” de avaliação, as divergências de tradução existentes foram solucionadas. Desta forma, após obtenção de plena concordância entre os tradutores, foi possível estabelecer a versão síntese definitiva do instrumento em português (T12).

4.2.3 Etapa III: Tradução de volta à língua de origem (retradução ou backtranslation)

Esta etapa propõe que a versão síntese do instrumento traduzido (T12) seja submetida à *backtranslation* (tradução reversa), objetivando garantir que cada item da versão no idioma alvo reflete com precisão o conteúdo dos itens da versão original (BEATON *et al.*, 2007).

Para isso, outros dois tradutores devem ser recrutados para realizar, de forma independente, a retradução da versão T12 do instrumento ao idioma de origem. Essas pessoas não devem ter acesso à versão original do instrumento, de forma que, a partir das retraduições produzidas, sejam satisfatoriamente identificados possíveis erros conceituais de tradução ou inconsistências textuais coloquiais (BEATON *et al.*, 2007).

Recomenda-se que os dois retradutores não sejam informados sobre os conceitos explorados pelo instrumento, e que, de preferência, não possuam formação na área de estudo do construto abordado (BEATON *et al.*, 2007). Essa conduta evita vieses de informação e possibilita a obtenção de significados inesperados dos itens da versão traduzida (GUILLEMIN, 1993; LEPLÉGE, 1994), aumentando assim a probabilidade de se destacar as possíveis imperfeições de tradução (LEPLÉGE, 1994).

Beaton *et al.* (2007) apontam que as retraduições devem ser realizadas por duas pessoas bilíngües, preferencialmente com o idioma de origem do instrumento como língua pátria.

Para execução desta etapa, participaram do estudo uma estudante, nativa dos Estados Unidos da América, residente no Brasil há três anos, e uma economista, tradutora profissional, com dupla nacionalidade, nascida no Brasil, residente nos Estados Unidos da América há mais de vinte anos. Inicialmente, estabeleceu-se contato presencial com as

mesmas, para solicitação formal da retradução e estabelecimento de prazos para resposta; posteriormente, os contatos ocorreram através de correio eletrônico.

Cabe destacar que as retradutoras participantes desta etapa não apresentavam qualquer formação ou familiaridade com temáticas relativas à gerontologia/saúde do idoso, não tiveram acesso à versão original do instrumento e não foram informadas sobre os conceitos abordados pelo mesmo, conforme preconizado por Beaton *et al.* (2007). Ressalta-se ainda que uma das retradutoras possuía experiência na realização de traduções comerciais inglês-português/ português-inglês, o que reforça seu amplo domínio tanto do inglês quanto do português brasileiro, inclusive das formas coloquiais dos dois idiomas.

Ao final desta etapa, obtiveram-se duas versões retraduzidas independentes: RT1 e RT2.

4.2.4 Etapa IV: Avaliação por um comitê de juízes

Nesta etapa, todas as versões do instrumento existentes até aqui: original, T1, T2, T12, RT1 e RT2, devem ser criteriosamente examinadas por um comitê de juízes, que tem a função de estabelecer uma versão pré-final do instrumento na língua em que será aplicado. Esta versão deverá ser culturalmente equivalente ao instrumento original (BEATON *et al.*, 2007; VICTOR, 2007). Para isso, os seguintes aspectos devem ser avaliados pelos juízes:

- equivalência semântica: avaliação da gramática e vocabulário, analisando o significado das palavras, uma vez que certas palavras de determinado idioma podem não possuir tradução adequada para outra língua;
- equivalência idiomática: avaliação de termos e expressões coloquiais idiomáticas de difícil tradução. Expressões equivalentes no idioma da versão traduzida deverão ser formuladas em substituição;
- equivalência experimental: avaliação da situação abordada pelo instrumento original e sua adequação à realidade do país que o utilizará, no sentido de que a tradução empregue termos coerentes com a experiência vivenciada pela população a que se destina;
- equivalência conceitual: avaliação de palavras, frases e expressões que mesmo apresentando equivalência semântica, podem ser conceitualmente diferentes. Os conceitos devem ser explorados e estruturados conforme a população-alvo do país que utilizará a versão traduzida do instrumento (GUILLEMIN *et al.*, 1993; BEATON *et al.*, 1998, 2007; VICTOR, 2007).

Beaton *et al.* (2007) destacam que a composição do comitê de juízes é um aspecto crucial para que se alcance a equivalência transcultural do instrumento traduzido. Os autores recomendam para composição mínima do comitê: os tradutores, retradutores e mediador da síntese de traduções que participaram das etapas anteriores do estudo, um especialista em metodologia de adaptação de instrumentos, um especialista em línguas, um profissional de saúde (BEATON *et al.*, 2007).

Cabe aos juízes a tomada de decisões relativas à finalização do instrumento traduzido, incluindo todos os seus componentes: itens, instruções e formato de respostas (BEATON *et al.*, 2007).

Compuseram o comitê de juízes deste estudo, além dos dois tradutores responsáveis pelas traduções iniciais, do mediador da síntese das traduções e dos retradutores: uma doutora em Enfermagem, com experiência em adaptação transcultural e validação de instrumentos de medição, comprovada por publicação de trabalhos científicos com este assunto (especialista no método); uma professora de inglês de instituição municipal, com 45 anos de experiência na função, graduada em Inglês, Português e Literaturas- Licenciatura plena, com experiência anterior de residência em país com idioma inglês como língua pátria (especialista em línguas); e três enfermeiras (profissionais de saúde) experientes em temáticas relativas à saúde do idoso, área do construto avaliado pelo instrumento a ser adaptado. O comitê de juízes totalizou, portanto, dez (10) integrantes.

As enfermeiras participantes foram eleitas por conveniência, considerando-se os seguintes pré-requisitos: experiência profissional anterior comprovada em gerontologia/saúde do idoso (assistencial, docente, ou de pesquisa); domínio do idioma inglês. Esses pré-requisitos foram empregados por consistirem em características relevantes para maximizar o rigor no julgamento do instrumento que estava sendo adaptado.

Ademais, optou-se pela participação deste número de profissionais de saúde (03) por se acreditar que isto poderia facilitar a tomada de decisões quanto a possíveis adequações do instrumento, especialmente no que se refere às equivalências experimental e conceitual, cuja avaliação satisfatória pressupõe ampla familiaridade com o construto abordado.

O perfil das juízas da categoria profissionais de saúde que integraram o comitê foi: uma (01) doutora em Enfermagem, docente universitária, com experiência em pesquisas na área de gerontologia, comprovada por publicação de trabalhos científicos, além de experiência assistencial junto ao público idoso no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), membro integrante de projetos/grupos de pesquisa na área de saúde do idoso, fluente no idioma inglês; uma (01) mestre em Enfermagem, doutoranda, com trabalhos científicos

publicados em temáticas relacionadas ao público idoso, inclusive abordando a sobrecarga do cuidador, fluente em inglês, com experiências anteriores de moradia nos Estados Unidos da América e de atuação profissional junto a idosos naquele país; uma (01) mestre em Enfermagem, doutoranda, docente universitária de disciplina de graduação sobre saúde do idoso, experiente em pesquisas científicas na área de gerontologia, comprovado por trabalhos científicos publicados, incluindo resultados de estudo acerca da sobrecarga do cuidador de idoso dependente, membro integrante de projeto/grupo de pesquisa na área saúde do idoso, fluente em inglês.

Estabeleceu-se contato inicial presencial com as quatro enfermeiras que integraram o comitê de juízes (uma da categoria especialista em adaptação transcultural de instrumentos psicométricos e as três da categoria profissionais de saúde), bem como com a professora de inglês (categoria especialista em línguas). Os demais integrantes do comitê, participantes das etapas anteriores da investigação, foram devidamente informados e esclarecidos acerca de sua participação nesta quarta etapa por ocasião do primeiro contato realizado para convite à sua colaboração no estudo.

Cada membro do comitê de juízes recebeu, via correio eletrônico, um conjunto de documentos, constituído por: carta-convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), fluxograma de tradução e adaptação transcultural (APÊNDICE D), texto informativo sobre o fenômeno da sobrecarga do cuidador informal de idoso dependente e sobre o instrumento *CRA* (APÊNDICE E), formulário de identificação e caracterização profissional (APÊNDICE F), instrumento para avaliação das equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual do instrumento a ser adaptado (APÊNDICE G), a versão original do instrumento *CRA* (ANEXO B), bem como quadro reunindo todas as versões do instrumento existentes (versão original, T1, T2, T12, RT1 e RT2) (APÊNDICE H) (BEATON *et al.*, 2007).

A avaliação de equivalências pelos integrantes do comitê de juízes realizou-se via correio eletrônico, uma vez que, devido a grandes barreiras geográficas (juízes residentes em localidades longínquas, tais como em regiões distintas do Brasil, e nos Estados Unidos da América), seria inviável a realização de uma reunião presencial. Ao contato inicial com cada juiz, acordou-se prazo máximo para resposta. Ressalta-se ainda que todos foram esclarecidos acerca da possível necessidade de reavaliações sequenciais, tendo em vista prováveis sugestões de outros juízes para adequações no instrumento em processo de adaptação cultural.

Os membros do comitê analisaram o material e realizaram, individualmente, o julgamento proposto. Após a resposta de todos os juízes, suas sugestões para adequação no

instrumento, acompanhadas das respectivas justificativas, foram reunidas pela autora deste estudo. Esse material foi então reenviado aos integrantes do grupo, para que as sugestões fossem apreciadas por todos, objetivando a obtenção de um consenso acerca do julgamento das equivalências semântica, idiomática, conceitual e experimental do instrumento adaptado. Novo prazo para resposta foi acordado.

Após duas “rodadas” de avaliação pelos integrantes do comitê, todas as discrepâncias foram solucionadas, resultando, desta forma, na versão pré-final brasileira do instrumento *CRA*, empregada em campo, na etapa seguinte, o pré-teste (BEATON *et al.*, 2007).

4.2.5 Etapa V: Pré-teste

O propósito desta etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento é verificar sua compreensão pela população-alvo do país de destino (BEATON *et al.*, 2007).

Seguindo as recomendações de Beaton *et al.* (2007), o pré-teste da versão pré-final do *CRA*, aprovada pelo comitê de juízes da etapa anterior, foi realizado junto a 30 cuidadores informais de idosos dependentes residentes no município de Fortaleza-CE.

O acesso aos cuidadores deu-se através de visitas domiciliares realizadas pela autora do estudo. Para a identificação dos sujeitos, manteve-se contato com o gestor e profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Destaca-se que, com a indicação desses profissionais, realizou-se o pré-teste em microáreas de seus territórios de atuação onde residiam cuidadores de idosos com atributos diversificados, especialmente no que concerne às características socioeconômicas e de escolaridade. Esta conduta foi tomada visando assegurar que os diversos estratos da população estudada fossem contemplados nesta etapa do estudo.

Para a avaliação da compreensão do instrumento pelos cuidadores, estes responderam aos itens do mesmo, seguidos de perguntas com a finalidade de verificar seu entendimento quanto a cada um dos itens, posicionadas logo abaixo dos mesmos (APÊNDICE I). Estas foram formuladas com linguagem simples e direta, para facilitar o entendimento. No caso de itens e/ou opções de respostas julgados insuficientemente claros ou incompreensíveis, os cuidadores poderiam fazer sugestões de modificações.

Ademais, os sujeitos de pesquisa desta etapa da investigação assinaram o TCLE (APÊNDICE J) e responderam a um questionário para caracterização sociodemográfica e de

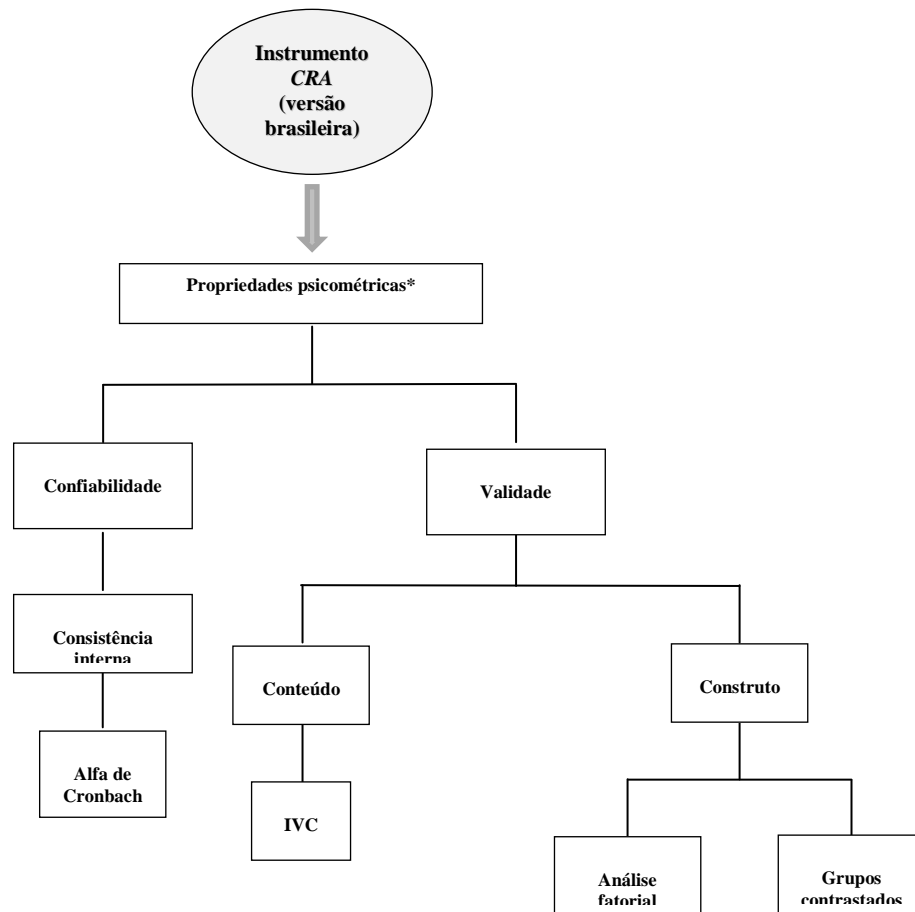
informações relativas à oferta de cuidados ao idoso (APÊNDICE K), e às escalas de Katz (KATZ *et al.*, 1963) (ANEXO C) e de Lawton (LAWTON; BRODY, 1969) (ANEXO D) (BRASIL, 2006a), para avaliação do nível de independência dos idosos cuidados no desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), respectivamente.

4.3 Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do CRA

Após a realização do processo de adaptação transcultural do instrumento *CRA* para avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos brasileiros, procedeu-se à sua validação, a saber, à análise de suas propriedades psicométricas de confiabilidade e validade.

A figura 2 apresenta a síntese dos procedimentos que foram empregados, no presente estudo, para esta análise. A seguir, é feita uma explanação mais detalhada de cada procedimento.

Figura 2 – Síntese dos procedimentos de análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento *CRA* para avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes.



Fonte: Arquivo da autora. *Fundamentado em Polit e Beck (2011); Pasquali (2009).

4.3.1 Validade

Neste estudo, empregaram-se análises das validades de conteúdo e de construto da versão brasileira do instrumento *CRA*. A validade de critério não pôde ser empregada devido à inexistência de um instrumento com características que permitissem classificá-lo como “padrão-ouro” na avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes brasileiros.

Ademais, considerando a natureza do fenômeno da sobrecarga do cuidador de idoso dependente, presumiu-se que o emprego da validade de critério poderia não ser apropriado para este estudo, uma vez que quanto mais abstrato é o conceito medido, menos adequada é a utilização desse tipo de validade (POLIT; BECK, 2011).

4.3.1.1 Validade de conteúdo

É oportuno salientar que nesta investigação, a análise da validade de conteúdo da versão brasileira do *CRA* ocorreu após a finalização do processo de adaptação transcultural do instrumento. Desta forma, a quarta etapa do processo em questão, denominada “avaliação por um comitê de juízes” não teve qualquer relação com a análise da validade de conteúdo do *CRA* (versão brasileira), uma vez que, enquanto penúltimo estágio da adaptação transcultural, o objetivo de tal etapa foi avaliar a equivalência do instrumento no idioma-alvo em relação à sua versão original, e não analisar a validade de seu conteúdo (BEATON *et al.*, 2007).

Por conseguinte, os profissionais que efetuaram esta análise são diferentes daqueles que colaboraram como juízes na adaptação do instrumento. Isto posto, optou-se aqui pela não utilização do termo “juízes” para fazer alusão aos responsáveis pela avaliação da validade de conteúdo do instrumento, e sim pelas expressões “avaliadores”, “peritos” e “especialistas”.

Os critérios de Jasper (1994) para definição de *expert* foram adotados neste estudo para identificar e recrutar os avaliadores da validade de conteúdo da versão brasileira do *CRA*. O autor aponta que um especialista em determinada área deve atender aos seguintes requisitos: possuir habilidade/ conhecimento adquiridos pela experiência; possuir habilidade/ conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em um teste específico para identificar *experts*; possuir classificação alta atribuída por uma autoridade (JASPER, 1994).

Nesta investigação, estipulou-se que os profissionais deveriam atender, minimamente, a dois dos requisitos em questão para que fossem identificados como especialistas na área temática do construto abordado pelo instrumento a ser avaliado. Para isto, características específicas referentes a cada um dos requisitos citados foram estabelecidas, de forma a contemplá-los adequadamente. O atendimento, por parte do profissional, a pelo menos uma das características instituídas para determinado requisito estabelecia que este havia sido adequadamente contemplado.

O quadro 2 apresenta o conjunto de requisitos para definição de especialistas recomendado por Jasper (1994), bem como as respectivas características referentes a cada requisito, elaboradas especialmente para o presente estudo, e adotadas para identificar e selecionar os peritos em Saúde do Idoso/ Gerontologia avaliadores da validade de conteúdo da versão brasileira do *CRA*.

Quadro 2- Conjunto de requisitos para definição de profissional especialista proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para a identificação e seleção dos peritos avaliadores da validade de conteúdo da versão brasileira do instrumento *CRA*. Fortaleza, 2013. (Continua)

Requisito	Características
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido (s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência profissional assistencial junto ao público de idosos dependentes e seus cuidadores informais, pelo período mínimo de cinco anos; - Ter experiência docente na área de Saúde do Idoso/Gerontologia, pelo período mínimo de cinco anos; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde de cuidadores informais de idosos dependentes;
Possuir habilidade/ conhecimento especializado (s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de Saúde do Idoso/Gerontologia; - Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de Saúde do Idoso/Gerontologia; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de Saúde do Idoso/Gerontologia; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de Saúde do idoso; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de Saúde do Idoso/Gerontologia;
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de Saúde do Idoso/ Gerontologia. - Ter autoria em artigo(s) científico(s) com temáticas relativas à Saúde do Idoso/ Gerontologia publicado(s) em periódico(s) classificado pela CAPES; - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de Saúde do Idoso/Gerontologia;
Possuir aprovação em um teste específico para identificar <i>experts</i> .	<ul style="list-style-type: none"> - Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Quadro 2- Conjunto de requisitos para definição de profissional especialista proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para a identificação e seleção dos peritos avaliadores da validade de conteúdo da versão brasileira do instrumento *CRA*. Fortaleza, 2013.

Requisito	Características
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido, de instituição científica conhecida, homenagem/ menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de Saúde do Idoso/ Gerontologia; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área temática de Saúde do Idoso/Gerontologia;

Seguindo recomendações de Lynn (1986), quando afirma que o número ideal de integrantes do grupo responsável pelo julgamento da validade de conteúdo deve ser entre três a dez pessoas, participaram desta fase do estudo cinco profissionais. Ressalta-se que um número ímpar é comumente sugerido para evitar o empate de opiniões, facilitando a tomada de decisões (LÓPEZ, 2004).

Cabe destacar que, inicialmente, enviaram-se convites de participação a onze peritos da área de saúde do idoso, pertencentes a diferentes categorias profissionais, no entanto, apenas cinco, todos enfermeiros, responderam à solicitação, integrando, portanto, o grupo final de avaliadores da validade de conteúdo do *CRA* (versão brasileira).

Os participantes foram recrutados através de amostragem em rede (ou bola de neve), modelo de amostragem não probabilística em que os integrantes iniciais da amostra indicam outros que se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecidos (POLIT; BECK, 2011). Para isto, realizou-se contato com membros de Projeto de Pesquisa na área de Saúde do Idoso de Universidade pública situada no município de Fortaleza, a fim de identificar o integrante inicial da amostra.

A seguir, os demais profissionais identificados, através de indicação sequencial, foram então contatados e convidados a participar do estudo. Foi enviado a cada um, via correio eletrônico, uma carta convite, o TCLE (APÊNDICE L), e um instrumento específico para a análise da validade de conteúdo do *CRA* (versão brasileira) (APÊNDICE M). Este último continha dados para caracterização do perfil profissional dos participantes, além de informações acerca do instrumento, de seus itens e as instruções para a análise proposta.

Os parâmetros avaliados pelos profissionais convidados quanto a cada um dos itens do instrumento foram: clareza e compreensão, pertinência do item ao construto

sobrecarga do cuidador informal, classificação dos itens em subescalas, relevância do item e grau de relevância (1. Irrelevante; 2. Pouco relevante; 3. Relevante; 4. Muito relevante).

Os dados resultantes da avaliação foram armazenados em banco de dados no programa *Microsoft Excel 2010* e procedeu-se ao cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) da versão brasileira do instrumento.

Para o cálculo do IVC da versão brasileira do *CRA*, três equações matemáticas foram realizadas: SVI-Ave (média dos índices de validade de conteúdo para todos os itens de uma escala), SCVI/UA (proporção de itens de uma escala que atingiram escores 3 (relevante) ou 4 (muito relevante), por todos os avaliadores), e I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais) (POLIT; BECK, 2006).

4.3.1.2 Validade de construto

Neste estudo, optou-se pelo emprego de duas técnicas para avaliar a validade de construto da versão brasileira do *CRA*: análise fatorial e comparação de grupos contrastados.

Polit e Beck (2011) defendem que cada utilização de um instrumento de medição exige novos dados científicos comprobatórios de sua validade (POLIT; BECK, 2011). Concordando com as autoras quanto ao fato de que não se valida um instrumento de medida, mas sim sua aplicação, e considerando-se as diferenças entre os dois tipos de análise fatorial existentes (exploratória e confirmatória), optou-se, neste estudo, pelo emprego da análise fatorial exploratória do *CRA* (versão brasileira), pois se presumiu que a exploração da estrutura fatorial da versão em português brasileiro, adaptada para a realidade cultural de cuidadores informais de idosos dependentes deste país, seria aspecto relevante para sua validação, uma vez que a versão original foi desenvolvida e validada em contexto cultural e com população distintos.

Ademais, ressalta-se que a avaliação de construto do *CRA* por análise fatorial exploratória foi desenvolvida em todos os demais estudos de validação do instrumento para outros países dos quais se tem conhecimento (GE *et al.*, 2011; GROV *et al.*, 2006; MALHOTRA *et al.*, 2012; MISAWA *et al.*, 2009; NIJBOER *et al.*, 1999; PEREIRA; SOARES, 2011; PERSSON *et al.*, 2008; STEPHAN *et al.*, 2013; YANG *et al.*, 2013).

A realização de análise fatorial requer um planejamento prévio. Figueiredo Filho e Silva Júnior (2010) apontam os três estágios sequenciais desse planejamento: verificar a adequabilidade da base de dados, determinar a técnica de extração e o número de fatores a serem extraídos, e decidir sobre o tipo de rotação dos fatores.

No presente estudo, a adequabilidade da base de dados pôde ser inicialmente confirmada a partir do tamanho amostral empregado, uma vez que se seguiu a recomendação de um mínimo de cinco observações para cada variável (KASS; TINLEY, 1979). Além disso, efetuou-se a avaliação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett's.

Quanto à determinação da técnica de extração dos fatores, parte constituinte do segundo estágio da análise fatorial, empregou-se o método de análise dos componentes principais, baseando-se nas premissas de que este é preferível para a redução de dados, e de que possibilita transformar o espaço das variáveis em um espaço ótimo de fatores (GARSON, 2009 *apud* FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010), além de consistir na técnica mais comumente utilizada em pesquisas (PALLANT, 2007; ORIÁ, 2008).

Após a decisão quanto ao método de extração, procedeu-se à determinação do número de fatores a serem extraídos, o que significa que se deliberou o número de fatores mais representativo do padrão de correlação entre as variáveis observadas no estudo (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

Inexiste uma regra consensual para esta decisão, entretanto, alguns fundamentos podem ser empregados em auxílio a esta determinação, para a qual, raramente emprega-se apenas um critério (HAIR *et al.*, 2006). Nesta investigação, o critério de Kaiser (ou regra do *eigenvalue*), e a regra do *scree test* foram empreendidos.

Após a definição do número de fatores a serem extraídos, procedeu-se à eleição do tipo de rotação dos fatores, correspondente ao terceiro estágio da realização da análise fatorial (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

“A rotação maximiza a carga de cada variável em um dos fatores extraídos enquanto minimiza a carga nos demais. Esse processo torna mais claro quais variáveis se relacionam com cada fator” (FIELD, 2009, p.575).

Optou-se pelo método ortogonal *varimax*, pois consiste no tipo de rotação mais comumente utilizado em pesquisas (PALLANT, 2007), inclusive em estudos de adaptação transcultural de instrumentos de mensuração desenvolvidos por enfermeiros (ORIÁ, 2008; LESSA, 2012; ASSUNÇÃO, 2011). Ademais, esse tipo de rotação mantém os fatores subjacentes independentes (FIELD, 2009).

Como resultado da análise fatorial, obtém-se uma matriz de correlação em que a cada item do instrumento é atribuído um valor numérico, entre -1 e +1, denominado carga fatorial, que traduz a força da relação existente entre determinado item e um fator. O quadrado da carga fatorial indica a quantidade de variância total do item explicada pelo fator (HAIR *et*

al., 2005). São considerados satisfatórios valores de carga fatorial a partir de 0,30 (TABACHNICK; FIDELL, 2001). Sugere-se que itens que produzem valores menores, de maneira geral, não devem ser mantidos no instrumento (ORIÁ, 2008).

Após obtenção dos resultados da análise fatorial, é prudente que se analisem ainda as comunalidades apresentadas pelos itens do instrumento avaliado. Mingoti (2007) define comunalidade como a variabilidade das variáveis explicada pelos fatores incluídos no modelo fatorial. Neto, Castro e Lima (2005, p.118) apontam que “a comunalidade mede a contribuição dos fatores para explicar a variância total de cada variável. Cada comunalidade é igual à soma dos quadrados das cargas fatoriais”. Valores de comunalidades a partir de 0,50 indicam que a estrutura fatorial obtida foi satisfatória (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

No que concerne à análise da validade da versão brasileira do *CRA* por comparação de grupos contrastados, as hipóteses formuladas e testadas, no presente estudo, foram:

- Cuidadores informais de idosos demenciados obterão escores gerais mais elevados de sobrecarga;
- Cuidadores informais que declararam frequentar alguma rede de apoio social obterão menores escores gerais de sobrecarga.

Ressalta-se que as hipóteses em questão foram fundamentadas em resultados de investigações científicas abordando a temática da sobrecarga do cuidador informal de idoso. Tais resultados apontam para a existência de importantes correlações entre o diagnóstico de demência do idoso cuidado e uma maior sobrecarga do cuidador informal, bem como entre a participação do cuidador informal de idoso dependente em redes sociais de apoio e uma menor sobrecarga experienciada (ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009; GRATÃO *et al.*, 2013; SEIMA; LENARDT, 2011; STACKFLETH *et al.*, 2012;).

Na averiguação das hipóteses testadas, empregou-se o Teste t para amostras independentes, a fim de verificar as possíveis diferenças de médias entre os grupos relacionados, empregando-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

4.3.2 Confiabilidade

Nesta investigação, optou-se pela análise da consistência interna (ou homogeneidade) para avaliar a confiabilidade da versão brasileira do *CRA* (LOBIONDO;

WOOD; HABER, 2001). Para isto, procedeu-se ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach do instrumento, tanto para a escala total (24 itens) quanto para cada uma de suas cinco subescalas.

A escolha pela análise desse tipo específico de confiabilidade justifica-se pelas próprias características do instrumento avaliado, uma vez que testes que envolvem a soma de escores de itens são normalmente aferidos em termos de consistência interna (POLIT e BECK, 2011).

Ademais, destaca-se que o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach foi também realizado no estudo de validação inicial da versão original do *CRA* (GIVEN *et al.*, 1992), bem como nos estudos de validação das versões coreana (YANG *et al.*, 2013), alemã (STEPHAN *et al.*, 2013), portuguesa (PEREIRA; SOARES, 2011), chinesa (GE *et al.*, 2011), japonesa (MISAWA *et al.*, 2009), sueca (PERSSON *et al.*, 2008), norueguesa (GROV *et al.*, 2006) e holandesa (NIJBOER *et al.*, 1999) do instrumento.

4.4 Local do estudo

O município de Fortaleza encontra-se organizado administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), responsáveis pela execução dos serviços de saúde, educação, infraestrutura, habitacionais, dentre outros.

Por conveniência, a coleta de dados do estudo foi realizada na área de abrangência da SER I. A escolha deu-se pela familiaridade da responsável pelo estudo com os bairros e profissionais das UAPS localizadas nesta SER, o que facilitou o acesso aos sujeitos do estudo.

Através de sorteio simples, foram eleitas três UAPS das 12 existentes na área da SER I. O pré-teste (quinta etapa do processo de adaptação cultural do instrumento), realizado junto a 30 cuidadores informais de idosos dependentes, foi desenvolvido na área de uma destas UAPS. Os dados referentes à análise das propriedades psicométricas do *CRA* (versão brasileira), por sua vez, foram coletados nas áreas das três UAPS sorteadas.

Obteve-se declaração de anuência de coparticipação no estudo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, através do Sistema Municipal de Saúde Escola, para realização da pesquisa na área da SER I (ANEXO E). A seguir, solicitou-se permissão diretamente da Coordenação do Distrito de Saúde desta SER para realização do estudo nas áreas das UAPS sorteadas, obtendo-se resposta positiva (ANEXO F), bem como se contactou previamente os gestores das Unidades, também lhes solicitando autorização.

Posteriormente, os profissionais das equipes da ESF foram contatados, a fim de se obter sua colaboração no sentido de localizar as residências de cuidadores informais de idosos dependentes e facilitar o acesso em seu território de atuação.

4.5 População e amostra

A população referente às etapas do processo de adaptação transcultural (tradutores, retradutores, juízes especialistas, cuidadores informais de idosos) foi eleita conforme as recomendações dos autores do referencial empregado no estudo (BEATON *et al.*, 2007).

Quanto à análise da validade de construto e da confiabilidade do instrumento *CRA* (versão brasileira), a população consistiu de cuidadores informais de idosos dependentes, residentes nas áreas de abrangência das UAPS eleitas para realização da pesquisa. Para a análise da validade de conteúdo, a população foi constituída por profissionais de saúde (amostra: cinco enfermeiras, consideradas peritas na área de saúde do idoso, sendo uma especialista, duas mestres e duas doutoras em Enfermagem).

O cálculo para estabelecimento do tamanho amostral para a fase de análise da validade de construto e confiabilidade foi realizado de acordo com proposta de Kass e Tinley (1979), que sugerem número mínimo de cinco sujeitos por variável para a realização de análise fatorial. Considerando-se que o instrumento *CRA* contém 24 itens, o cálculo resultou em 120 cuidadores informais de idosos dependentes, número de sujeitos que compôs a amostra da fase de validação da versão brasileira do instrumento em questão.

Os critérios de inclusão foram: ser cuidador informal e principal de idoso dependente em pelo menos uma atividade básica da vida diária (ABVD) ou duas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (GIVEN *et al.*, 1994), e estar nesta função pelo período mínimo de 60 dias. Esse período foi estabelecido devido ao fato de alguns itens do instrumento *CRA* abordarem situações que sugerem alguma experiência na função de cuidador. Considerou-se que 60 dias seria um intervalo de tempo mínimo para que os cuidadores pudessem avaliar consequências do exercício de cuidar do idoso, conforme requerido pelo instrumento.

Foram excluídos da amostra os cuidadores portadores de limitação cognitiva autodeclarada que os impedisse de responder aos instrumentos de pesquisa; cuidadores que desistiram de participar do estudo após iniciada a coleta de dados.

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados, junto aos cuidadores informais de idosos, deu-se através de visitas domiciliares realizadas pela autora do estudo, bem como por três integrantes do Projeto de Pesquisa Ações Integradas em Saúde do Idoso, vinculado ao Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas de Saúde (GRUPPS), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, nos meses novembro e dezembro de 2013.

As integrantes do projeto de pesquisa em questão, que colaboraram na coleta dos dados, foram previamente treinadas pela autora do estudo quanto ao enquadramento dos cuidadores nos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo e quanto à aplicação adequada dos instrumentos de pesquisa.

Para a identificação das residências dos cuidadores informais de idosos, contou-se com o apoio dos gestores e profissionais das UAPS eleitas para realização da pesquisa, que informaram a localização das casas dos cuidadores em suas áreas de atuação. Nas áreas que apresentavam risco elevado de violência, os profissionais ACS, integrantes das equipes da ESF das UAPS, acompanharam as responsáveis pela coleta de dados às residências.

Os cuidadores responderam ao instrumento *CRA* (versão brasileira), bem como a um formulário contendo variáveis sociodemográficas suas e dos idosos cuidados, variáveis clínicas e relativas à oferta de cuidados (APÊNDICE K), além das Escalas de Katz (KATZ *et al.*, 1963) (ANEXO C) e de Lawton (LAWTON; BRODY, 1969) (ANEXO D), para avaliação da independência dos idosos cuidados na realização das ABVD e AIVD, respectivamente (BRASIL, 2006).

Visando minimizar o viés da parcialidade do conjunto de respostas aos itens da versão brasileira do *CRA* (parcialidade pelo desejo de aceitação social, parcialidade extrema do conjunto de respostas e parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas), referenciado como um dos problemas mais comuns relativos à aplicação de um instrumento de medição quantitativo, buscou-se, durante a coleta de dados: promover ambiente cordial e amigável durante a aplicação do instrumento; esclarecer aos cuidadores que suas respostas aos itens deveriam estar associadas à sua opinião, não havendo opções consideradas corretas ou incorretas; reforçar a garantia de confidencialidade das respostas dos cuidadores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2001; ORIÁ, 2008).

4.7 Organização e análise dos dados

Os dados referentes às etapas I, II, III e IV de adaptação transcultural do instrumento *CRA* para o contexto brasileiro foram organizados em quadros e analisados de forma descritiva. Quanto à etapa V (pré-teste), os dados foram armazenados em planilha eletrônica do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0 e submetidos a análises estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas).

No tocante à fase de análise das propriedades psicométricas do instrumento *CRA* (versão brasileira), os dados relativos à validade de conteúdo foram organizados utilizando-se o programa *Microsoft Excel 2010* e analisados de forma descritiva. Finalmente, os dados coletados junto aos cuidadores informais de idosos dependentes integrantes da amostra referente à avaliação de validade de construto e confiabilidade do instrumento, foram organizados em banco de dados no *SPSS*, versão 20.0, e submetidos a procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial (frequências absolutas e relativas, testes de verificação da normalidade dos dados, correlações, médias, desvios padrão, entre outros).

No estudo de validação da versão original do instrumento *CRA*, os autores não estabeleceram uma pontuação total para o instrumento, mas sim um somatório de escores para cada uma das cinco subescalas (GIVEN *et al.*, 1992). Na validação norueguesa, entretanto, Grov *et al.* (2006) calcularam um escore total, válido e confiável, para os 24 itens do instrumento, defendendo que a pontuação geral seria relevante, a fim de se avaliar a situação total do cuidador acerca do construto sobrecarga.

Concordando com os autores, optou-se, no presente estudo, por analisar a versão brasileira do *CRA* também se considerando uma pontuação para a escala total. Para isto, a subescala autoestima (sete itens) foi recodificada, uma vez que nesta, uma menor pontuação indicaria maior sobrecarga. Após esta recodificação, a pontuação total pode ser interpretada da seguinte maneira: pontuações totais mais altas refletem a experiência de uma maior sobrecarga, enquanto baixas pontuações significam menor sobrecarga (GROV *et al.*, 2006).

Para a análise psicométrica do *CRA* (versão brasileira), empregou-se o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach na avaliação da confiabilidade. A validade de construto foi avaliada por análise fatorial exploratória, com extração de componentes principais e rotação ortogonal *varimax*, e por comparação de grupos contrastados, para o que se utilizaram análises descritivas (frequências, médias e desvio-padrão), com ajuste dos itens de pontuação reversa, e o teste t para amostras independentes.

Para todos os testes, fixou-se nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$).

4.8 Aspectos éticos

O projeto deste estudo foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, e aprovado sob o parecer n° 339.782/2013 (ANEXO G). Deste modo, foram seguidos os princípios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 2012).

Os referenciais supracitados foram incorporados à execução do estudo, objetivando assegurar os direitos e deveres dos sujeitos de pesquisa e dos pesquisadores. Foi garantida aos sujeitos a liberdade de participação. Foram resguardadas a confidencialidade, a privacidade e a proteção de imagem, visando evitar qualquer tipo de constrangimento aos sujeitos envolvidos.

Os participantes das etapas I, IV e V do processo de tradução e adaptação transcultural, bem como os cuidadores informais de idosos que compuseram a amostra da fase de validação do instrumento *CRA* (versão brasileira), foram devidamente esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e assinaram o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES B, C, J).

Ademais, cabe, novamente, salientar a obtenção de prévia autorização dos autores da versão original do *CRA* para a realização de sua adaptação transcultural e validação para uso no Brasil (ANEXO A).

5 RESULTADOS

5.1 Adaptação transcultural do instrumento *CRA* para o contexto brasileiro

A seguir, apresentam-se os resultados da adaptação do *CRA* para uso no Brasil.

5.1.2 *Etapas I, II e III: tradução inicial, síntese das traduções e retradução*

Na primeira etapa do processo de adaptação transcultural (tradução inicial), a versão original (em inglês) do *CRA* foi traduzida para o idioma português falado no Brasil por dois tradutores brasileiros independentes, com amplo domínio do idioma inglês, e com perfis distintos (tradutor “clínico” e tradutor “ingênuo”).

Estabeleceu-se contato inicial presencial com os dois para convite individual à participação nesta etapa. Após aceitarem, voluntariamente, colaborar, lhes foram enviados, via correio eletrônico, a versão original do instrumento *CRA*, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e acordado um prazo para resposta.

As duas versões produzidas (T1 e T2), em geral, não apresentaram grandes diferenças de tradução. Verificou-se, entretanto, que as diferenças sutis existentes facilitaram a tomada de decisões sobre uma versão-síntese dos itens. Assim, pode-se afirmar que as duas traduções, de certa forma, foram complementares entre si.

Verificou-se que a versão T2, produzida pelo tradutor “ingênuo” foi mais literal e formal que a versão T1, elaborada pelo “tradutor clínico”, que resultou mais informal, com linguagem mais simples, direta e compreensível. Isto pode ser explicado pelo fato de, diferentemente do primeiro, este último ter sido previamente informado sobre os conceitos do instrumento e objetivos do estudo, e por se tratar de profissional de saúde com experiência na área de saúde do idoso. Seus conhecimentos acerca do fenômeno da sobrecarga, bem como das particularidades inerentes ao público de cuidadores informais de idosos dependentes, portanto, teve influência positiva na realização da tradução.

Por outro lado, a formalidade presente em T2 foi também relevante, uma vez que refletiu a neutralidade do tradutor “ingênuo” acerca dos conceitos do instrumento, representando uma versão traduzida para o português o mais fidedigna possível à versão original, já que não teve qualquer influência de conhecimentos prévios de seu autor sobre o fenômeno avaliado pelo instrumento. Consequentemente, isto forneceu segurança sobre a correspondência de T2 com a versão em inglês.

Do exposto, percebe-se a importância de esta etapa ter sido realizada por profissionais de áreas e com perfis distintos, o que enriqueceu de detalhes o processo de elaboração de uma versão síntese das traduções iniciais, correspondente à etapa seguinte da adaptação transcultural do instrumento. Cabe destacar ainda a relevância do emprego de critérios sólidos para eleição dos responsáveis por esta etapa do estudo, conduta que foi crucial para a obtenção de traduções de qualidade.

Abaixo, o quadro 3 reúne as versões original, T1, T2 e versão síntese das traduções iniciais (T12) do instrumento *CRA*.

Quadro 3 - Traduções iniciais e síntese das traduções, resultantes da primeira e da segunda etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento *CRA* para o contexto brasileiro. Fortaleza, 2013. (Continua)

Versão Original	Tradução 1 - T1	Tradução 2 - T2	Síntese das traduções - T12
1. I feel privileged to care for ____.	1. Para mim é um prazer cuidar do (a) ____.	1. Sinto-me privilegiado por ser um cuidador de ____.	1. Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) ____.
2. Others have dumped caring for ____ onto me.	2. Os outros jogaram o (a) ____ para eu cuidar	2. Outras pessoas despejaram os cuidados de ____ sobre mim.	2. Os outros jogaram o cuidado do (a) ____ sobre mim.
3. *My financial resources are adequate to pay for things that are required for caregiving.	3. *Meus recursos financeiros são suficientes para custear as despesas com o cuidado.	3. *Meus recursos financeiros são adequados para pagar as coisas necessárias ao exercício do cuidado.	3. *Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.
4. My activities are centered around care for ____.	4. As minhas atividades giram em torno do cuidado com o (a) ____.	4. Minhas atividades giram em torno do cuidado com ____.	4. Minhas atividades giram em torno do cuidado com o (a) ____.
5. Since caring for ____, it seems like I'm tired all of the time.	5. Desde que comecei a cuidar do (a) ____ parece que estou cansado o tempo todo.	5. Desde que iniciei o trabalho de cuidador de ____, parece que estou cansado o tempo todo.	5. Desde que comecei a cuidar do (a) ____ pareço estar cansado o tempo todo.
6. It is very difficult to get help from my family in taking care of ____.	6. É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) ____.	6. É muito difícil conseguir ajuda por parte de minha família para cuidar de ____.	6. É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) ____.
7. *I resent having to take care of ____.	7. *Me sinto magoado por ter que cuidar do (a) ____.	7. *Eu me ressinto por ter que cuidar de ____.	7. *Eu me sinto ressentido por ter que cuidar do (a) ____.

Quadro 3 - Traduções iniciais e síntese das traduções, resultantes da primeira e da segunda etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento *CRA* para o contexto brasileiro. Fortaleza, 2013. (Continuação)

Versão Original	Tradução 1 - T1	Tradução 2 - T2	Síntese das traduções - T12
8. I have to stop in the middle of work.	8. Eu tenho que parar no meio do trabalho.	8. Eu tenho que parar no meio do trabalho.	8. Eu tenho que parar no meio do trabalho.
9. I really want to care for ____.	9. Eu quero muito cuidar do (a) ____.	9. Eu realmente quero cuidar de ____.	9. Eu quero muito cuidar do (a) ____.
10. My health has gotten worse since I've been caring for ____.	10. Minha saúde piorou depois que comecei a cuidar do (a) ____.	10. Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar de ____.	10. Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar do (a) ____.
11. I visit family and friends less since I have been caring for ____.	11. Tenho visitado menos minha família e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	11. Visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar de ____.	11. Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.
12. I will never be able to do enough caregiving to repay ____.	12. Eu jamais serei capaz de retribuir à (ao) ____ cuidando dele (a).	12. Eu nunca serei capaz de pagar por serviços de cuidado a ____.	12. Eu jamais serei capaz de retribuir ao (à) ____ cuidando dele (a).
13. *My family works together at caring for ____.	13. *Minha família coopera no cuidado com o (a) ____.	13. *Minha família trabalha unida no cuidado com ____.	13. *Minha família coopera no cuidado com o (a) ____.
14. I have eliminated things from my schedule since caring for ____.	14. Eu deixei de lado alguns compromissos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	14. Tenho eliminado atividades programadas desde que iniciei os cuidados com ____.	14. Eu tenho deixado compromissos de lado desde que comecei a cuidar do (a) ____.
15. *I have enough physical strength to care for ____.	15. *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.	15. *Eu possuo força física o suficiente para cuidar de ____.	15. *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.
16. Since caring for ____, I feel my family has abandoned me.	16. Desde que comecei a cuidar do (a) ____, sinto-me abandonado pela minha família.	16. Desde que comecei a cuidar de ____, sinto que minha família me abandonou.	16. Desde que comecei a cuidar do (a) ____, eu me sinto abandonado pela minha família.
17. Caring for ____ makes me feel good.	17. Cuidar do (a) ____ faz-me sentir bem.	17. Cuidar de ____ faz-me sentir bem.	17. Cuidar do (a) ____ faz-me sentir bem.
18. The constant interruptions make it difficult to find time for relaxation.	18. As constantes interrupções tornam difícil encontrar tempo para relaxar.	18. As constantes interrupções tornam difícil encontrar tempo para relaxar.	18. As constantes interrupções tornam difícil encontrar tempo para relaxar.
19. *I am healthy enough to care for ____.	19. *Eu tenho saúde suficiente para cuidar do (a) ____.	19. *Eu sou saudável o suficiente para cuidar de ____.	19. *Eu tenho saúde suficiente para cuidar do (a) ____.

Quadro 3 - Traduções iniciais e síntese das traduções, resultantes da primeira e da segunda etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento *CRA* para o contexto brasileiro. Fortaleza, 2013. (Conclusão)

Versão Original	Tradução 1 - T1	Tradução 2 - T2	Síntese das traduções - T12
20. Caring for ___ is important to me.	20. Cuidar do (a) ___ é importante para mim.	20. Cuidar de ___ é importante para mim.	20. Cuidar do (a) ___ é importante para mim.
21. Caring for ___ has put a financial strain on the family.	21. O cuidado com o (a) ___ causou dificuldade financeira na família.	21. Cuidar de ___ trouxe uma tensão financeira à família.	21. Cuidar do (a) ___ causou dificuldade financeira na família.
22. My family (brothers, sisters, children) left me alone to care for ___.	22. Minha família (irmãos, filhos) me deixou sozinho (a) cuidando do (a) ___.	22. Minha família (irmãos, irmãs, filhos) deixou-me sozinho (a) para cuidar de ___.	22. Minha família (irmãos, filhos) me deixou sozinho (a) para cuidar do (a) ___.
23. I enjoy caring for ___.	23. Eu gosto de cuidar do (a) ___.	23. Eu gosto de cuidar de ___.	23. Eu gosto de cuidar do (a) ___.
24. It's difficult to pay for ___'s health needs and services.	24. É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) ___.	24. É difícil pagar pelos serviços e necessidades de saúde de ___.	24. É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) ___.
The response format for the above questions is as follows:	O formato de respostas para as questões abaixo será como se segue:	O formato de respostas para as perguntas acima é o seguinte:	O formato de respostas para as perguntas acima é o seguinte:
Circle one: Coding Scheme:	Circule um: Codificação	Um círculo: Esquema de codificação:	Circule uma codificação:
1= Strongly disagree	Discordo totalmente	Discordo totalmente	1=Discordo totalmente
2=Disagree	Discordo	Discordo	2=Discordo
3= Neither agree nor disagree	Não concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	3=Nem concordo nem discordo
4= Agree	Concordo	Concordo	4=Concordo
5= Strongly agree	Concordo totalmente	Concordo totalmente	5=Concordo totalmente
* These questions are to be reverse scored.	* Estas questões serão pontuadas inversamente.	*Essas questões são para pontuação reversa.	*Estas questões têm pontuação reversa.

Ressalta-se que a versão síntese (T12) foi realizada considerando-se tanto a construção semântica das frases de cada item, quanto a clareza das palavras empregadas.

Devido à impossibilidade de reunião presencial com os tradutores responsáveis por T1 e T2, esta etapa do estudo foi também realizada via correio eletrônico. Foram enviadas aos dois tradutores as duas versões produzidas (T1 e T2), bem como a proposta de uma versão

síntese, acompanhada das devidas justificativas para a decisão sobre cada um dos itens do instrumento. Na primeira avaliação da potencial versão síntese pelos tradutores, surgiram discordâncias por parte de ambos em relação a pequenos detalhes de alguns itens. Assim, após duas “rodadas” de avaliação, finalmente obteve-se total concordância dos dois sobre a síntese das traduções iniciais (T12).

Na etapa seguinte da adaptação do *CRA* (retradução ou *backtranslation*), a versão T12 foi traduzida de volta ao idioma inglês por duas outras tradutoras (aqui denominadas retradutoras), de forma independente, visando verificar se a versão brasileira continha erros grosseiros ou incoerências de tradução capazes de tornar seu conteúdo diferente do da versão original.

É oportuno salientar que, para esta etapa da investigação, houve a preocupação de buscar pessoas com amplo domínio do inglês norte-americano, preferencialmente nativas dos Estados Unidos da América (EUA) (país de origem do *CRA*), para realizarem as retraduições, uma vez que existem peculiaridades do idioma inglês falado nos diversos países que o têm como língua pátria que poderiam interferir negativamente nas retraduições desenvolvidas.

Outro ponto importante a ressaltar é que, depois de identificadas as pessoas que atendiam satisfatoriamente aos pré-requisitos necessários à efetivação dessa etapa do estudo, estas foram convidadas a participar, assim como os demais participantes do processo de adaptação transcultural do *CRA*, de forma voluntária, ocasião em que lhes foi apresentado o TCLE, documento necessário à realização de pesquisas envolvendo seres humanos. No entanto, foi necessário que os retradutores fossem remunerados pelo serviço de *backtranslation*, conforme exigiram. Desta forma, sua participação no estudo foi como prestadores de serviço, e não como sujeitos de pesquisa.

Sobre as duas retraduições realizadas, verificou-se que estas não apresentaram grandes divergências em relação à versão original do instrumento, explicitando assim a qualidade e consistência da versão síntese, em português brasileiro (T12).

O quadro 4 mostra as duas versões retraduzidas: RT1, produzida por uma estudante estadunidense nativa, fluente em português brasileiro, residente no Brasil há cerca de três anos, e RT2, elaborada por uma economista e tradutora profissional, com dupla nacionalidade: nascida no Brasil, porém residente nos EUA há mais de 20 anos.

Quadro 4 - Retraduções (*backtranslations*) resultantes da terceira etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento *CRA* para o contexto brasileiro e versão original. Fortaleza, 2013. (Continua)

Retradução 1 – RT1	Retradução 2 – RT2	Versão Original
1. I feel privileged to take care of ____.	1. I feel privileged in caring for ____.	1. I feel privileged to care for ____.
2. Others put the care of ____ on me.	2. The others dumped on me the care of ____.	2. Others have dumped caring for ____ onto me.
3. *My financial resources are sufficient to pay for the costs of his/her care.	3. * My financial resources are enough to pay for the expenses with the caregiving.	3. *My financial resources are adequate to pay for things that are required for caregiving.
4. My activities depend on the care of ____.	4. My activities are centered about caring for ____.	4. My activities are centered around care for ____.
5. Since I began to take care of ____ I seem to be tired all the time.	5. Since I started caring for ____ seems I am tired all the time.	5. Since caring for ____, it seems like I'm tired all of the time.
6. It is very difficult to get my family to help take care of ____.	6. It is very difficult to find help from my family in taking care of ____.	6. It is very difficult to get help from my family in taking care of ____.
7. *I feel resentful because of have to take care of ____.	7. *I resent because I have to take care of ____.	7. *I resent having to take care of ____.
8. I have to stop in the middle of working.	8. I have to stop in the middle of work.	8. I have to stop in the middle of work.
9. I really want to take care of ____.	9. I really want to care for ____.	9. I really want to care for ____.
10. My health has gotten worse since I began taking care of ____.	10. My health has gotten worse since I have been caring for ____.	10. My health has gotten worse since I've been caring for ____.
11. I visit family and friends less since I began taking care of ____.	11. I visit my friends and families less since I have been caring for ____.	11. I visit family and friends less since I have been caring for ____.
12. I will never be able to repay ____ for taking care of him/her.	12. I will never been able to repay ____ taking care of him (or her).	12. I will never be able to do enough caregiving to repay ____.
13. *My family cooperates with taking care of ____.	13. *My family helps in caring for ____.	13. *My family works together at caring for ____.
14. I have set other commitments aside since I began taking care of ____.	14. I have left aside some obligations since I started caring for ____.	14. I have eliminated things from my schedule since caring for ____.
15. *I have sufficient physical strength to take care of ____.	15. *I have enough physical strength to take care for ____.	15. *I have enough physical strength to care for ____.
16. Since I began taking care of ____, I feel abandoned by my family.	16. Since I started caring for ____ I fell my family has abandoned me.	16. Since caring for ____, I feel my family has abandoned me.
17. Taking care of ____ makes me feel good.	17. Caring for ____ make me feel good.	17. Caring for ____ makes me feel good.

Quadro 4 - Retraduções (*backtranslations*) resultantes da terceira etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento *CRA* para o contexto brasileiro e versão original. Fortaleza, 2013.

Retradução 1 – RT1	Retradução 2 – RT2	Versão Original
18. Constant interruptions make it difficult to find time to relax.	18. The constant interruptions make it difficult to find time to relax.	18. The constant interruptions make it difficult to find time for relaxation.
19. *I have sufficient health to take care of ____.	19. *I am healthy enough to take care for ____.	19. *I am healthy enough to care for ____.
20. Taking care of ____ is important to me.	20. Taking care of ____ is important to me.	20. Caring for ____ is important to me.
21. Taking care of ____ has caused financial difficulty in the family.	21. Caring for ____ brought financial difficult on the family.	21. Caring for ____ has put a financial strain on the family.
22. My family (siblings, children) left me alone to take care of ____.	22. My family (brothers, sons) left me alone to care for ____.	22. My family (brothers, sisters, children) left me alone to care for ____.
23. I like to take care of ____.	23. I like caring for ____.	23. I enjoy caring for ____.
24. It is difficult to pay for the expenses with ____'s health.	24. It is hard to pay for the ____'s healthy services expenses.	24. It's difficult to pay for ____'s health needs and services.
The format of the answers to the questions above are the following:	The format of the answers to the questions above are the following:	The response format for the above questions is as follows:
Circle one codification:	Circle one codification:	Circle one: Coding Scheme:
1=Completely disagree	1=Completely disagree	1= Strongly disagree
2=Disagree	2=Disagree	2=Disagree
3=Neither agree nor disagree	3=Neither agree nor disagree	3= Neither agree nor disagree
4=Agree	4=Agree	4= Agree
5=Completely agree	5=Completely agree	5= Strongly agree
* These questions are to be reverse scored.	* These questions are to be reverse scored.	* These questions are to be reverse scored.

Destaca-se que apesar de não se ter observado grandes diferenças conceituais entre as retraduições e o conteúdo do instrumento *CRA* em inglês, constatou-se que a versão RT2, produzida pela retradutora com dupla nacionalidade (Brasil, EUA), porém nascida no Brasil, foi a que mais se aproximou da versão original do instrumento.

Todavia, evidenciou-se que ambas as *backtranslations* resultantes desta etapa do estudo mostraram-se coerentes, explicitando o total domínio dos dois idiomas envolvidos, por parte das duas retradutoras.

5.1.3 Etapa IV: Avaliação por um comitê de juízes

Finalizada a etapa de retradução, empreendeu-se, sequencialmente, a quarta etapa do processo de adaptação transcultural: a avaliação do instrumento por um comitê de juízes, objetivando avaliar as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual do *CRA* no idioma português brasileiro com sua versão original.

Participaram desta etapa dez juízes, incluindo os participantes das etapas anteriores, além de um especialista no método de adaptação transcultural, um especialista em línguas e três profissionais de saúde experientes na área de saúde do idoso.

Realizou-se tentativa de reunião presencial com todos os juízes, mas isto não foi possível. Desta forma, optou-se pela efetivação da etapa em questão via correio eletrônico. Para isso, foram enviadas todas as versões do instrumento *CRA* existentes até aqui: original, duas traduções iniciais, síntese das traduções, duas retraduições. Ademais, os componentes do comitê receberam ainda uma carta-convite, o TCLE, o fluxograma de tradução e adaptação transcultural, um texto informativo sobre o fenômeno da sobrecarga do cuidador informal de idoso dependente e sobre o instrumento *CRA*, um questionário para caracterização sócio profissional dos participantes, e o instrumento para avaliação das equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual.

Este último continha uma escala de avaliação das quatro equivalências em relação a cada item do instrumento (em português), com as seguintes opções: -1 (item não equivalente), 0 (item pode tornar-se equivalente com adequações), +1 (item equivalente). Para as opções -1 ou 0, os juízes eram convidados a sugerir as alterações que julgassem apropriadas para obtenção de equivalência pelo item.

Na primeira avaliação realizada pelo comitê, a maioria dos itens (1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24) obteve concordância plena dos dez juízes (100%) quanto às quatro equivalências avaliadas. Entretanto, para os itens 2, 4, 12, 14, 17, 18, 19, bem como para o enunciado de instrução de resposta aos itens, foram sugeridas modificações por alguns membros do grupo a fim de que se alcançasse sua total equivalência com a versão original.

Abaixo, o quadro 5 apresenta as opiniões dos integrantes do comitê quanto às equivalências avaliadas, bem como suas sugestões para reescrita dos itens da versão T12 julgados insuficientemente equivalentes. No quadro em questão, os juízes estão referenciados por números de um a dez, distribuídos de forma aleatória (QUADRO 5).

Quadro 5- Opiniões quanto às equivalências avaliadas e sugestões dos juízes integrantes do comitê para reescrita dos itens da versão T12 considerados insuficientemente equivalentes aos itens da versão original do instrumento *CRA*. Fortaleza, 2013. (Continua)

Itens: versão T12	Juízes	Opinião quanto às equivalências avaliadas	Sugestões
Item 2: Os outros jogaram o cuidado do (a) ___ sobre mim.	Juiz 2	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência idiomática.	“Os outros responsabilizaram o cuidado do ___ sobre mim.”
	Juiz 3	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica.	“Os outros depositaram o cuidado do (a)___ sobre mim.”
	Juiz 5	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica.	“Os outros têm jogado o cuidado do(a) sobre mim.”
Item 4: Minhas atividades giram em torno do cuidado do (a) ___.	Juiz 2	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica.	“Minhas atividades são centradas no cuidado de ___.”
Item 12: Eu jamais serei capaz de retribuir ao (à) ___ cuidando dele (a).	Juiz 1	Item confuso.	Nenhuma.
	Juiz 2	Necessidade de adequações na frase.	Nenhuma.
	Juiz 3	Necessidade de adequação para obtenção de equivalência semântica.	“Eu nunca serei capaz de cuidar o suficiente para retribuir ao (à) ___.”
	Juiz 6	Item confuso, parecendo estar incompleto; necessidade de clarificar o sentido da expressão “retribuição” abordada no item.	Nenhuma.
	Juiz 10	Necessidade de adequação para obtenção de equivalência semântica.	“Eu nunca cuidarei o suficiente para retribuir ao (à) ___.”
Item 14: Eu tenho deixado compromissos de lado desde que comecei a cuidar do (a) ___.	Juiz 4	Necessidade de adequação para obtenção de equivalência semântica.	“Eu deixei de lado alguns compromissos desde que comecei a cuidar do(a) ___.”
	Juiz 5	Necessidade de adequação para obtenção de equivalência semântica.	“Eu tenho eliminado coisas da minha agenda desde que comecei a cuidar do (a) ___.”
	Juiz 6	Necessidade de adequação para obtenção de equivalência semântica.	“Eu deixei de cumprir compromissos desde que comecei a cuidar do (a) ___.”

Quadro 5- Opiniões quanto às equivalências avaliadas e sugestões dos juízes integrantes do comitê para reescrita dos itens da versão T12 considerados insuficientemente equivalentes aos itens da versão original do instrumento *CRA*. Fortaleza, 2013.

Itens: versão T12	Juízes	Opinião quanto às equivalências avaliadas	Sugestões
Item 17: Cuidar do (a) faz-me sentir bem ____.	Juiz 3	Necessidade de adequação para obtenção de equivalência experimental.	“Cuidar do (a) ____ me faz sentir bem.”
	Juiz 10	Necessidade de adequação para obtenção de equivalência experimental.	“Cuidar do (a) ____ me faz sentir bem.”
Item 18: As constantes interrupções tornam difícil encontrar tempo pra relaxar.	Juiz 1	Necessidade de adequação para obtenção de equivalências semântica e conceitual.	“As constantes tarefas destinadas ao idoso tornam difícil encontrar tempo para relaxar.”
Item 19: Eu tenho saúde suficiente para cuidar do (a) ____.	Juiz 4	Necessidade de adequação para obtenção de equivalência semântica.	“Eu sou saudável o suficiente para cuidar do (a) ____.”
	Juiz 5	Necessidade de adequação para obtenção de equivalência semântica.	“Eu sou saudável o suficiente para cuidar do (a) ____.”
Enunciado de instrução para resposta aos itens: Circule uma codificação.	Juiz 1	Necessidade de adequação para obtenção de equivalência experimental.	“Circule um número que corresponde à sua resposta.”

As sugestões feitas pelos juízes foram reunidas, acompanhadas das respectivas justificativas, quando presentes, e encaminhadas, via correio eletrônico, a todos os integrantes do grupo, para reavaliação. Nesta segunda rodada, os juízes analisaram as sugestões e lhes foi solicitado que explicitassem sua concordância ou discordância com as mesmas, bem como as devidas justificativas para sua escolha.

Ainda sobre esta segunda avaliação, cabe apontar que dois juízes do grupo não responderam à solicitação em tempo hábil, mesmo após várias tentativas de convite à reavaliação dos itens do instrumento. Assim, frente à sua ausência de resposta, considerou-se, para fins de obtenção de consenso, que a não resposta de tais juízes expressou concordância com as versões dos itens aprovadas pelos demais integrantes do comitê.

Após estas duas rodadas de análise de equivalências pelo comitê, todas as discrepâncias foram finalmente solucionadas, resultando em uma versão consensual do instrumento no idioma português (versão pré-final), empregada no pré-teste, etapa seguinte do processo de adaptação transcultural.

Ao final da segunda avaliação, os itens 2 e 4 do instrumento voltaram ao formato inicial (versão T12), obtendo, desta vez, plena concordância do comitê sobre suas equivalências. Os demais itens geradores de discrepâncias entre os juízes (12, 14, 17, 18, 19) e o enunciado de instrução para resposta aos itens passaram por alguma mudança em relação à versão T12.

O quadro 6 apresenta a versão consensual aprovada pelo comitê de juízes (versão pré-final), bem como a versão original e a versão síntese das traduções iniciais do instrumento (T12). Os elementos em destaque, na última coluna, são os que foram efetivamente modificados, ao final das duas rodadas de avaliação pelo comitê, para que se tornassem, na opinião dos juízes, completamente equivalentes à versão original.

Quadro 6 - Versão original, síntese das traduções e versão pré-final do instrumento CRA (versão brasileira). Fortaleza, 2013. (Continua).

Versão Original	Síntese das traduções - T12	Versão pré-final aprovada pelo comitê de juizes para aplicação no pré-teste
1. I feel privileged to care for ____.	1. Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) ____.	1. Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) ____.
2. Others have dumped caring for ____ onto me.	2. Os outros jogaram o cuidado do (a) ____ sobre mim.	2. Os outros jogaram o cuidado do (a) ____ sobre mim.
3. *My financial resources are adequate to pay for things that are required for caregiving.	3. *Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.	3. *Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.
4. My activities are centered around care for ____.	4. Minhas atividades giram em torno do cuidado do (a) ____.	4. Minhas atividades giram em torno do cuidado do (a) ____.
5. Since caring for ____, it seems like I'm tired all of the time.	5. Desde que comecei a cuidar do (a) ____, pareço estar cansado o tempo todo.	5. Desde que comecei a cuidar do (a) ____ pareço estar cansado o tempo todo.
6. It is very difficult to get help from my family in taking care of ____.	6. É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) ____.	6. É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) ____.
7. *I resent having to take care of ____.	7. *Eu me sinto ressentido por ter que cuidar do (a) ____.	7.* Eu me sinto ressentido por ter que cuidar do (a) ____.
8. I have to stop in the middle of work.	8. Eu tenho que parar no meio do trabalho.	8. Eu tenho que parar no meio do trabalho.
9. I really want to care for ____.	9. Eu quero muito cuidar do (a) ____.	9. Eu quero muito cuidar do (a) ____.
10. My health has gotten worse since I've been caring for ____.	10. Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar do (a) ____.	10. Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar do (a) ____.
11. I visit family and friends less since I have been caring for ____.	11. Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	11. Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.
12. I will never be able to do enough caregiving to repay ____.	12. Eu jamais serei capaz de retribuir ao (à) ____ cuidando dele (a).	12. Eu jamais conseguirei retribuir ao (à) ____ cuidando dele (a).
13. *My family works together at caring for ____.	13. *Minha família coopera no cuidado com o (a) ____.	13. *Minha família coopera no cuidado do (a) ____.
14. I have eliminated things from my schedule since caring for ____.	14. Eu tenho deixado compromissos de lado desde que comecei a cuidar do (a) ____.	14. Eu tenho deixado de cumprir compromissos desde que comecei a cuidar do (a) ____.
15. *I have enough physical strength to care for ____.	15. *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.	15. *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.

Quadro 6 - Versão original, síntese das traduções e versão pré-final do instrumento CRA (versão brasileira). Fortaleza, 2013.

Versão Original	Síntese das traduções - T12	Versão pré-final aprovada pelo comitê de juizes para aplicação no pré-teste
16. Since caring for ____, I feel my family has abandoned me.	16. Desde que comecei a cuidar do (a) ____, eu me sinto abandonado pela minha família.	16. Desde que comecei a cuidar do (a) ____, eu me sinto abandonado pela minha família.
17. Caring for ____ makes me feel good.	17. Cuidar do (a) ____ faz-me sentir bem.	17. Cuidar do (a) ____ me faz sentir bem.
18. The constant interruptions make it difficult to find time for relaxation.	18. As constantes interrupções tornam difícil encontrar tempo para relaxar.	18. As interrupções constantes tornam difícil encontrar tempo para relaxar.
19. *I am healthy enough to care for ____.	19. *Eu tenho saúde suficiente para cuidar do (a) ____.	19. *Eu sou saudável o suficiente para cuidar do (a) ____.
20. Caring for ____ is important to me.	20. Cuidar do (a) ____ é importante para mim.	20. Cuidar do (a) ____ é importante para mim.
21. Caring for ____ has put a financial strain on the family.	21. Cuidar do (a) ____ causou dificuldade financeira na família.	21. Cuidar do (a) ____ causou dificuldade financeira na família.
22. My family (brothers, sisters, children) left me alone to care for ____.	22. Minha família (irmãos, filhos) me deixou sozinho (a) para cuidar do (a) ____.	22. Minha família (irmãos, filhos) me deixou sozinho (a) para cuidar do (a) ____.
23. I enjoy caring for ____.	23. Eu gosto de cuidar do (a) ____.	23. Eu gosto de cuidar do (a) ____.
24. It's difficult to pay for ____'s health needs and services.	24. É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) ____.	24. É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) ____.
The response format for the above questions is as follows:	O formato de respostas para as perguntas acima é o seguinte:	O formato de respostas para os itens acima é o seguinte:
Circle one: Coding Scheme:	Circule uma codificação:	Circule um número que corresponde à sua resposta:
1= Strongly disagree	1=Discordo totalmente	1=Discordo totalmente
2=Disagree	2=Discordo	2=Discordo
3= Neither agree nor disagree	3=Nem concordo nem discord	3=Nem concordo nem discord
4= Agree	4=Concordo	4=Concordo
5= Strongly agree	5=Concordo totalmente	5=Concordo totalmente
*These questions are to be reverse scored.	*Estas questões têm pontuação reversa	*Estas questões serão pontuadas inversamente

5.1.4 Etapa V: Pré-teste

A versão pré-final em português brasileiro foi então utilizada no pré-teste, correspondente à quinta etapa da adaptação transcultural do *CRA*. Esta versão foi aplicada junto a 30 cuidadores informais de idosos dependentes, residentes em bairros periféricos do município de Fortaleza.

Acessados através de visita domiciliar, os cuidadores responderam a questões sobre suas características sociodemográficas, aos itens do instrumento *CRA* (autoadministrado) e a perguntas acerca de sua compreensão e facilidade em escolher a resposta para cada um dos itens. No caso de cuidadores não alfabetizados, os itens do instrumento e perguntas acerca de sua compreensão e clareza de respostas foram lidos, bem como quando os cuidadores, por alguma razão, requisitavam que fosse feito desta forma.

O tempo aproximado para resposta ao instrumento foi de dez a quinze minutos, quando autoadministrado, com acréscimo de cerca de cinco minutos quando respondido através de entrevista (leitura dos itens pelo entrevistador).

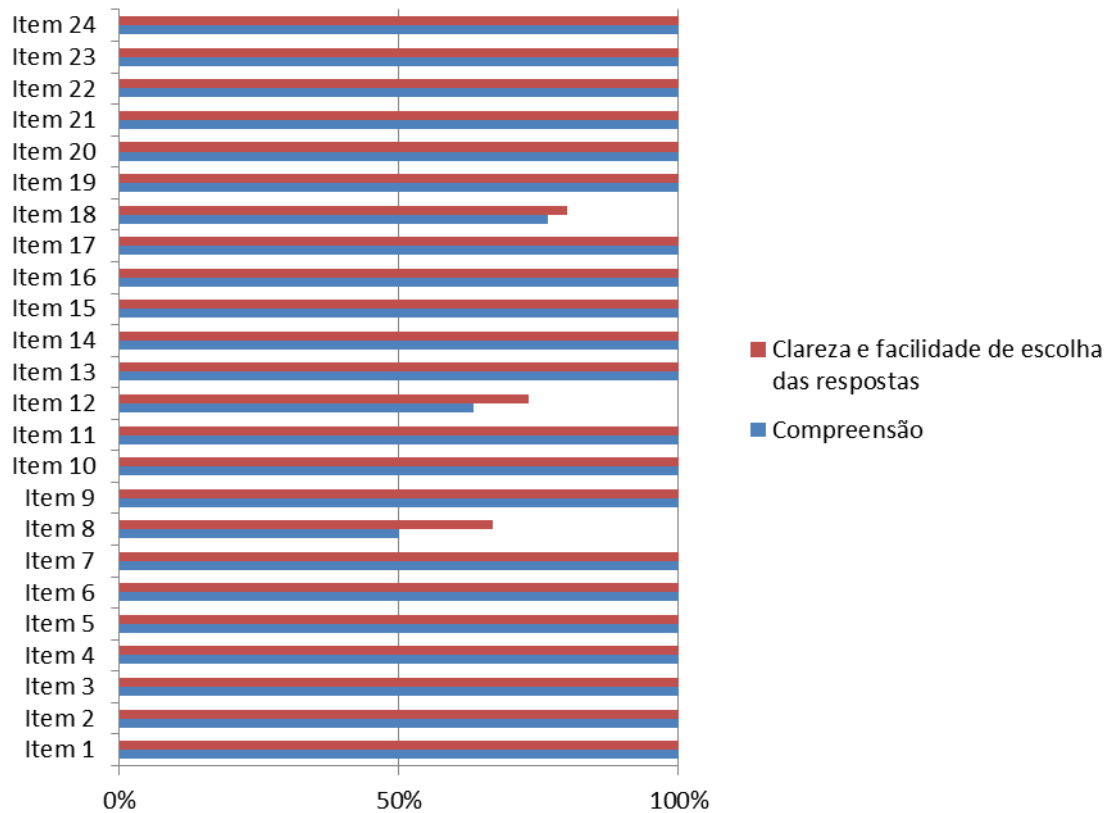
O perfil geral dos cuidadores informais que participaram desta etapa do estudo foi: maioria mulheres (96,7%), na faixa etária acima de 50 anos (63,3%), com baixa escolaridade (entre um e quatro anos de estudo: 36,7%), casadas ou em união consensual (40%), que não exercem atividade remunerada (70%), sem renda pessoal (50%), filhas dos idosos cuidados (66,7%), residentes na mesma casa que o idoso (93,3%), exercendo a tarefa de cuidar por um longo período (entre dez e quinze anos: 53,4%).

Destaca-se ainda, quanto às características dos cuidadores, que os extremos de escolaridade foram contemplados nesta etapa do estudo (cuidadores que nunca estudaram: 10%; cuidadores com 16 anos de estudo: 6,7%).

A avaliação dos itens da versão pré-final do *CRA* no idioma português brasileiro pelos cuidadores revelou que, em geral, estes se mostraram compreensíveis, com opções de respostas claras e facilmente elegíveis. Apenas três itens (8, 12 e 18) foram considerados insuficientemente compreensíveis, indicando que necessitavam de adequações.

O gráfico 1 mostra a distribuição dos 24 itens da versão pré-final, aplicada no pré-teste, quanto à compreensão, e à clareza e facilidade de escolha das respostas, de acordo com o julgamento dos cuidadores.

Gráfico 1 – Distribuição dos itens da versão pré-final brasileira do instrumento *CRA* quanto à compreensão e clareza e quanto à facilidade de escolha das respostas, conforme avaliação dos cuidadores informais de idosos incluídos no pré-teste. Fortaleza, 2013.



Verificou-se que o item 8 (versão pré-final: “Eu tenho que parar no meio do trabalho”) foi o que obteve menor aprovação quanto à sua compreensão: somente 50% dos cuidadores (15) o julgaram como compreensível. Destaca-se que, inicialmente, o item em questão deixou de ser respondido por oito cuidadores (26,7%), que em seguida, foram indagados acerca dos motivos da não resposta e, após devidamente esclarecidos sobre o conteúdo do item, convidados a responderem-no novamente. Ademais, na opinião de 33,3% dos cuidadores, a clareza e facilidade de eleição das opções de resposta a este item foram insuficientes. Quanto a sugestões de modificações no item para reescrevê-lo, a fim de torná-lo suficientemente compreensível e claro, apenas uma parcela mínima de cuidadores (02 = 6,7%) as fizeram. Estas sugestões foram:

- Cuidador A: “*Eu preciso parar no meio de atividades que estiver fazendo para cuidar*”.

- Cuidador B: “*Eu tenho que interromper outras atividades minhas para cuidar*”.

Quanto ao item 12 (versão pré-final: “Eu jamais conseguirei retribuir ao (à) ___ cuidando dele (a)”), a resposta a este item também foi inicialmente omitida por seis cuidadores (20%), que alegaram não respondê-lo por não compreenderem perfeitamente o sentido da frase. O item foi considerado incompreensível por 36,7% dos cuidadores, e 26,7% julgaram que o item não apresentava respostas suficientemente claras e fáceis de serem escolhidas. Embora este item, na opinião dos cuidadores, tenha revelado necessidade de adequações à cultura brasileira, nenhum dos sujeitos-alvo ofereceu sugestões para reescrevê-lo.

O item 18 (versão pré-final: “As interrupções constantes tornam difícil encontrar tempo para relaxar”), ao contrário dos dois itens anteriores, foi respondido por todos os cuidadores, contudo, 23,3% não o compreenderam perfeitamente, e 20% afirmaram que as respostas ao item não eram suficientemente claras e fáceis de serem escolhidas. Apenas dois cuidadores, entretanto, fizeram sugestões para reescrever o item a fim de torná-lo completamente compreensível:

- Cuidador A: *“As exigências constantes tornam difícil encontrar tempo para relaxar”.*

- Cuidador B: *“As demandas de cuidado constantes tornam difícil encontrar tempo para descansar”.*

Cabe destacar ainda que, durante a realização do pré-teste, alguns cuidadores sugeriram, em relação ao instrumento *CRA*, uma modificação no posicionamento das instruções de resposta aos itens. Na versão original, as instruções localizam-se ao final do instrumento, no entanto, na opinião dos cuidadores, deveriam ser apresentadas no início, antes de se ter acesso aos itens. De acordo com os sujeitos-alvo, isto facilitaria a resposta ao instrumento, tornando-a mais clara e compreensível, uma vez que é auto-administrado.

Frente à necessidade de modificações na versão pré-final brasileira do *CRA*, revelada por ocasião de sua aplicação junto aos sujeitos-alvo no pré-teste, a conduta empreendida foi a seguinte: todas as sugestões dos cuidadores informais quanto aos itens que se mostraram insuficientemente compreensíveis (8, 12 e 18), bem como a sugestão para reposicionamento das instruções de resposta ao instrumento, foram reunidas e enviadas, via correio eletrônico, aos integrantes do comitê de juízes constituinte da etapa anterior do estudo para sua avaliação.

Cabe destacar que neste último julgamento, contou-se com a participação de apenas seis juízes, uma vez que, para quatro integrantes, não foi possível responder à solicitação em tempo hábil.

Os juízes foram unânimes em apontar a pertinência da sugestão dos cuidadores para reposicionamento das instruções de resposta ao instrumento. Ademais, os três itens avaliados (8, 12, 18) foram modificados. Foi possível perceber que, para proceder às adequações necessárias, os juízes preocuparam-se em preservar, o máximo possível, o sentido das palavras da versão original, ajustando-as às sugestões dos cuidadores.

Abaixo, o quadro 7 mostra a versão pré-final dos itens (aplicada no pré-teste), as sugestões para reescrita dos itens oferecidas pelos cuidadores informais de idosos, e a versão final dos itens, consensualmente aprovada pelo comitê de juízes.

Quadro 7 – Itens do *CRA* considerados insuficientemente compreensíveis pelos cuidadores no pré-teste: versão pré-final, sugestões dos sujeitos-alvo para reescrita dos itens e versão final, aprovada pelo comitê de juízes. Fortaleza, 2013.

Versão pré-final (aplicada no pré- teste)	Sugestões dos sujeitos-alvo para reescrita dos itens	Versão final (aprovada pelo comitê de juízes)
8. Eu tenho que parar no meio do trabalho.	8. (Cuidador A): Eu preciso parar no meio de atividades que estiver fazendo para cuidar. 8. (Cuidador B): Eu tenho que interromper outras atividades minhas para cuidar.	8. Eu tenho que parar no meio das atividades que estiver fazendo para cuidar.
12. Eu jamais serei capaz de retribuir ao (à) ___ cuidando dele (a).	Sem sugestões.	12. Mesmo cuidando do (a) ___, eu jamais conseguirei retribuir o que ele (a) já fez por mim.
18. As constantes interrupções tornam difícil encontrar tempo para relaxar.	18. (Cuidador A): As exigências constantes tornam difícil encontrar tempo para relaxar. 18. (Cuidador B): As demandas de cuidado constantes tornam difícil encontrar tempo para descansar.	18. É difícil encontrar tempo para descansar por causa das interrupções constantes.

Após a definição das modificações pelos juízes, o instrumento *CRA* (com os itens adaptados) foi novamente aplicado junto a três cuidadores informais de idosos dependentes incluídos no pré-teste (10% da amostra total empregada). Verificou-se que, desta vez, conforme a opinião dos cuidadores, nenhum dos itens despertou qualquer dúvida de compreensão ou dificuldade para eleição de respostas, indicando que as adequações empreendidas foram satisfatórias.

Assim, obteve-se, finalmente, a versão final do instrumento *CRA* adaptado ao contexto cultural brasileiro para a avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes (versão brasileira do *CRA*) (QUADRO 8).

Quadro 8 – Versão final em português brasileiro do instrumento *CRA* para avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes. Fortaleza, 2013.

Caregiver Reaction Assessment (versão brasileira)					
O formato de respostas para os itens abaixo é o seguinte: Circule um número que corresponde à sua resposta:					
Itens	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discord	Concordo	Concordo totalmente
1. Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) ____.	1	2	3	4	5
2. Os outros jogaram o cuidado do (a) ____ sobre mim.	1	2	3	4	5
3. *Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.	1	2	3	4	5
4. Minhas atividades giram em torno do cuidado do (a) ____.	1	2	3	4	5
5. Desde que comecei a cuidar do (a) ____ pareço estar cansado o tempo todo.	1	2	3	4	5
6. É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) ____.	1	2	3	4	5
7. *Eu me sinto ressentido por ter que cuidar	1	2	3	4	5

do (a) ____.					
8. Eu tenho que parar no meio das atividades que estiver fazendo para cuidar.	1	2	3	4	5
9. Eu quero muito cuidar do (a) ____.	1	2	3	4	5
10. Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar do (a) ____.	1	2	3	4	5
11. Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	1	2	3	4	5
12. Mesmo cuidando do (a) ____, eu jamais conseguirei retribuir o que ele (a) já fez por mim.	1	2	3	4	5
13. *Minha família coopera no cuidado do (a) ____.	1	2	3	4	5
14. Eu tenho deixado de cumprir compromissos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	1	2	3	4	5
15. *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.	1	2	3	4	5
16. Desde que comecei a cuidar do (a) ____, eu me sinto abandonado pela minha família.	1	2	3	4	5
17. Cuidar do (a) ____ me faz sentir bem.	1	2	3	4	5
18. É difícil encontrar tempo	1	2	3	4	5

para descansar por causa das interrupções constantes.					
19. *Eu sou saudável o suficiente para cuidar do (a) ____.	1	2	3	4	5
20. Cuidar do (a) ____ é importante para mim.	1	2	3	4	5
21. Cuidar do (a) ____ causou dificuldade financeira na família.	1	2	3	4	5
22. Minha família (irmãos, filhos) me deixou sozinho (a) para cuidar do (a) ____.	1	2	3	4	5
23. Eu gosto de cuidar do (a) ____.	1	2	3	4	5
24. É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) ____.	1	2	3	4	5
*Estas questões serão pontuadas inversamente.					

Após consolidada, a versão brasileira do *CRA* foi traduzida para o idioma inglês e enviada, juntamente com informações acerca das principais mudanças efetuadas durante o processo de adaptação realizado, via correio eletrônico, ao Departamento de Medicina de Família da Universidade de Michigan, para apreciação pelos autores da versão original (ANEXO H).

Conforme parecer dos autores, as modificações empreendidas para a obtenção da versão brasileira do *CRA* não alteraram o sentido de sua versão original (ANEXO I), permitindo confirmar sua completa equivalência em relação a esta, e atestando sua adequabilidade para o novo contexto cultural, bem como refletindo a qualidade do processo de adaptação conduzido.

5.2 Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do CRA

Com a conclusão do processo de adaptação transcultural e consequente obtenção da versão brasileira do CRA, procedeu-se à análise de suas propriedades psicométricas de validade e confiabilidade. Para isto, a amostra empregada foi de 120 cuidadores informais de idosos dependentes em pelo menos uma ABVD ou duas AIVD, residentes em bairros localizados na periferia do município de Fortaleza- CE.

5.2.1 Caracterização da amostra

As características sociodemográficas da amostra estudada estão apresentadas abaixo, na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais de idosos. Fortaleza, 2013. (Continua)

Características	N	%
Sexo		
Feminino	109	90,8
Masculino	11	9,2
Faixa etária		
18-37	14	11,6
38-59	83	69,2
60 ou mais	23	19,1
Escolaridade (anos de estudo)		
Nunca estudou	16	13,4
Um a quatro	34	28,3
Cinco a oito	37	30,8
Nove a doze	27	22,5
Treze ou mais	06	5,0
Situação conjugal		
Solteiro (a)	35	29,2
Casado (a)/União consensual	62	51,7
Divorciado (a)	15	12,5
Viúvo (a)	08	6,7
Ocupação remunerada		
Não	84	70,0
Sim	36	30,0
Renda pessoal mensal em salários mínimos (SM)*		
Não tem renda pessoal	65	54,2
Menor que um SM	18	15,0
Um SM	27	22,5
Até dois SM	07	5,8
Até três SM	03	2,5

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais de idosos. Fortaleza, 2013.

Características	n	%
Parentesco com o idoso cuidado		
Filho (a)	76	63,3
Cônjuge	22	18,3
Neto (a)	03	2,5
Outros	19	15,8
Corresidência com o idoso cuidado		
Sim	106	88,3
Não	14	11,7

*SM= R\$678,00

Conforme exposto na tabela (TABELA 1), verificou-se que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino (90,8%), na faixa etária entre 38 e 59 anos (69,2%), com porcentagem significativa de cuidadores idosos (19,1%). Em geral, os cuidadores apresentavam baixa escolaridade (com cinco a oito anos de estudo: 30,8%; sem escolaridade: 13,4%). A maioria era casada ou vivia em união consensual (51,7%), não exercia atividade remunerada (70%) e não possuía renda pessoal (54,2%). Quanto ao parentesco com os idosos cuidados, prevaleceram os filhos (63,3%). Ademais, a maioria dos cuidadores residia na mesma casa que o idoso cuidado (88,3%).

Quanto às variáveis clínicas dos cuidadores e variáveis relacionadas ao cuidado ofertado, observou-se, de acordo com o exposto na tabela 2, que à auto-avaliação de saúde, porcentagem expressiva de cuidadores referiu saúde razoável (40%) ou boa (32,5%). Ademais, a maior parte mencionou ser portador de alguma doença (52,5%), nunca ter atividades de lazer (58,3%), frequentar alguma rede de apoio social (51,7%), e não praticar exercícios físicos regularmente (81,7%). A experiência de cuidar do idoso era, em geral, longa, para a maioria dos cuidadores (três a cinco anos: 31,6%, mais de dez anos: 29,2%). Teve-se ainda que a maior parte dos cuidadores não contava com qualquer ajuda para as atividades de cuidar do idoso (55,8%), ou com ajuda financeira (69,2%). Além disso, a maioria negou ter recebido orientações para cuidar (84,2%) (TABELA 2).

Tabela 2 – Caracterização dos cuidadores informais de idosos quanto às variáveis clínicas e variáveis relacionadas ao cuidado ofertado. Fortaleza, 2013.

Características	N	%
Saúde autodeclarada		
Excelente	05	4,2
Boa	39	32,5
Razoável	48	40,0
Ruim	17	14,2
Péssima	11	9,2
Portador de doença(s)		
Sim	63	52,5
Não	57	47,5
Frequência de atividades de lazer		
Nunca	70	58,3
Raramente	37	30,8
Mensalmente	02	1,7
Quinzenalmente	02	1,7
Semanalmente	09	7,5
Rede (s) social (is) de apoio		
Sim	62	51,7
Não	58	48,3
Prática regular de exercícios físicos*		
Não	104	86,7
Sim	16	13,3
Tempo que cuida do idoso		
Menos de um ano	12	10,0
Um a dois anos	19	15,8
Três a cinco anos	38	31,6
Seis a nove anos	16	13,3
Dez - 12 anos	27	22,5
13-15 anos	05	4,2
Mais de 15 anos	03	2,5
Ajuda para cuidar do idoso		
Não	67	55,8
Sim	53	44,2
Ajuda financeira para o cuidado do idoso		
Não	83	69,2
Sim	37	30,8
Recepção de orientações para cuidar		
Não	101	84,2
Sim	19	15,8

*Prática regular: tempo mínimo de 30 minutos, três vezes por semana.

Quanto aos idosos destinatários dos cuidados, de acordo com a tabela 3, observou-se prevalência de mulheres (70%), com oitenta ou mais anos de idade (%), renda pessoal mensal de um salário mínimo (85%), proveniente de aposentadoria (67,5%) ou do benefício da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) (17,5%) (TABELA 3).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos idosos cuidados. Fortaleza, 2013.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	84	70,0
Masculino	36	30,0
Faixa etária		
60-69 anos	17	14,2
70-79 anos	30	25,0
80-89 anos	55	45,7
90-99 anos	16	13,4
100 ou mais anos	02	1,7
Renda pessoal mensal em salários mínimos (SM)*		
Menor que um SM	02	1,6
Um SM	102	85,0
Até dois SM	12	10,0
Até três SM	02	1,7
Até quatro SM	02	1,6
Fonte da renda		
Aposentadoria	81	67,5
Benefício LOAS**	21	17,5
Pensão alimentícia	14	11,7
Aposentadoria + pensão alimentícia	04	3,3

*SM= R\$678,00; **LOAS: Lei Orgânica de Assistência Social.

Ademais, teve-se que 25% dos idosos cuidados (30) apresentavam diagnóstico médico de demência, conforme relatado por seus cuidadores.

Ainda sobre os idosos, no que concerne à avaliação de sua independência na realização das ABVD e AIVD, verificou-se alto grau de dependência para as ABVD (26,7% dependentes para todas as atividades) e especialmente para as AIVD (87,5% com baixa pontuação: entre nove e 12 escores) (TABELA 4).

Tabela 4 – Caracterização do nível de independência dos idosos cuidados na realização das ABVD (Índice de Katz) e AIVD (Escala de Lawton e Brody). Fortaleza, 2013.

Avaliação/ Classificação	n	%
Índice de Katz (ABVD)		
- Classificação* -		
A - Independente para todas as atividades	24	20,0
B - Independente para todas as atividades menos uma	21	17,5
C - Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional	04	3,3

Tabela 4 – Caracterização do nível de independência dos idosos cuidados na realização das ABVD (Índice de Katz) e AIVD (Escala de Lawton e Brody). Fortaleza, 2013.

Avaliação/ Classificação	n	%
D - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional	01	0,8
E - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional	05	4,2
F - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional	13	10,8
G - Dependente para todas as atividades	32	26,7
H - Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classifica em C, D, E ou F	20	16,7
Escala de Lawton e Brody (AIVD)		
- Pontuação -		
Nove pontos	48	40,0
10-12 pontos	57	47,5
13-15 pontos	08	6,7
16-18 pontos	05	4,2
19-24 pontos	02	1,6

*Conforme BRASIL, 2006a.

5.2.2 Validade da versão brasileira do CRA

Na análise da validade da versão brasileira do *CRA*, empreenderam-se avaliações de sua validade de conteúdo (através do cálculo do IVC, conforme julgamento de grupo de especialistas na área do conceito abordado pelo instrumento), e da validade de construto (por análise fatorial exploratória e por comparação de grupos contrastados). A seguir, exibem-se os resultados obtidos para a análise em questão.

5.2.2.1 *Validade de conteúdo*

O perfil geral do grupo de enfermeiras peritas na área de saúde do idoso que avaliaram a validade de conteúdo da versão brasileira do *CRA* foi o seguinte:

- Uma doutora em Enfermagem, gerontóloga titulada pela SBBG, com 13 anos de experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas em temáticas relativas à saúde do idoso, 20 anos de experiência como docente de disciplina de graduação referente à área de Saúde do Idoso, docente de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Enfermagem, experiente na orientação de trabalhos acadêmicos na área de Saúde do Idoso, com artigos científicos publicados em periódicos classificados pela CAPES, enfermeira assistencial, com prêmios e menções honrosas conferidos por conhecidas instituições científicas nacionais, participações comprovadas em mesas redondas promovidas em evento científico da área de Gerontologia;

- Uma doutora em Enfermagem, com tese de doutorado na área de Saúde do Idoso, com 10 anos de experiência docente (nível graduação) e em pesquisas científicas em temáticas relativas à saúde do idoso, com artigos científicos desta área publicados em periódicos classificados pela CAPES ;

- Uma mestre em Enfermagem, com dissertação de mestrado na área de Saúde do Idoso, com cinco anos de experiência docente (nível graduação) e em pesquisas científicas em temáticas relativas à saúde do idoso, experiente em extensão universitária especificamente com público de cuidadores informais de idosos dependentes, com artigos científicos publicados na área de Saúde do Idoso em periódicos classificados pela CAPES;

- Uma mestre em Enfermagem, com dissertação de mestrado na área de Saúde do Idoso, com doze anos de experiência assistencial junto ao público idoso e seus cuidadores, incluindo a realização de atividades de promoção da saúde diretamente junto a cuidadores informais de idosos dependentes, com artigos científicos publicados na área de Saúde do Idoso em periódicos classificados pela CAPES;

- Uma especialista em Enfermagem, com sete anos de experiência assistencial junto ao público idoso e seus cuidadores, incluindo a realização de atividades de promoção da saúde diretamente junto a cuidadores informais de idosos dependentes, bem como condução de grupos de apoio a esse público no cenário da ESF.

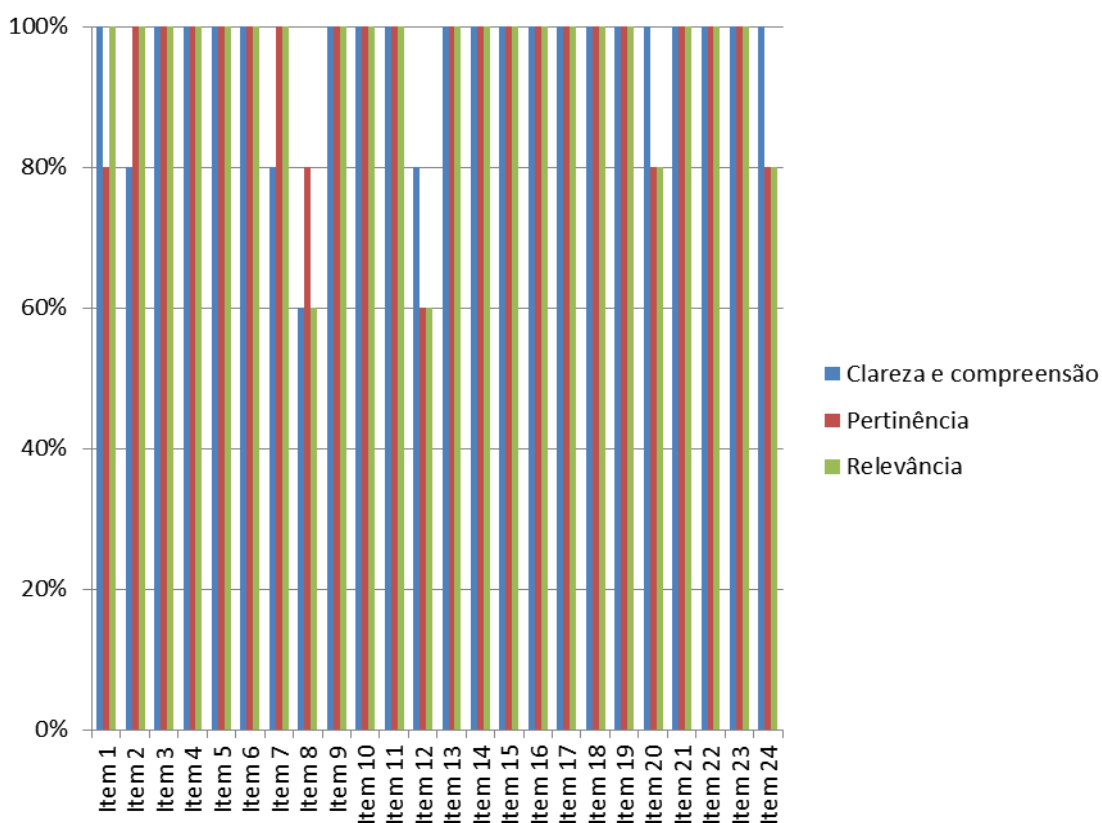
No que concerne ao perfil citado, verificou-se ainda que três profissionais, dentre as cinco que integraram esta fase do estudo, referiram experiência anterior com validação de instrumentos de medição, dentre as quais, participação em comitês avaliadores de validade de

outras ferramentas de medidas, publicações científicas com a temática, participação em bancas avaliadoras de estudos de validação, orientação de pesquisas na área.

Quanto à análise da clareza e compreensão dos itens, pertinência ao construto sobrecarga do cuidador informal de idoso dependente e relevância no instrumento, verificou-se que a maioria dos itens da versão brasileira do *CRA* (17) foi considerada completamente adequada pelos peritos (100% de concordância, para os três quesitos avaliados).

O gráfico 2 mostra a distribuição dos 24 itens do instrumento avaliado quanto às porcentagens de concordância referentes a esses três critérios de análise, conforme o julgamento das profissionais avaliadoras.

Gráfico 2 - Distribuição dos itens da versão brasileira do *CRA* quanto à porcentagem de clareza e compreensão, pertinência ao construto sobrecarga do cuidador e relevância no instrumento, conforme avaliação do grupo de peritos avaliadores. Fortaleza, 2013.



Observou-se que os itens 1, 2, 7, 20 e 24 alcançaram de 80% a 100% de concordância dos avaliadores quanto aos três aspectos avaliados, porcentagem considerada adequada (PASQUALI, 1998). Dois itens do instrumento, entretanto (itens 8 e 12), obtiveram percentual de concordância de 60% em pelo menos dois dos quesitos avaliados.

O item 8: “Eu tenho que parar no meio das atividades que estiver fazendo para cuidar”, foi julgado como não claro ou compreensível por 40% dos peritos; o item 12: “Mesmo cuidando do (a) ____, eu jamais conseguirei retribuir o que ele (a) já fez por mim”, foi considerado não pertinente ao construto sobrecarga do cuidador informal de idoso dependente por 40% dos peritos.

Quanto aos resultados do IVC da versão brasileira do *CRA*, estes se revelaram satisfatórios: o S-CVI/Ave (média dos índices de validação de conteúdo para todos os itens da escala) foi de 0,95; o S-CVI/UA (proporção de itens de escala que atinge escores 3 ou 4 por todos os avaliadores) foi de 0,75; o I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais) foi de 0,80 ou 1 para cada um dos 24 itens do instrumento.

O valor do IVC, resultante do cálculo da média das três equações (SVI-Ave, SCVI/UA, I-CVI) foi de 0,883, considerado adequado.

A tabela 5 traz a distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo dos itens individuais (I-CVI) da versão brasileira do *CRA*.

Tabela 5- Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo dos itens individuais (I-CVI) da versão brasileira do *CRA*, conforme análise do grupo de peritos avaliadores. Fortaleza, 2013.

Item	I-CVI
1- Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) ____.	0,80
2- Os outros jogaram o cuidado do (a) ____ sobre mim.	1
3- Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.	1
4- Minhas atividades giram em torno do cuidado do (a) ____.	1
5- Desde que comecei a cuidar do (a) ____, pareço estar cansado o tempo todo.	1
6- É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do(a) ____.	1
7- Eu me sinto ressentido por ter que cuidar do (a) ____.	1
8- Eu tenho que parar no meio das atividades que estiver fazendo para cuidar.	0,80
9- Eu quero muito cuidar do (a) ____.	1
10- Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar do (a) ____.	1
11- Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	1
12- Mesmo cuidando do (a) ____, eu jamais conseguirei retribuir o que ele (a) já fez por mim.	0,80
13- Minha família coopera no cuidado do (a) ____.	1
14- Eu tenho deixado de cumprir compromissos desde que comecei a cuidar do(a) ____.	1
15- *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.	1
16- Desde que comecei a cuidar do (a) ____, eu me sinto abandonado pela minha família.	1
17- Cuidar do (a) ____ me faz sentir bem.	1
18- É difícil encontrar tempo para descansar por causa das interrupções constantes.	1
19- Eu sou saudável o suficiente para cuidar do (a) ____.	1
20- Cuidar do (a) ____ é importante para mim.	0,80
21- Cuidar do (a) ____ causou dificuldades financeiras na família.	1

22- Minha família (irmãos, filhos) me deixou sozinho (a) para cuidar do (a) ____.	1
23- Eu gosto de cuidar do (a) ____.	0,80
24- É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) ____.	0,80

5.2.2.2 Validade de construto

A validade de construto da versão brasileira do *CRA* empregou análise fatorial exploratória e comparação de grupos contrastados. Na sequência, os resultados são apresentados.

5.2.2.2.1 Análise fatorial exploratória

Quanto à verificação da adequabilidade da base de dados, teve-se que: o cálculo da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) resultou em 0,820, valor acima do limite recomendado de 0,60 (KAISER, 1970, 1974; PALLANT, 2007); o teste de esfericidade de Bartlett's foi estatisticamente significativo (χ^2 aprox. 1198,893; $p < 0,000$), indicando rejeição da hipótese nula de matriz de correlação identidade, o que confirma a existência de correlações entre as variáveis. Assim, os resultados obtidos comprovaram que a realização da análise fatorial foi adequada para a avaliação da versão brasileira do *CRA*.

Sequencialmente, deliberou-se pelo método de extração por análise de componentes principais, cabendo, a seguir, a decisão acerca do número de fatores a serem extraídos.

Sabe-se que não existe um consenso na literatura acerca de como se deve tomar esta decisão, entretanto, alguns critérios podem ser empregados em auxílio. Um destes é o critério de Kaiser, ou regra do *eigenvalue* (autovalor), definido como a quantidade de variância total explicada por um fator (PALLANT, 2005). Tal critério sugere que sejam mantidos na análise apenas os fatores que apresentarem autovalores iguais ou maiores que um.

Conforme exposto na tabela 6, a análise dos componentes principais da versão brasileira do *CRA* revelou a presença de seis componentes com *eigenvalues* maiores que um. O emprego do critério de Kaiser, portanto, apontou a extração de seis fatores, que explicariam 64,06% da variância dos dados, porcentagem de variância explicada acumulada equiparada à recomendada por alguns autores (60%) como critério auxiliar na decisão sobre o número de fatores a serem extraídos (HAIR *et al.*, 2006). Tinsley e Tinsley (1987) afirmam, entretanto, que é frequente considerarem-se percentuais de variância acumulada inferiores a 50%.

Tabela 6 – Variâncias explicadas iniciais (*eigenvalues*/autovalores iniciais), e percentuais de variância dos componentes do *CRA* (versão brasileira). Fortaleza, 2013.

Componentes	Variância explicada inicial (<i>eigenvalues</i> ou autovalores)		
	Total	% de variância	% cumulativa
1	6,314	26,306	26,306
2	3,571	14,881	41,187
3	1,893	7,886	49,074
4	1,325	5,522	54,596
5	1,258	5,241	59,837
6	1,014	4,226	64,063
7	0,921	3,838	67,901
8	0,809	3,373	71,274
9	0,758	3,159	74,432
10	0,707	2,947	77,379
11	0,644	2,683	80,062
12	0,619	2,578	82,641
13	0,537	2,236	84,877
14	0,489	2,038	86,914
15	0,443	1,847	88,761
16	0,428	1,783	90,544
17	0,394	1,640	92,184
18	0,357	1,487	93,672
19	0,330	1,375	95,046
20	0,287	1,195	96,241
21	0,267	1,111	97,353
22	0,240	0,998	98,351
23	0,221	0,920	99,271
24	0,175	0,729	100,000

Método de extração: análise do componente principal, com normalização de Kaiser.

O *scree test* (CATTELL, 1966) é outro método apontado para embasar a decisão quanto à extração do mais adequado número de fatores. “O pesquisador deve analisar graficamente a dispersão do número de fatores até que a curva da variância individual de cada fator se torne horizontal ou sofra uma queda abrupta”. Isto aponta que muita variância foi perdida, e, desta forma, deve-se parar de extrair fatores (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010, p. 168).

Abaixo, a figura 3 mostra o diagrama de declividade do *scree test* da versão brasileira do *CRA*.

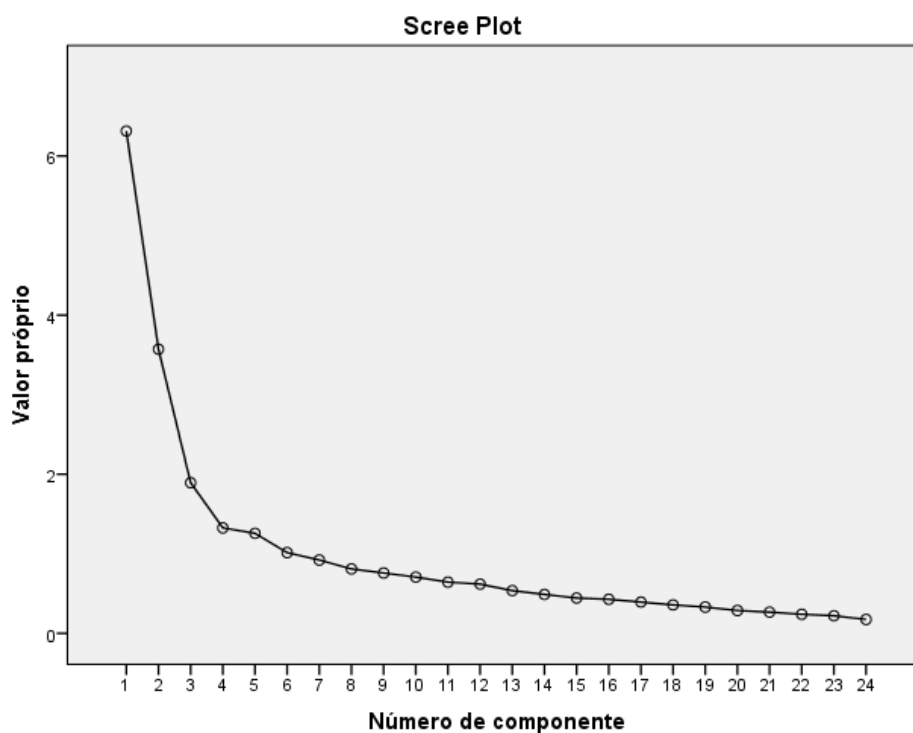


Figura 3 – Diagrama de declividade: *scree test* do *CRA* (versão brasileira). Fortaleza, 2013.

O diagrama apresenta uma curva que não sofre queda abrupta, entretanto, mostra discreta inclinação entre o quinto e sexto componentes, e a partir deste último, torna-se praticamente horizontal. Portanto, o sexto componente consiste em seu ponto de inflexão. Isto permite afirmar que a análise do diagrama de declividade indica a extração de cinco fatores, número de componentes situados acima deste ponto da curva.

Apesar da indicação de extração de seis fatores pelo critério de Kaiser, optou-se, neste estudo, pela extração de cinco fatores da versão brasileira do *CRA*, conforme sugerido pelo *Scree test* (CATTELL, 1966). Além deste último critério, a decisão foi fundamentada em outros três pressupostos:

1. Field (2009) refere que o critério de Kaiser é preciso quando o tamanho da amostra excede a 250, número superior ao dobro do tamanho amostral empregado neste estudo;

2. Stevens (1986) afirma, quanto à decisão sobre o número de fatores a serem extraídos, que, em muitos casos, a conduta mais adequada é estipular que cada fator explique minimamente 5% da variância total dos dados. Assim, o sexto fator revelado na análise de componentes principais do *CRA* (versão brasileira) deveria ser desconsiderado, uma vez que explica apenas 4,22% da variância (TABELA 8);

3. Figueiredo Filho e Silva Júnior (2010) destacam que o número de fatores extraídos para a análise deve considerar, além de critérios estatísticos, razões teóricas que justifiquem a relação entre as variáveis e os fatores. Destarte, por se tratar da adaptação transcultural de um instrumento de medida, entende-se que as dimensões latentes devem ser definidas *a priori*, o que, conseqüentemente, indica a replicação do número de fatores presentes no estudo de validação da versão original (ORIÁ, 2008).

A tabela 7 apresenta a matriz de correlações, com cinco fatores de solução, rotacionada pelo método ortogonal *varimax*, com a supressão de cargas fatoriais inferiores a 0,30, valor mínimo aceitável (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010). O critério utilizado para a associação de um item a determinado fator foi a presença da mais elevada carga fatorial obtida pelo mesmo.

Tabela 7 - Matriz de correlação com solução para cinco componentes (versão brasileira do instrumento *CRA*)*. Fortaleza, 2013. (Continua).

Itens	Componentes				
	1	2	3	4	5
1- Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) ____.	0,693				
2- Os outros jogaram o cuidado do (a) ____ sobre mim.			0,702		
3- Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.					0,614
4- Minhas atividades giram em torno do cuidado do (a) ____.		0,657			
5- Desde que comecei a cuidar do (a) ____, pareço estar cansado o tempo todo.		0,577			
6- É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) ____.			0,719		
7- Eu me sinto ressentido por ter que cuidar do (a) ____.	0,638				
8- Eu tenho que parar no meio das atividades que estiver fazendo para cuidar.		0,713			
9- Eu quero muito cuidar do (a) ____.	0,743				
10- Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar do (a) ____.				0,495	
11- Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.		0,656			
12- Mesmo cuidando do (a) ____, eu jamais conseguirei retribuir o que ele (a) já fez por mim.	0,665				
13- Minha família coopera no cuidado do (a) ____.			0,752		

Tabela 7 - Matriz de correlação com solução para cinco componentes (versão brasileira do instrumento *CRA*)*. Fortaleza, 2013.

Itens	Componentes				
	1	2	3	4	5
14- Eu tenho deixado de cumprir compromissos desde que comecei a cuidar do (a) ____.		0,751			
15- *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.				0,751	
16- Desde que comecei a cuidar do (a) ____, eu me sinto abandonado pela minha família.			0,781		
17- Cuidar do (a) ____ me faz sentir bem.	0,638				
18- É difícil encontrar tempo para descansar por causa das interrupções constantes.		0,704			
19- Eu sou saudável o suficiente para cuidar do (a) ____.				0,735	
20- Cuidar do (a) ____ é importante para mim.	0,738				
21- Cuidar do (a) ____ causou dificuldades financeiras na família.					0,725
22- Minha família (irmãos, filhos) me deixou sozinho (a) para cuidar do (a) ____.			0,738		
23- Eu gosto de cuidar do (a) ____.	0,809				
24- É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) ____.					0,709

*Com cargas fatoriais abaixo de 0,30 suprimidas.

Método de extração: Análise do componente principal.

Método de rotação: *varimax*.

Observou-se que todos os itens do instrumento obtiveram cargas fatoriais satisfatórias, com valor mínimo de 0,495 (item 10). Isto rejeita a exclusão de algum item do instrumento, uma vez que todos se mostraram adequadamente associados aos fatores nos quais foram incluídos, confirmando que a solução encontrada foi satisfatória.

Verificou-se que a extração de cinco fatores para a versão brasileira do *CRA* resultou em estrutura fatorial semelhante à versão original do instrumento. Entretanto, um dos itens (item 5), originalmente pertencente à subescala saúde física (quarto fator), saturou com carga máxima no segundo fator, equivalente à subescala programação das atividades diárias.

Desta forma, com exceção do item em questão, a distribuição dos demais itens da versão brasileira do *CRA* entre as subescalas permaneceu equivalente à versão norte-americana do instrumento: autoestima (itens 1, 7, 9, 12, 17, 20, 23), programação das atividades diárias (itens 4, 5, 8, 11, 14, 18), suporte familiar (itens 2, 6, 13, 16, 22), saúde física (itens 10, 15, 19), questões financeiras (itens 3, 21, 24) (GIVEN *et al.*, 1992).

Juntos, os cinco fatores explicaram 59,83% da variância total dos dados. A subescala autoestima foi responsável pela maior parte de explicação da variância (26,3%), seguida pela subescala programação das atividades diárias (14,8%). A primeira (fator 1) obteve autovalor inicial de 6,314, e valores de cargas fatoriais variando de 0,638 a 0,809 entre seus sete itens; a segunda, por sua vez (fator 2), mostrou autovalor inicial de 3,571, e teve cargas fatoriais variando entre 0,577 (item 5) e 0,751 nos seis itens integrantes (após realocação do item 5 neste fator). Os outros três fatores (suporte familiar, saúde física, questões financeiras), juntos, explicaram 18,6% da variância (com autovalores iniciais de 1,893, 1,325 e 1,258, respectivamente) (TABELA 8) (TABELA 9).

A tabela 8 apresenta os valores das comunalidades observados para os itens da versão brasileira do *CRA*, após a extração dos cinco fatores, de acordo com sua associação às subescalas. Verificou-se que, com exceção dos itens 3 e 4, todos os demais itens do instrumento assumiram comunalidades superiores a 0,50, indicando que a estrutura fatorial obtida pode ser considerada satisfatória.

Tabela 8 - Comunalidades observadas para os itens do instrumento *CRA* (versão brasileira), referentes à solução com cinco fatores, conforme distribuição nas subescalas. Fortaleza, 2013. (Continua).

Fatores/ Itens	Comunalidades (h^2)
Autoestima	
ITEM 1 - Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) _____.	0,541
ITEM 7 - Eu me sinto ressentido por ter que cuidar do (a) _____.	0,525
ITEM 9 - Eu quero muito cuidar do (a) _____.	0,644
ITEM 12 - Mesmo cuidando do (a) _____, eu jamais conseguirei retribuir o que ele (a) já fez por mim.	0,506
ITEM 17 - Cuidar do (a) _____ me faz sentir bem.	0,611
ITEM 20 - Cuidar do (a) _____ é importante para mim.	0,602
ITEM 23 - Eu gosto de cuidar do (a) _____.	0,721
Programação das atividades diárias	
ITEM 4 - Minhas atividades giram em torno do cuidado do (a) _____.	0,497
ITEM 5 - Desde que comecei a cuidar do (a) _____ pareço estar cansado o tempo todo.	0,553
ITEM 8 - Eu tenho que parar no meio das atividades que estiver fazendo para cuidar.	0,553
ITEM 11 - Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do (a) _____.	0,504
ITEM 14 - Eu tenho deixado de cumprir compromissos desde que comecei a cuidar do (a) _____.	0,683
ITEM 18 - É difícil encontrar tempo para descansar por causa das interrupções constantes.	0,619

Tabela 8 - Comunalidades observadas para os itens do instrumento *CRA* (versão brasileira), referentes à solução com cinco fatores, conforme distribuição nas subescalas. Fortaleza, 2013.

Fatores/ Itens	Comunalidades (h^2)
Suporte familiar	
ITEM 2 - Os outros jogaram o cuidado do (a) _____sobre mim.	0,680
ITEM 6 - É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) _____.	0,670
ITEM 13 - Minha família coopera no cuidado do (a) _____.	0,661
ITEM 16 - Desde que comecei a cuidar do (a) _____, eu me sinto abandonado pela minha família.	0,688
ITEM 22 - Minha família (irmãos, filhos) me deixaram sozinho (a) para cuidar do (a) _____.	0,618
Saúde física	
ITEM 10 - Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar do (a)_____.	0,540
ITEM 15 - Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) _____.	0,640
ITEM 16 - Desde que comecei a cuidar do (a) _____, eu me sinto abandonado pela minha família.	0,688
ITEM 19 - Eu sou saudável o suficiente para cuidar do (a) _____.	0,686
Questões financeiras	
ITEM 3 - Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.	0,453
ITEM 21 - Cuidar do (a) _____causou dificuldades financeiras na família.	0,589
ITEM 24 - É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a).	0,573

5.2.2.2.2 Comparação de grupos contrastados

Além da análise fatorial exploratória, empregou-se o método de comparação de grupos contrastados na análise da validade de construto da versão brasileira do *CRA*.

Destarte, realizou-se a testagem de duas hipóteses principais: a primeira foi a de que os cuidadores informais de idosos com diagnóstico médico de demência apresentariam escores gerais de sobrecarga mais elevados; a segunda hipótese testada foi a de que os cuidadores informais que frequentam alguma rede social de apoio obteriam menores escores gerais de sobrecarga.

Conforme exposto na tabela 9, os resultados obtidos com o emprego do teste *t* para amostras independentes (distribuição normal dos dados) permitiu confirmar a veracidade das duas hipóteses testadas, e, conseqüentemente, a validade de construto do instrumento avaliado.

Tabela 9- Associação entre os escores da versão brasileira do *CRA* (escala total) e características dos cuidadores informais de idosos dependentes, de acordo com hipóteses testadas: média de escores, desvio padrão e valor de p. Fortaleza, 2013.

Característica	n	Média	Desvio padrão	Valor de p*
Cuidador de idoso demenciado?				
Não	90	81,8	10,2	0,001
Sim	30	91,9	11,9	
Cuidador frequenta alguma rede social de apoio?				
Não	58	86,9	11,4	0,019
Sim	62	82,0	11,1	

*Teste t para amostras independentes

Verificou-se importante diferença nas médias de escores gerais de sobrecarga para o grupo de cuidadores de idosos demenciados (91,9), em comparação com o grupo de cuidadores que cuida de idosos sem demência (81,8), com existência de significância estatística ($p=0,001$).

À comparação do grupo de cuidadores que frequenta alguma rede social de apoio com o grupo que não conta com esse tipo de suporte, as médias de escores também diferiram (82,0 e 86,9, respectivamente), indicando que a participação social do cuidador de idoso está associada a uma menor sobrecarga experienciada ($p=0,019$).

5.2.3 *Confiabilidade da versão brasileira do CRA*

O valor do alfa de Cronbach para o *CRA* (versão brasileira) foi de 0,79, considerando-se a escala total (24 itens), o que revela boa consistência interna. Para as cinco subescalas, após realocação do item 5 na subescala programação das atividades diárias, conforme resultados de estrutura fatorial obtidos, o coeficiente variou entre 0,60 (subescala questões financeiras) e 0,84 (subescala suporte familiar), indicando uma boa confiabilidade também para as subescalas individuais componentes do instrumento (TABELA 10).

Tabela 10 - Valores do alfa de Cronbach para as subescalas do instrumento *CRA* (versão brasileira). Fortaleza, 2013.

<i>CRA</i> (versão brasileira)	Número de itens	Alfa de Cronbach
Subescala autoestima	07	0,83
Subescala programação das atividades diárias	06	0,82
Subescala suporte familiar	05	0,84
Subescala saúde física	03	0,70
Subescala questões financeiras	03	0,60

A análise detalhada da consistência interna da escala total revelou que a supressão de qualquer item do instrumento não acarretaria grandes mudanças no valor do coeficiente de consistência interna. Observaram-se ainda que as variações do alfa de Cronbach entre os itens do instrumento foram pequenas (0,77 a 0,80), indicando sua congruência, e, conseqüentemente, confirmando que o emprego de um escore geral para os 24 itens (escala total) é confiável (TABELA 11).

Tabela 11 - Valores do alfa de Cronbach do instrumento *CRA* (versão brasileira), com a supressão de itens da escala total. Fortaleza, 2013. (Continua)

Itens	Alfa de Cronbach com o item suprimido
1- Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) ____.	0,80
2- Os outros jogaram o cuidado do (a) ____ sobre mim.	0,78
3- Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.	0,79
4- Minhas atividades giram em torno do cuidado do (a) ____.	0,78
5- Desde que comecei a cuidar do (a) ____, pareço estar cansado o tempo todo.	0,77
6- É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) ____.	0,77
7- Eu me sinto ressentido por ter que cuidar do (a) ____.	0,81
8- Eu tenho que parar no meio das atividades que estiver fazendo para cuidar.	0,78
9- Eu quero muito cuidar do (a) ____.	0,79
10- Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar do (a) ____.	0,78
11- Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	0,77
12- Mesmo cuidando do (a) ____, eu jamais conseguirei retribuir o que ele (a) já fez por mim.	0,79
13- Minha família coopera no cuidado do (a) ____.	0,78
14- Eu tenho deixado de cumprir compromissos desde que comecei a cuidar do(a) ____.	0,77
15- *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.	0,79
16- Desde que comecei a cuidar do (a) ____, eu me sinto abandonado pela minha família.	0,78
17- Cuidar do (a) ____ me faz sentir bem.	0,80

Tabela 11 - Valores do alfa de Cronbach do instrumento *CRA* (versão brasileira), com a supressão de itens da escala total. Fortaleza, 2013.

Itens	Alfa de Cronbach com o item suprimido
18- É difícil encontrar tempo para descansar por causa das interrupções constantes.	0,77
19- Eu sou saudável o suficiente para cuidar do (a) ____.	0,79
20- Cuidar do (a) ____ é importante para mim.	0,79
21- Cuidar do (a) ____ causou dificuldades financeiras na família.	0,78
22- Minha família (irmãos, filhos) me deixou sozinho (a) para cuidar do (a) ____.	0,78
23- Eu gosto de cuidar do (a) ____.	0,80
24- É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) ____.	0,78
Alfa de Cronbach para a escala total: 0,79.	

Ademais, o teste T^2 de Hotelling ($F= 19,863$, com $p= 0,000$) rejeitou a hipótese nula de que todos os itens do instrumento apresentariam médias iguais. Por conseguinte, confirmou-se que não ocorreu aglutinação de respostas em uma única categoria.

6 DISCUSSÃO

6.1 Adaptação transcultural do instrumento *CRA* para o contexto brasileiro

O processo de adaptação transcultural do *CRA* para uso no Brasil foi conduzido com elevado rigor metodológico. Todas as recomendações de Beaton *et al.* (2007) para as cinco etapas preconizadas pelos autores foram desempenhadas com êxito, prezando-se sempre pela seriedade no decorrer do processo, como forma de se garantir a obtenção de um instrumento adaptado ao novo contexto cultural com a maior qualidade possível.

A adaptação transcultural de um instrumento de medição costuma ser um processo deveras dispendioso em tempo, o que, habitualmente, desgasta o pesquisador (ORÍÁ, 2008). Na condução da presente investigação, o planejamento prévio da efetivação de cada uma das etapas indicadas por Beaton *et al.* (2007), incluindo a identificação antecipada dos prováveis colaboradores, mostrou-se fundamental para a conclusão da investigação em tempo hábil.

Ademais, cabe destacar a conduta adotada de agendamento de encontros presenciais com os integrantes das etapas I, III e IV para realização de convite formal de participação. Isto pareceu ter facilitado a adesão dos colaboradores ao compromisso com os prazos para resposta às requisições.

Outro aspecto operacional que merece ser ressaltado no que concerne à adaptação do *CRA* para uso no Brasil foi a dificuldade observada para a colaboração voluntária de tradutores nativos dos EUA na execução da terceira etapa do processo (retradução ou *backtranslation*): todos os sujeitos identificados estipularam valores financeiros para realização da tradução. Valer (2012) também cita a contratação de uma empresa especializada para realização das retraduições em seu estudo de adaptação transcultural de instrumento canadense.

Destarte, os retradutores foram remunerados pelo serviço de *backtranslation* do instrumento *CRA*, e, portanto, atuaram como profissionais de tradução contratados, e não como sujeitos de pesquisa, diferentemente dos integrantes das demais etapas do processo empreendido, cuja participação no estudo atendeu satisfatoriamente a todos os requisitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo a assinatura do TCLE, após os devidos esclarecimentos acerca da investigação (BRASIL, 2012).

Ademais, embora a adaptação transcultural de instrumentos de medida seja uma modalidade de pesquisa metodológica, o referencial de Beaton *et al.* (2007) não estipula que

os participantes das etapas do processo empreendido sejam caracterizados como sujeitos de pesquisa. Os autores apenas enfatizam características específicas, que constituem requisitos para a inclusão de participantes em cada etapa da adaptação.

Desta forma, excetuando-se o pré-teste (quinta etapa), no qual o instrumento é administrado em campo, junto ao público-alvo, deduz-se que não seja uma exigência, do ponto de vista técnico, que os colaboradores das demais etapas da adaptação transcultural (tradutores, responsável pela síntese das traduções, retradutores e juízes) sejam encarados como sujeitos de pesquisa (BEATON *et al.*, 2007).

É recomendado, portanto, que em outros estudos de adaptação transcultural de instrumentos de mensuração, os pesquisadores considerem o pagamento por serviços de tradução em seus orçamentos. Esta poderia ser uma forma de garantir a realização do processo em tempo hábil, bem como de evitar constrangimentos na condução do processo.

Neste estudo, pôde-se verificar que a etapa de pré-teste foi de grande relevância para o estabelecimento da versão brasileira do *CRA*, à medida que refletiu a adequabilidade do instrumento ao seu público-alvo. A aplicação da versão pré-final junto aos cuidadores informais de idosos revelou detalhes potencialmente geradores de confusão em relação à compreensão e interpretação de três itens do instrumento (itens 8, 12 e 18).

Os itens em questão, no entanto, não necessitaram passar por grandes modificações. Foram necessários apenas pequenos ajustes, especialmente no que concerne à correspondência cultural e estrutura semântica das frases.

Cabe destacar que a reavaliação pelo comitê de juízes, dos itens insuficientemente compreensíveis pelos cuidadores durante a etapa de pré-teste, bem como das sugestões ofertadas pelos sujeitos-alvo para modificações nas frases, foi uma conduta pertinente, uma vez que imprimiu maior rigor à obtenção da versão final do instrumento adaptado, além de garantir sua equivalência em relação à versão original, o que avigorou a qualidade da adaptação transcultural realizada.

A expressiva austeridade empregada em todo o processo de adaptação do *CRA* para o contexto cultural brasileiro foi relevante e indispensável à obtenção de versão final a qual se pode depreender credibilidade, “pois é exatamente a utilização rigorosa do método que distingue o conhecimento sistemático de outras formas de conhecimento” (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010, p.181).

6.2 Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do CRA

A seguir, expõe-se a discussão dos resultados acerca da análise das propriedades de validade e confiabilidade do CRA (versão brasileira).

6.2.1 Caracterização da amostra estudada

Visando proporcionar melhor compreensão acerca do contexto da validação da versão brasileira do CRA, optou-se por discutir os principais achados referentes ao perfil dos cuidadores informais que compuseram a amostra do estudo, bem como dos idosos destinatários dos cuidados ofertados.

Quanto à caracterização sociodemográfica dos cuidadores, os dados encontrados mostraram-se, de maneira geral, semelhantes aos de outras pesquisas desenvolvidas no cenário nacional (GARRIDO; MENEZES, 2004; GRATÃO *et al.*, 2013; GRATÃO *et al.*, 2012; MENDES; MIRANDA; BORGES, 2010; MORAES; SILVA, 2009; PEREIRA *et al.*, 2013; STACKFLETH *et al.*, 2012).

A porcentagem de mulheres na função de cuidadoras observada neste estudo (90,8%) foi equivalente à encontrada por Lemos *et al.* (2006), junto a cuidadores informais de idosos com Alzheimer do município de São Paulo-BR (89,7%), e por González-Valentin e Gálvez (2009), entre cuidadores espanhóis (91%).

Pereira *et al.* (2013) advertem que, historicamente, a mulher sempre assumiu a responsabilidade pelo cuidado da casa e dos filhos, enquanto ao homem era incumbido o papel de trabalhar para prover as necessidades financeiras da família. Os autores destacam ainda que apesar das transformações na sociedade nos últimos tempos, com assunção de novos papéis sociais pela mulher, ainda prevalece a ideia de que esta deve assumir a função de cuidar (PEREIRA *et al.*, 2013).

Quanto à faixa etária dos cuidadores, observou-se maioria na idade adulta (entre 38 e 59 anos: 69,2%), corroborando achados de outras investigações (GRATÃO *et al.*, 2012; LENARDT *et al.*, 2011; MORAES; SILVA, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2011; RONDINI *et al.*, 2011).

Merece destaque a porcentagem significativa de cuidadores na faixa etária idosa (19,1%), situação também apontada em outras pesquisas brasileiras (FONSECA; PENNA, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2011; PEREIRA *et al.*, 2013). Isto revela uma condição que é potencialmente mais desgastante para o cuidador familiar, uma vez que se trata de um idoso

cuidando de outro, o que pressupõe maior de risco vivenciar efeitos deletérios de sobrecarga, especialmente no que se refere aos aspectos físicos, no caso de o idoso cuidado apresentar alto grau de dependência.

Em estudo norte americano, cuidadores com idade superior a 65 anos apresentaram mais problemas de ordem física e pior condição de saúde auto referida do que cuidadores mais jovens (ANDERSON *et al.*, 2013).

A meia idade e idade idosa dos cuidadores aqui observada relacionam-se ao parentesco com o idoso cuidado: a grande maioria eram filhos (63,3%), seguidos por cônjuges (18,3%). O parentesco em questão pode ser justificado pelo conceito culturalmente construído na sociedade brasileira de que é dos filhos e cônjuges a obrigação de cuidar dos familiares idosos (NERI, 2007).

Lopes e Cachioni (2013) argumentam que para os filhos, pode ser menos frustrante aceitar esse novo papel de cuidador que para um cônjuge. Entretanto, os cuidadores cônjuges tendem a apresentar pior qualidade de vida e maior nível de ansiedade se comparados a cuidadores filhos e a outros tipos de cuidadores (PEREIRA; CARVALHO, 2012).

A baixa escolaridade, referida pela maior parte dos cuidadores que compuseram a amostra do estudo (13,4% sem escolaridade, 30,8% com cinco a oito anos de estudo) poderia, na opinião de Pereira *et al.*, 2013, constituir um empecilho à sua compreensão acerca da situação do idoso cuidado. Na opinião dos autores, a escolaridade dos cuidadores pode influenciar na qualidade do cuidado ofertado, uma vez que são estes quem recebem as informações e orientações dos profissionais de saúde, bem como acompanham os idosos aos serviços assistenciais (PEREIRA *et al.*, 2013).

Quanto à ocupação, 70% dos cuidadores não exerciam qualquer atividade remunerada, e 54,2% não possuíam renda pessoal. Ressalta-se que a ausência de emprego e consequente ausência de renda do cuidador podem potencializar a experiência de sobrecarga financeira, uma vez que tais características impõem muitas restrições à aquisição de bens de consumo, inclusive para o idoso cuidado (SEIMA; LENARDT, 2011).

Em relação à saúde autodeclarada, prevaleceram os cuidadores que referiram saúde razoável (40%). Depreende-se que o papel de cuidador pode estar relacionado a uma pior percepção do estado de saúde, conforme resultados de estudo realizado nos Estados Unidos, a partir de inquérito telefônico, o qual verificou que cuidadores informais, ao serem comparados com não cuidadores, exibiram maiores chances de apresentar autopercepção de saúde regular ou ruim, bem como de se sentirem insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a

vida e de relatarem sofrimentos físico e mental mais frequentemente (ANDERSON *et al.*, 2013).

Porcentagem expressiva de cuidadores relatou ser portador de alguma patologia (52,5%). Essa característica também foi observada em investigação nacional conduzida por Seima e Lenardt (2011), a qual verificou que 62% dos cuidadores de idosos demenciados componentes da amostra estudada conviviam com algum tipo de doença, sendo as mais comuns a hipertensão arterial sistêmica e a depressão. Também em estudo finlandês, observou-se porcentagem expressiva de cuidadores de idosos demenciados acometidos por algum problema de saúde (35%) (RAVIO *et al.*, 2007).

Quando indagados sobre a frequência de atividades de lazer, sua total ausência foi referida por 58,3% dos cuidadores. Isto poderia estar relacionado à exigência de oferta ininterrupta de cuidados diários a idosos com alto grau de comprometimento funcional, o que, geralmente, impede a existência de pausas para descanso e lazer (GRATÃO *et al.*, 2012b).

Corroborando resultado de estudo nacional, o tempo na função foi, de maneira geral, longo para a maioria dos cuidadores (três a cinco anos: 31,6%; mais de dez anos: 29,2%) (SEIMA; LENARDT, 2011).

Apesar de pressupor maior experiência e segurança para realizar as atividades de cuidado, o tempo na função pode constituir aspecto desencadeador de conflitos emocionais e despersonalização, pois, com o passar do tempo, os cuidadores familiares tendem a esconder seus verdadeiros sentimentos em relação ao cuidado ofertado, por medo de magoar os parentes de quem cuidam (GE *et al.*, 2011).

O elevado tempo na função é ainda agravado pela falta de ajuda para o cuidado ao idoso, característica referida pela maioria dos cuidadores participantes (55,8%), porcentagem que foi semelhante à observada por Fialho *et al.*, 2009 em pesquisa desenvolvida com cuidadores de idosos demenciados (54%).

O fato de porcentagem mínima de cuidadores ter referido recepção de orientações para o cuidado ao idoso (15,8%) é indicativo de possível despreparo para cuidar, bem como de sobrecarga relacionada a esse despreparo para o papel desempenhado (STACKFLETH *et al.*, 2012). Ademais, isto denota que o público de cuidadores informais de idosos dependentes é, muitas vezes, negligenciado pelos serviços de saúde, sendo necessário que os profissionais da área incorporem, de maneira efetiva, a atenção a esses sujeitos como parte da assistência prestada a idosos dependentes, prestando-lhes todas as orientações necessárias (GRATÃO *et al.*, 2012b).

Gratão *et al.* (2013) mencionam o relevante papel da Enfermagem na educação em saúde e apoio ao cuidador, cabendo-lhe o fornecimento de orientações acerca da melhor forma de cuidar do idoso com déficits na capacidade funcional, dentre as quais: posicionamento no leito, banho, alimentação, transferência.

As autoras afirmam ainda que:

[...] o cuidador e a família devem ser preparados por meio de aconselhamentos e psicoeducação para os sentimentos de culpa, frustração, raiva, tristeza, depressão e outros sentimentos que acompanham a responsabilidade de cuidar de um familiar enfermo no domicílio (GRATÃO *et al.*, 2013, p. 143).

Quanto aos idosos destinatários dos cuidados informais ofertados, estes, de forma geral, exibiram perfil semelhante ao relatado em outras investigações: maioria de mulheres (70%), na quarta idade (entre 80 e 89 anos) (45,7%), com renda de um salário mínimo (85%), oriunda de aposentadoria (67,5%) (CASSIS *et al.*, 2007; GARRIDO; MENEZES, 2004; GRATÃO *et al.*, 2012b; OLIVEIRA *et al.*, 2011; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Concernente à independência dos idosos na realização das AVD, embora, neste estudo, tenha sido critério de inclusão do cuidador na amostra que o idoso cuidado fosse dependente em uma ABVD ou duas AIVD (GIVEN *et al.*, 1992), os resultados deste estudo revelaram nível elevado de dependência. A maioria dos idosos (87,5%) obteve entre nove e 12 pontos à administração da Escala de Lawton e Brody, pontuação mínima do instrumento, indicativa de dependência importante (BRASIL, 2006a).

À aplicação do Índice de Katz, 80% dos idosos eram dependentes em pelo menos uma ABVD. Ressalta-se ainda a porcentagem de 26,7% classificados como dependentes em todas as ABVD, revelando alta dependência, tendo em vista que as ABVD são as últimas a serem comprometidas pelo envelhecimento ou agravos à saúde (GRATÃO *et al.* 2013; ROSA *et al.*, 2003).

A grande dependência de cuidados do idoso, especialmente em relação às ABVD, traduz uma situação potencialmente desgastante para o cuidador familiar, que, muitas vezes, cuida ininterruptamente, já que seu apoio é necessário inclusive para as atividades de autocuidado do idoso. A sobrecarga de quem cuida está intrinsecamente associada à capacidade funcional do idoso, e tende a aumentar proporcionalmente conforme o grau de dependência do receptor dos cuidados (FERNANDES; GARCIA, 2009b; GRATÃO *et al.* 2013).

Pereira *et al.* (2013) destacam ainda que a incapacidade de realizar certas AVD geram desconforto e impaciência no idoso cuidado, o que afeta sobremaneira o cuidador, gerando ansiedade e nervosismo, que repercutem em sensação de cansaço e experiência de sobrecarga.

Ademais, é oportuno destacar que, semelhante ao ocorrido em estudo empreendido por Oliveira *et al.* (2011), os cuidadores familiares de idosos que compuseram a amostra da presente investigação revelaram, por ocasião da coleta de dados, notável necessidade de expressar sua realidade cotidiana, manifestando claramente suas dificuldades no desempenho da função. As falas dos cuidadores pareciam traduzir sua percepção de que o papel desempenhado trazia repercussões negativas sobre suas vidas, soando, muitas vezes, como um pedido de ajuda.

6.2.2 Validade da versão brasileira do CRA

Concernente à análise da validade de conteúdo da versão brasileira do *CRA*, pode-se afirmar que a instituição de um conjunto de características específicas, correspondentes aos requisitos para definição de *expertise* recomendados por Jasper (1994), foi conduta facilitadora dos procedimentos de identificação e captação dos peritos avaliadores, cuja dificuldade tem sido recorrente em estudos de validação de conteúdo de tecnologias em saúde (CAVALCANTE, 2011; GUEDES, 2011; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Ressalta-se, todavia, que não obstante onze profissionais, com distintas formações, tenham sido identificados e convidados, apenas cinco, todos da área de Enfermagem, compuseram o grupo avaliador do conteúdo do *CRA* (versão brasileira), denotando dificuldade de adesão dos especialistas à colaboração na avaliação proposta.

Lopes, Silva e Araújo (2013), ao se reportarem ao problema da não participação de peritos em investigações de validação de diagnósticos de Enfermagem, mencionam que esta dificuldade deve-se, provavelmente, ao fato de que “pessoas com a *expertise* necessária estão, em geral, comprometidas com muitos outros compromissos, uma vez que este é um universo limitado por indicadores de qualidade acadêmica e assistencial” (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013, p.650).

Quanto ao perfil profissional revelado pelo grupo de profissionais avaliadores da validade de conteúdo da versão brasileira do *CRA*, cabe destacar que 80% dos peritos apresentaram a característica comum de autoria em artigos científicos na área de Saúde do Idoso/Gerontologia, publicados em periódicos classificados pela CAPES. Isto permite

constatar sua habilidade em estudos com temáticas na área à qual pertence o construto abordado pelo instrumento avaliado, além de ser indicativo de que além de serem detentores de conhecimentos, também produzem novos conhecimentos, aludindo a um relevante parâmetro da qualidade de seu perfil profissional.

Em relação à avaliação realizada pelos especialistas, evidenciou-se que a maioria dos itens do *CRA* (versão brasileira) (91,6%) mostrou conteúdo adequado à estimativa da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes brasileiros, obtendo entre 80% e 100% de concordância do grupo de avaliadores quanto aos três critérios avaliados (clareza e compreensão, pertinência ao construto sobrecarga do cuidador informal de idoso dependente e relevância no instrumento).

Pasquali (1998) refere que é necessária uma concordância mínima de 80% entre os juízes para confirmar a adequação do conteúdo de determinado item ao conceito avaliado pelo instrumento que o contém.

Por conseguinte, esse pressuposto poderia sugerir a exclusão, na versão brasileira do *CRA*, dos dois itens que obtiveram porcentagem de concordância de 60% em algum dos quesitos avaliados (itens 8 e 12). Entretanto, estes itens exibiram IVC individuais (I-CVI) de 0,80, indicativo de que apresentaram conteúdo válido, assim como todos os demais itens do instrumento, cujos valores de I-CVI variaram entre 0,80 e 1,00 (NORWOOD, 2000).

Ademais, o IVC obtido a partir dos três cálculos matemáticos propostos por Polit e Beck (2006) resultou em valor que permite assegurar uma validade de conteúdo satisfatória da versão brasileira do *CRA* para a avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes (0,883).

No tocante à avaliação da validade de construto do instrumento, pode-se afirmar que a realização de análise fatorial exploratória mostrou-se pertinente e conveniente, uma vez que permitiu a replicação e comparação de método empregado tanto na validação da versão original do instrumento (GIVEN *et al.*, 1992), quanto em demais estudos de validação do mesmo (GE *et al.*, 2011; GROV *et al.*, 2006; MALHOTRA *et al.*, 2012; MISAWA *et al.*, 2009; NIJBOER *et al.*, 1999; PEREIRA; SOARES, 2011; PERSSON *et al.*, 2008; STEPHAN *et al.*, 2013; YANG *et al.*, 2013).

Outrossim, a análise fatorial consiste em procedimento relevante na validação de instrumentos de mensuração quantitativos. Sobre isso, Borsa, Damásio e Bandeira (2012, p.428) destacam que:

O primeiro passo para a validação de um instrumento refere-se à avaliação de sua estrutura fatorial. Em geral, os instrumentos são construídos para mensurar construtos que, mesmo sendo latentes (isto é, não observáveis), devem apresentar uma estrutura relativamente organizada.

Na condução da análise fatorial exploratória do *CRA* (versão brasileira), as medidas de adequação da base de dados foram satisfatórias (KMO= 0,820; teste de esfericidade de Bartlett's estatisticamente significativa, com $p < 0,000$), confirmando que a análise empreendida foi apropriada (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

Embora o critério de Kaiser (*eigenvalue* maior que um), tenha sugerido a extração de seis fatores, optou-se pela extração de apenas cinco, assim como na versão original do instrumento (GIVEN *et al.*, 1992). Costello e Osborne (2005) destacam que o critério de Kaiser normalmente tende a reter muitos fatores. A decisão pelo número de cinco fundamentou-se no diagrama de declividade revelado pelo *scree test* (CATTELL, 1966), cuja interpretação indicou que apenas esse número de fatores incrementou significativamente a variabilidade total dos dados (FERREIRA; ALCÂNTARA; FREITAS, 2013). Ademais, outros pressupostos teóricos apoiaram a decisão em questão (FIELD, 2009; STEVENS, 1986; FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010; ORIÁ, 2008).

Os cinco fatores explicaram 59,83% da variância dos dados, com autovalores entre 1,25 e 6,31. Com a inclusão do sexto fator (*eigenvalue* 1,01), a porcentagem de variância explicada acumulada resultaria em 64%. Sobre a quantidade de variância acumulada satisfatória à fundamentação sobre o número de fatores a extrair, Malhotra (2001) aconselha o patamar de 60%. Hair Junior *et al.* (2005), por sua vez, referem que a porcentagem de 50% é mais comumente utilizada, sendo, portanto, suficiente para adoção como ponto de corte. Isto permite afirmar que a variância acumulada explicada pelos cinco fatores foi satisfatória.

Deste modo, as cinco dimensões da versão original do *CRA* foram confirmadas na versão brasileira do instrumento (GIVEN *et al.*, 1992).

Analogamente à presente investigação, na análise fatorial exploratória do estudo de validação da versão alemã do *CRA*, o critério de Kaiser também sugeriu seis fatores, enquanto o *scree test* (CATTELL, 1966) indicou a extração de apenas cinco, responsáveis pela explicação de 56,2% da variância total dos dados (STEPHAN *et al.*, 2013). O diagrama de declividade resultante do teste no estudo em questão foi muito semelhante ao obtido para a presente investigação (STEPHAN *et al.*, 2013, p.1625), e também fundamentou a opção pela solução com cinco fatores. Os autores descartaram o sexto fator atribuindo-o ao acaso. Este

apresentava *eigenvalue* 1,00, número bem próximo ao encontrado para o mesmo fator na presente investigação (1,01) (STEPHAN *et al.*, 2013).

A rotação dos fatores pelo método ortogonal *varimax* proporcionou uma estrutura fatorial simples, facilitando sobremaneira a interpretação dos resultados obtidos para os itens do *CRA* (versão brasileira), uma vez que este tipo de rotação apresenta a característica de fornecer as cargas das variáveis por fatores, excluindo cargas intermediárias, o que permitiu perceber nitidamente em que fator a carga de determinada variável foi mais elevada (RIBAS; VIEIRA, 2011).

Câmara (2009) destaca que em investigações das áreas de Psiquiatria e Psicologia, costuma-se considerar significantes cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,40. Hair Junior *et al.* (2005), por sua vez, ao abordarem a interpretação de cargas fatoriais, propõem que em uma abordagem de significância prática, os valores maiores que $\pm 0,30$ atingem o nível mínimo aceitável. Os mesmos autores propõem ainda um cálculo matemático, baseado no conceito de poder estatístico e no tamanho amostral, para a interpretação de cargas fatoriais a partir de um segundo tipo de abordagem, a de significância estatística.

A matriz de correlações para a solução com cinco fatores rotados ortogonalmente na análise fatorial exploratória da versão brasileira do *CRA* mostrou, conforme interpretação dos autores citados, que as cargas fatoriais de todos os itens do instrumento ultrapassaram o nível mínimo concernente à significância prática, uma vez que seus valores variaram de 0,495 a 0,809 (HAIR JUNIOR *et al.*, 2005).

Considerando a interpretação das cargas fatoriais em uma abordagem de significância estatística, o cálculo proposto por Hair Junior *et al.* (2005) aponta que para o tamanho amostral empregado no presente estudo (120), o valor mínimo para que uma carga fatorial seja considerada significativa é de 0,50. Destarte, sob esse ponto de vista, excetuando-se o item 10, todos os demais itens da versão brasileira do *CRA* obtiveram cargas fatoriais estatisticamente significantes. Todavia, cabe destacar que a diferença do valor alcançado pelo item em relação ao valor mínimo de significância estatística foi mínima (carga fatorial item 10= 0,495, diferença= 0,005).

É válido ressaltar ainda o friso dos autores citados de que suas orientações para a abordagem de significância estatística na interpretação das cargas fatoriais são demasiadamente exigentes. Estes recomendam que “essas orientações devem ser usadas como ponto de partida na interpretação de cargas fatoriais, sendo as cargas menores consideradas significantes e acrescentadas à interpretação baseada em outras considerações” (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2005, p.107).

É possível afirmar que a estrutura fatorial identificada para a versão brasileira do *CRA* mostrou-se coerente, uma vez que evidenciou a adequabilidade dos itens do instrumento na representação da dimensão latente avaliada (SANTOS *et al.*, 2012).

Ressalta-se que a solução com cinco fatores revelou que os itens da ferramenta, de maneira geral, exibiram conformidade com sua versão original. Houve divergência apenas para o item 5 (“Desde que comecei a cuidar do (a) ____, pareço estar cansado o tempo todo”), originalmente pertencente à subescala saúde física, mas que não saturou nesta dimensão, apresentando carga fatorial máxima na subescala programação das atividades diárias.

Achados semelhantes para o mesmo item foram observados nos estudos de validação chinesa, coreana e alemã do *CRA* (GE *et al.*, 2011; YANG *et al.*, 2013; STEPHAN *et al.*, 2013). Neste último, desenvolvido junto a cuidadores de idosos demenciados, o item 5 saturou em ambas as dimensões citadas, porém com maior carga fatorial também na subescala programação das atividades diárias (0,59 contra 0,44 na subescala saúde física) (STEPHAN *et al.*, 2013).

Ressalta-se que na análise fatorial exploratória da investigação de construção e validação da versão original do *CRA*, o item 5 apresentou cargas fatoriais consideráveis tanto na subescala saúde física quanto na subescala programação das atividades diárias (GIVEN *et al.*, 1992). Isto reflete uma possível sobreposição entre as duas subescalas, indicando que podem não ser completamente distintas uma da outra em relação à avaliação do construto investigado pelo instrumento.

Stephan *et al.* (2013), tendo em vista a semelhança de seus resultados quanto ao item 5 do instrumento com os de Given *et al.* (1992), por ocasião da validação inicial do *CRA*, optaram, na validação alemã, por não remanejar o item em questão para outra subescala. No caso da versão brasileira do *CRA*, entretanto, esta modificação foi necessária, uma vez que, diferentemente do estudo alemão e da validação inicial do instrumento, o item não apresentou carga fatorial satisfatória na subescala saúde física, motivo pelo qual necessitou ser realocado na subescala programação das atividades diárias.

Ademais, considerando-se o conteúdo do item e a perspectiva teórica subjacente às dimensões correlatas ao construto sobrecarga do cuidador, mensurado pelo instrumento *CRA*, é possível afirmar que o item 5 (“Desde que comecei a cuidar do (a) ____, pareço estar cansado o tempo todo”) é adequado e pertinente à avaliação do impacto de cuidar de um idoso dependente sobre a programação das atividades cotidianas de seu cuidador informal principal. O cansaço inerente à função desempenhada pode interferir na rotina, afetando negativamente a vida pessoal do cuidador, e limitando, por exemplo, sua participação em atividades sociais

de seu interesse. Destarte, depreende-se que a realocação do item 5, na versão brasileira do *CRA*, pode ser considerada adequada.

Avaliar as comunalidades apresentadas pelos itens da versão brasileira do *CRA*, após obtenção da matriz de correlações, foi aspecto relevante da análise multivariada empreendida, uma vez que estas expressam quanto da variância de cada variável é explicada pela análise fatorial (CÂMARA, 2009).

Comumente, o valor mínimo aceitável para a comunalidade é 0,50. Assim, em uma perspectiva de interpretação mais severa, seria recomendado excluir dois itens do *CRA* (versão brasileira), por apresentarem comunalidades ligeiramente abaixo de 0,50 (itens 3 e 4), e realizar novamente a análise fatorial. Contudo, dependendo dos propósitos da investigação, é possível adotar uma postura menos conservadora na interpretação desses valores (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

Por conseguinte, optou-se por reter os dois itens anteriormente citados, mantendo a estrutura fatorial obtida. Ponderou-se que sua exclusão para realização de nova análise fatorial, com outra solução para extração de fatores, seria uma conduta precipitada e impertinente, pois:

- a maioria dos itens (22) apresentou comunalidades satisfatórias, e os dois itens que não atingiram comunalidades maiores que 0,50 mostraram números muito próximos desse valor crítico (item 3= 0,453; item 4= 0,497);

- pelo fato desta investigação consistir em uma adaptação transcultural, essa divergência mínima de valores não seria suficiente para justificar modificações na estrutura fatorial alcançada, que foi semelhante à da versão original do *CRA*, bem como de versões do instrumento validadas para uso em outros países (GE *et al.*, 2011; GIVEN *et al.*, 1992; NIJBOER, C. *et al.*, 1999; PERSSON *et al.*, 2008; STEPHAN *et al.*, 2013; YANG *et al.*, 2013).

Quanto à análise da validade de construto da versão brasileira do *CRA* por comparação de grupos contrastados, os resultados obtidos através da testagem de hipóteses permitiram atestar que o instrumento é válido, uma vez que as duas hipóteses avaliadas foram confirmadas.

Em relação à primeira hipótese testada, houve notável diferença entre os grupos de cuidadores de idosos demenciados e de cuidadores de idosos sem demência no que concerne às médias de escores para o instrumento (escala total: 91,9 e 81,8, respectivamente, com $p= 0,001$), indicando que esse tipo de patologia influencia negativamente a experiência de sobrecarga em cuidadores informais de idosos dependentes.

De acordo com a CID-10, o diagnóstico médico de demência é definido pela presença de declínio de memória e de outras funções corticais, associadas ao comprometimento no desempenho das AVD do indivíduo (OMS, 2003).

A definição em questão, bem como a própria natureza crônico-degenerativa das demências, denotam a importância de um cuidador para a pessoa diagnosticada. Marim *et al.* (2013) apontam que com o declínio funcional consequente à evolução do quadro, os cuidadores familiares são obrigados a realizar muitas funções que antes eram assumidas pela própria pessoa cuidada.

Isto é também reforçado por Lopes e Cachioni (2013), quando destacam que o cuidador de um idoso demenciado se envolve na totalidade dos aspectos do cuidado, assumindo encargos adicionais de forma ascendente, segundo a progressão da síndrome.

Ademais, os sintomas psicológicos e comportamentais, tais como depressão, agitação, agressividade, irritabilidade, ansiedade e alterações do sono, impactam significativamente a evolução clínica da patologia, funcionando como potenciais geradores de sofrimento para o cuidador (CARAMELLI; BOTTINO, 2007).

Em estudo brasileiro desenvolvido junto a cuidadores familiares de idosos com demência, os sintomas neuropsiquiátricos foram os principais preditores de sobrecarga do cuidador (GARRIDO; MENEZES, 2004).

Lopes e Cachioni (2013) enfatizam que a oferta ininterrupta de cuidados ao idoso e a dificuldade em lidar com os sintomas manifestos, conjuntamente às experiências emocionais anteriores à ocorrência da síndrome em questão, acarretam deterioração física, mental e emocional no cuidador informal.

Em investigação acerca da sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com demência brasileiros, Truzzi *et al.* (2012) encontraram prevalência de exaustão emocional de 42,1% e de despersonalização de 22,8% na amostra estudada.

Em decorrência das manifestações desta síndrome no idoso cuidado, a prevalência de sobrecarga entre cuidadores familiares de idosos demenciados tende a ser notadamente mais elevada (72,2%) (SEIMA; LENARDT, 2011) que entre cuidadores de idosos com dependências de outra natureza (8%) (STACKFLETH *et al.*, 2012).

É possível afirmar, portanto, que ao se mostrar sensível à captação desta diferença entre os grupos de cuidadores avaliados, o instrumento *CRA* (versão brasileira) mostrou-se adequado à avaliação de sua sobrecarga.

Em relação à segunda hipótese testada na comparação de grupos contrastados, também foi observada diferença na média de escores obtida entre os cuidadores que referiram

frequentar alguma rede social de apoio e os que o negaram (escala total: 82,0 e 86,9, respectivamente, com $p= 0,019$), denotando que esse tipo de participação apresenta efeitos positivos em relação à sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes.

Gratão *et al.* (2013) afirmam que os grupos de suporte social são relevantes nos mecanismos de enfrentamento dos cuidadores, contribuindo para a redução de sua sobrecarga.

Esta relevância pode estar relacionada à superação de sentimentos de solidão e isolamento social, que são comumente experimentados por cuidadores familiares de idosos dependentes (POLARO *et al.*, 2013).

Para Manoel *et al.* (2013), os cuidadores informais têm a necessidade de sentirem-se apoiados, valorizados e reconhecidos pelo trabalho que desempenham. Tendo em vista que as redes sociais de apoio podem atender a esta demanda do cuidador de idoso dependente, isto também poderia justificar seus benefícios na redução da sobrecarga.

Em contrapartida, a não participação em redes sociais de apoio, que caracteriza uma forma de exclusão social do cuidador, relaciona-se à experiência de maior sobrecarga emocional e social (SEIMA; LENARDT, 2011). Vivenciar esses tipos de sobrecarga pode inclusive resultar em problemas como depressão, angústia, medo, tensão e frustração (ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009).

Ao demonstrar a sensibilidade de detecção das diferenças entre o grupo de cuidadores que conta com suporte social e o de cuidadores que não tem esse tipo de participação, conferindo-lhes diferentes médias de escores, o *CRA* (versão brasileira) revelou-se um instrumento válido no que concerne ao construto que se propõe a avaliar.

Destarte, os resultados obtidos para as duas hipóteses testadas por comparação de grupos contrastados denotaram a validade da versão brasileira do *CRA* na avaliação da sobrecarga de cuidadores de idosos dependentes. O instrumento, comprovadamente, classificou distintamente a sobrecarga de cuidadores que apresentavam perfis distintos. Adicionalmente, com a análise empreendida, atestou-se a adequabilidade do emprego da escala total do instrumento, como um somatório de escores de suas cinco dimensões.

6.2.3 Confiabilidade

Na versão original do *CRA*, a avaliação dos resultados de sua aplicação dá-se através da análise, em separado, de suas cinco subescalas componentes, de forma que a soma de escores obtidos para cada uma reflete a situação do cuidador em relação às dimensões específicas que estas avaliam (GIVEN *et al.*, 1992).

No estudo norueguês de validação do instrumento, realizado junto a pacientes oncológicos, Grov *et al.* (2006) adicionaram uma escala total em sua análise, correspondente à soma das subescalas do instrumento, sem qualquer prejuízo do conceito teórico subjacente. Os autores o fizeram por acreditar que seria adequado dispor de uma avaliação da situação total de sobrecarga do cuidador.

Concordando com os autores, e acreditando-se que um escore global da condição de sobrecarga pode facilitar a avaliação dos cuidadores informais de idosos dependentes, fornecendo subsídios para a elaboração de intervenções gerais voltadas a essa clientela, optou-se pela análise da confiabilidade tanto das subescalas individuais quanto da escala total (24 itens) da versão brasileira do *CRA*.

A consistência interna do instrumento, aferida pelo cálculo do alfa de Cronbach, mostrou-se satisfatória. Os valores do coeficiente para as cinco subescalas variaram entre 0,60 (subescala questões financeiras) e 0,84 (subescala suporte familiar).

Na versão original, os valores de alfa variaram de 0,80 (subescala saúde física) a 0,90 (subescala autoestima) (GIVEN *et al.*, 1992). No estudo de validação da versão alemã do *CRA*, administrada junto a público semelhante ao deste estudo (cuidadores de idosos demenciados), o coeficiente variou entre 0,67 (subescala questões financeiras) e 0,78 (subescalas programação das atividades diárias e saúde física) (STEPHAN *et al.*, 2013).

A versão portuguesa do instrumento, aplicada com cuidadores de dependentes químicos, variou entre 0,64 (subescala saúde física) e 0,95 (subescala autoestima) (PEREIRA; SOARES, 2011). Na versão japonesa, validada junto a cuidadores de pacientes com câncer em estágio avançado, os valores de alfa variaram entre 0,73 (subescala saúde física) e 0,89 (subescala programação das atividades diárias) (MISAWA *et al.*, 2009). Na versão chinesa do *CRA*, também validada com cuidadores de pacientes oncológicos, o alfa de Cronbach variou entre 0,65 (subescala saúde física) e 0,77 (subescala suporte familiar) (GE *et al.*, 2011).

A versão sueca, por sua vez, administrada a cuidadores de pessoas com câncer, demência ou deficiência física, mostrou valores de alfa entre 0,76 (subescala suporte familiar) e 0,86 (subescala saúde física) (PERSSON *et al.*, 2008). Na versão coreana do *CRA*, o alfa variou de 0,68 (subescala autoestima) a 0,79 (subescala saúde física), ao ser aplicado junto a cuidadores de pessoas com câncer (YANG *et al.*, 2013). A versão holandesa apresentou valores do coeficiente variando entre 0,62 (subescala suporte familiar) e 0,83 (subescala questões financeiras) (NIJBOER *et al.*, 1999). Por fim, na versão norueguesa, administrada a cuidadores de pacientes com câncer em tratamento paliativo, internados no domicílio, o valor de alfa para as subescalas variou entre 0,57 e 0,85 (GROV *et al.*, 2006).

Para a escala total, o valor do alfa de Cronbach da versão brasileira do *CRA* foi de 0,79, superior ao valor encontrado no estudo de validação norueguesa, no qual também se avaliou a consistência interna da escala total (0,74) (GROV *et al.*, 2006).

Embora alguns autores refiram que o valor mínimo aceitável do alfa de Cronbach seja 0,70 (NUNNALLY, 1978; KAPLAN; SACUZZO, 1982), em cenários de investigação das ciências sociais, o valor de 0,60 é considerado aceitável (DEVELLIS, 1991).

Ademais, Bowling (2005) menciona que o ponto de corte de 0,60 é adequado para instrumentos constituídos de poucos itens. Assim, embora a subescala questões financeiras, na versão brasileira do *CRA*, tenha apresentado o menor valor de alfa observado (0,60), número inferior ao encontrado na versão original do instrumento (0,81), esta pode ser referida como confiável, uma vez que avalia uma dimensão social da vida do cuidador (finanças) (DEVELLIS, 1991), e é composta por apenas três itens (BOWLING, 2005).

No estudo de validação alemã do *CRA*, junto a cuidadores de idosos com Alzheimer, a consistência interna da subescala questões financeiras teve comportamento semelhante ao da presente investigação, já que mostrou o menor valor de alfa de Cronbach observado entre as cinco subescalas: 0,67, número próximo ao da versão brasileira, aqui avaliada (STEPHAN *et al.*, 2013).

Quanto ao comportamento dos itens individuais em relação à sua contribuição para a consistência interna do instrumento, aspecto relevante na análise do alfa de Cronbach, observou-se pequena variação nos valores do coeficiente à supressão de cada item (0,77 a 0,81). Isto reforça a confirmação de que a versão brasileira do *CRA* é um instrumento confiável, posto que sugere que seus itens individuais são congruentes ou complementares, revelando que estão medindo a mesma característica (VICTOR, 2007).

Finalmente, outro indicativo da fidedignidade da versão brasileira do *CRA* refere-se aos resultados do teste T^2 de Hotelling ($F= 19,863$, com $p= 0,000$), que comprovaram a não ocorrência de aglutinação de respostas ao instrumento em uma única categoria.

7 CONCLUSÕES

Ao final desta investigação que propôs a realização da adaptação transcultural e validação do instrumento *CRA* para a avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes brasileiros, foi possível verificar que:

- O referencial metodológico de Beaton *et al.* (2007), adotado neste estudo, mostrou-se satisfatório, à medida que garantiu a obtenção de um instrumento que, após adaptado à cultura brasileira, mostrou-se semanticamente, idiomáticamente, experimentalmente e conceitualmente equivalente à versão original, o que permite depreender sua credibilidade e consistência;

- A versão brasileira do instrumento *CRA* mostrou aplicação rápida (aproximadamente dez minutos) e simples, revelando-se de fácil compreensão pelo público-alvo;

- A caracterização da amostra de cuidadores informais de idosos que foi empregada para a análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do *CRA* (n=120) revelou maioria do sexo feminino (90,8%), com idade entre 38 e 59 anos (69,2%), com baixa escolaridade (41,7% até quatro anos de estudo), casados (as) ou em união consensual (51,7%), sem qualquer atividade remunerada (70%) e sem renda pessoal (54,2%), na maioria filhos dos idosos cuidados (63,3%), residindo na mesma casa que estes (88,3%), assumindo a função de cuidador pelo período de três a cinco anos (31,6%), sem ajuda para cuidar (55,8%), sem ajuda financeira (69,2%), referindo não ter recebido orientações para o cuidado (84,2%), autodeclarando saúde razoável (40%), portando doença (s) (52,5%), que nunca têm atividades de lazer (58,3%), não contam com redes sociais de apoio (51,7%), e não praticam exercícios físicos regularmente (86,7%). Quanto aos idosos cuidados, a maioria eram mulheres (70%), na faixa etária acima de 80 anos (60,8%), com renda pessoal mensal de um salário mínimo (85%), proveniente de aposentadoria (67,5%), dependentes na realização de pelo menos uma ABVD (80%), e com alta dependência na realização das AIVD (87,5%);

- O IVC obtido para o instrumento adaptado (0,883), de acordo com o julgamento de profissionais peritos na área de saúde do idoso, fornecem indícios da validade de seu conteúdo para a avaliação da sobrecarga de cuidadores familiares de idosos brasileiros;

- Através da análise fatorial exploratória, conforme apoiado pelo *scree test*, bem como por outros pressupostos teóricos, as cinco dimensões (subescalas) da versão original do *CRA* foram confirmadas na versão brasileira do instrumento. O comportamento dos itens foi semelhante, com exceção do item 5 (“Desde que comecei a cuidar do (a) ____, pareço estar

cansado o tempo todo”), analogamente ao observado na validação da versão alemã do *CRA*. Originalmente pertencente à subescala saúde física, na versão brasileira, o item foi realocado na subescala programação das atividades diárias, onde saturou com carga fatorial máxima;

- A comparação de grupos contrastados demonstrou que as duas hipóteses testadas no estudo foram confirmadas: cuidadores informais de idosos demenciados apresentaram maior média de escores para a escala total, indicativo de sobrecarga mais elevada ($p=0,000$); cuidadores que referiram frequentar alguma rede social de apoio apresentaram menor média de escores para a escala total, denotando sobrecarga menos elevada ($p=0,019$);

- A confiabilidade da versão brasileira do *CRA*, avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach, revelou um instrumento com boa consistência interna, tanto para a escala total (0,79) quanto para as cinco subescalas (alfa de 0,60 a 0,84), com o menor valor obtido para a subescala questões financeiras. À avaliação dos valores de alfa para a escala total com os itens deletados, verificou-se complementariedade dos itens, que sofreram pouca variação. O teste T^2 de Hotteling ($F= 19,863$, com $p= 0,000$) constatou diferenças de médias entre os itens, o que nega a aglutinação de respostas em categoria única, corroborando que o *CRA* (versão brasileira) é um instrumento confiável;

- As evidências obtidas para a validade de construto da versão brasileira do *CRA* apresentaram-se satisfatórias e consistentes com os demais estudos envolvendo a escala no cenário internacional;

- Além de avaliar quais dimensões da sobrecarga afetam a vida do cuidador informal de idoso dependente, o instrumento *CRA* adaptado ao contexto cultural brasileiro comprovou ser confiável e válido também para avaliar a situação geral de sobrecarga experienciada por esses sujeitos. Isto sugere a viabilidade do instrumento também para o rastreio de cuidadores informais que apresentam maiores chances de experimentar efeitos deletérios de sobrecarga, auxiliando na proposição de intervenções individualizadas e potencialmente mais efetivas.

Destarte, frente ao exposto, conclui-se que o processo de adaptação transcultural do *CRA* para uso no Brasil, conduzido com rigor e seriedade, resultou em instrumento com propriedades psicométricas adequadas, comprovadamente válido, confiável e capaz de avaliar satisfatoriamente a sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes brasileiros, de rápida aplicação, cujo emprego pode ser recomendado tanto na prática clínica, por profissionais que prestam assistência a idosos dependentes e a seus familiares cuidadores, quanto em pesquisas, contribuindo para a expansão da produção científica voltada à investigação do público de cuidadores informais de idosos dependentes.

8 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

A adaptação transcultural do instrumento *CRA* para o contexto brasileiro contemplou adequadamente todas as etapas propostas pelo referencial metodológico adotado para o processo, o que permite certificar a qualidade da adaptação realizada.

No contexto da finalização de tal processo, cabe ressaltar que a submissão da versão final brasileira do instrumento aos autores da versão original consistiu em conduta notadamente relevante, uma vez que, confirmou a equivalência da ferramenta para o novo contexto cultural, a partir da opinião dos responsáveis pelo desenvolvimento da versão primária, assegurando que o processo empreendido foi bem conduzido, porquanto o instrumento resultante preservou o mesmo sentido de sua versão original.

Por conseguinte, sugere-se a execução de tal conduta em futuras pesquisas destinadas a adaptar ferramentas de mensuração para outras culturas, adicionalmente à efetivação do processo de adaptação transcultural.

Sobre a análise das propriedades psicométricas do instrumento *CRA* adaptado para o contexto cultural brasileiro, esta foi empreendida com austeridade, a partir do emprego de testes estatísticos internacionalmente recomendados para a avaliação de instrumentos de medição, fornecendo resultados que permitem assegurar sua confiabilidade e validade para estimar a sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes brasileiros.

É oportuno, entretanto, salientar algumas limitações e recomendações para futuras investigações:

- Algumas medidas de propriedades psicométricas da versão brasileira do *CRA* não foram avaliadas neste estudo. Por conseguinte, recomenda-se que em pesquisas futuras, sejam realizadas investigações adicionais, especialmente no que concerne à estabilidade e validade concorrente do instrumento;

- Em campo, priorizou-se que a versão brasileira do *CRA* fosse autoadministrada, conforme sua aplicação pelos autores da versão original. Entretanto, grande parte da amostra estudada apresentava baixa escolaridade, tornando necessária a leitura do instrumento para muitos cuidadores. Consequentemente, isto resultou em situação de aplicação mista. Assim, tendo em vista que a forma de administração de um instrumento de mensuração influencia suas propriedades psicométricas, recomenda-se que, em outros estudos, sejam avaliadas a confiabilidade e validade do *CRA* (versão brasileira) aplicado diretamente pelo pesquisador, sob a forma de entrevista ao cuidador, visando esclarecer melhor o comportamento do instrumento nessa situação específica de aplicação;

- Embora a forma de acesso aos cuidadores informais de idosos que integraram a amostra deste estudo (visitas domiciliares) tenha apresentado desvantagens, tais como maior dispêndio de tempo na coleta de dados e risco de violência, nas áreas socialmente mais vulneráveis, esta também aduziu as vantagens de: permitir contato mais próximo dos pesquisadores com os sujeitos-alvo, proporcionando uma atmosfera de cordialidade, relevante para a redução do viés do conjunto de respostas; possibilitar conhecer mais intimamente o cenário de vida do cuidador informal de idoso dependente;

- O emprego do *CRA* (versão brasileira) mostra-se viável por parte dos profissionais de saúde das diversas categorias que prestam assistência a idosos dependentes que possuem cuidador familiar. Todavia, considerando-se que sua validação inicial ocorreu no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), é prudente que, em situações distintas de aplicação do instrumento, como por exemplo, no contexto ambulatorial, suas características psicométricas sejam novamente analisadas.

Ademais, frente à credibilidade da adaptação transcultural do *CRA* (versão brasileira), pressuposta pelo rigor com que o processo foi realizado, recomenda-se que o instrumento tenha suas propriedades psicométricas analisadas a partir de aplicações a amostras diversas de cuidadores informais que ofertam cuidados a idosos com condições incapacitantes cada vez mais prevalentes em nosso país, tais como: cuidadores de idosos com sequelas de Acidente Vascular Encefálico, cuidadores de idosos com demência de Alzheimer, cuidadores de idosos acamados secundariamente a fratura de colo do fêmur, cuidadores de idosos acometidos pela síndrome de fragilidade, cuidadores de idosos com câncer na fase paliativa da doença, dentre outros. Isto permitiria que o instrumento fosse seguramente utilizado na prática clínica nessas situações específicas, beneficiando tais públicos de cuidadores, ao fornecer uma estimativa fidedigna do impacto do cuidado ofertado, facilitando assim a implementação de intervenções profissionais efetivas de redução de sobrecarga e de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ACTON, G.J.; KANG, J. Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. **Res. Nurs. Health**, v.24, p.349-360, 2001.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011.

ALEXANDRE, N. M. C.; GALLASCH, C. H.; LIMA, M. H. M.; RODRIGUES, R. C. M. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.15, n.3, p.802-9, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.20776>. Acesso em: 27 fev. 2014.

ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados em salud ocupacional. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.11, n.2, p.109-111, 2002.

ALMEIDA, K. S.; LEITE, M, T.; HILDEBRANDT, L. M. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 2, p. 403-12, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf>> . Acesso em: 21 nov. 2013.

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 884-889, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a13.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2012.

ANDERSON, L. A.; EDWARDS, V. J.; PEARSON, W. S.; TALLEY, R. C.; MCGUIRE, L. C.; ANDRESSEN, E. M. Adults caregivers in the United States: characteristics and differences in well-being by caregiver age and caregiving status. **Prev Chronic Disease.**, v.10, 2013.

ANDRADE, F. **O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal**. 2009. 344 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - Universidade do Minho, Braga, 2009.

ARROJO, R. (org.) **O signo desconstruído: implicações para a tradução, a leitura e o ensino**. Campinas, SP: Pontes, 1992.

ASSUNÇÃO, F. F. O. **Body Image Quality of Life Inventory- BIQLI: adaptação para o português e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras**. 2011. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

BANDEIRA, M.; CALVAZARA, M.G.P.; VARELLA, A.B. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 54, n. 3, p. 206-214, 2005.

BARROW, S.; HARRISON, R.A. Unsung heroes who put their lives at risk? Informal caring, health and neighbourhood attachment. **J. Public Health**, v. 27, n. 3, p. 292-297, 2005.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures.** [S.l.]: American Academy of Orthopaedic Surgeon. Institute for Work & Health, 1998.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **SPINE**. v. 25, n. 24, pp 3186-91. 2000.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures.** [S.l.]: American Academy of Orthopaedic Surgeon. Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: < <http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf> >. Acesso em: 2 out. 2011.

BESSA, M. E. P. **Elaboração e validação de conteúdo do Protocolo de intervenções de enfermagem para idosos com risco de fragilidade.** 2012. 197f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2012.

BORGES, L. L.; ALBUQUERQUE, C. R.; GARCIA, P. A. O impacto do declínio cognitivo, da capacidade funcional e da mobilidade de idosos com doença de Alzheimer na sobrecarga dos cuidadores. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.16, n.3, p.246-51, 2009.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v.22, n.53, pp. 423-32, 2012.

BOWLING, A. **Measuring health.** A review of quality of life measurement scales. 3rd ed. Philadelphia: Open University Press, 2005.

BRASIL. Lei Federal nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso**, cria o Conselho Nacional do idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

____. Lei Federal nº 10.741, de 10 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso** e dá outras providências. Brasília, 2003.

____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. Instituto de estudos especiais PUC-SP. **Publicação do papel do cuidador domiciliar.** São Paulo, 1998

____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012:** Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do cuidador**. Brasília, 2008.

____. Ministério do Trabalho e Emprego/SPPE. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**. Brasília, 2002.

____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006b.

CALDAS, C. P. Contribuindo para a construção da rede de cuidado: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. **Textos Envelhecimento**, v.4, n.8, p.39-56, 2002.

CÂMARA, F. P. Psiquiatria e estatística. Parte III: Fundamentos da análise fatorial. **Psychiatry online Brasil**, v.14, n.2, 2009.

CAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. C. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). **J. bras. psiquiatr.**, v.56, n.2, p.83-7, 2007.

CARDOSO, I. Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos de avaliação psicológica. **Interações**, n.10, p.98-112, 2006.

CARNEIRO, B.G.; PIRES, E.O.; DUTRA FILHO, A.D.; GUIMARÃES, E.A. Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. **Conscientiae Saúde**, v.8, n.1, p.75-82, 2009.

CASSIS, S. V. A.; KARNAKIS, T.; MORAES, T. A.; CURIATI, J. A. E.; QUADRANTE, A. C. R.; MAGALDI, R. M. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.53, n.6, p.497-501, 2007.

CATTELL, R. B. The Scree test for the number of factors. **Multivariate Behavioral Research**, v.1, n.2, 1966.

CAVALCANTE, T. F. **Validação do diagnóstico de Enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

CHOU, K.R.; CHYUN, L.J.; CHU, H. The reliability and validity of the chinese version of the caregiver burden inventory. **Nurs. Res.**, v.51, n.5, p.324-331, 2002.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 39, n. 3, p.143-150, 1999.

CRUZ, D.C.M.; LOUREIRO, H.A.M.; SILVA, M.A.N.C.G.M.M.; FERNANDES, M.M.F. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. **Rev. Enferm. Referência**, v.3, n.2, p.127-136, 2010.

COSTELLO, A. B.; OSBORNE, J. W. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. **Practical Assessment, Research & Evaluation**, n. 10, p.01-09, 2005.

DEEKEN, J. F.; TAYLOR, K. L.; MANGAN, P.; YABROFF, K. R.; INGHAM, J. M. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs and quality of life of informal caregivers. **J. Pain Symptom Manag.**, v.26, n. 4, p.922-953, 2003.

DEL DUCA, G.F.; SILVA, M.C.; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.5, p.796-805, 2009.

DEL DUCA, G.F.; THUMÉ, E.; HALLAL, P.C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.1, p.113-120, 2011.

DEVELLIS, R. F. **Scale development: Theory and applications**. Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1991.

DIEL, L.; FORSTER, L. M. K.; KOCHHANN, R.; CHAVES, M. L. F. Sociodemographic profile and level of burden of dementia patients' caregivers who participate in a support group. **Dement Neuropsychol.**, v.4, n.3, p.232-7, 2010.

DUARTE, Y. A. O. O cuidador no cenário assistencial. **O Mundo da Saúde**, v.30, n.1, p. 37-44, 2006.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Index de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

EKWALL, A.; SIVBERG, B.; HALLBERG, I. Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. **J. Adv. Nurs.**, v.57, n. 6, p. 584-596, 2007.

ELMSTAHL, S.; MALMBERG, B.; ANNERSTEDTT, L. Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. **Archives of Physical Medical Rehabilitation.**, v. 77, n. 2, p. 177-82, 1996.

ETTERS, L.; GOODAL, D.; HARRISSON, B.E. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. **J. Am. Acad. Nurse Pract.**, v.20, n.8, p.423-428, 2008.

FEHRING R. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung.**, v.16, n.6, p. 625-9, 1987.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 818-824, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400012>. Acesso em: 23 maio 2010.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev Bras Enferm.**, v.62, n.1, p.57-63, 2009b.

FERREIRA, A.C.; ALCÂNTARA, V. C.; FREITAS, F. M. Adaptação, validação e discussões da aplicação de uma escala de medida do potencial empreendedor em universitários. **RPCA**, v.7, n.3, pp.115-38, 2013.

FERREIRA, A. R. S. **Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil 2000-2015**. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FERRETTI, R. E. L. Associações de cuidadores e entidades prestadoras de suporte: onde obter informações. In: FORLENZA, O. V. **Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação**. São Paulo: Atheneu, 2007.

FIALHO, P. P. A.; KOENIG, A. M.; SANTOS, E. L.; GUIMARÃES, H. C.; BEATO, R. G.; CARVALHO, V. A.; MACHADO, T. H.; CARAMELLI, P. Dementia caregiver burden in a Brazilian sample - Association to neuropsychiatric symptoms. **Dementia & Neuropsychologia**, v.3, n.2, p.132-5, 2009.

FIELD, A. **Discovering Statistics Using SPSS**. London: Sage Publications, 2005.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, N.R.; PENNA, A.F.G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n.4, pp.1175-80, 2008.

FRIAS, C. M.; TUOKKO, H.; ROSENBERG, T. Caregiver physical and mental health predicts reactions to caregiving. **Aging & Mental Health**, v. 9, n.4, p.331-336, 2005.

GALINDO, E. M. C. **Tradução e validação do Eating behaviours and body image test (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP**. 2005. 89f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GARBIN, C. A. S.; SUMIDA, D. H.; MOIMAZ, S. A. S.; PRADO, R. L.; SILVA, M. M. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600032>. Acesso em: 01 out. 2010.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.6, p.835-41, 2004.

GE, C.; YANG, X.; FU, J.; CHANG, Y.; WEI, J.; ZHANG, F.; NUTIFAFA, A. E.; WANG, L. Reliability and validity of the Chinese version of the Caregiver Reaction Assessment. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v.65, p.254-63, 2011.

GIVEN, C. W.; GIVEN, B.; STOMMEL, M.; COLLINS, C.; KING, S.; FRANKLIN, S. The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. **Res. Nurs. Health**, v. 15, p. 271-283, 1992.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R. M.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC Medical Research Methodology**, v.10, n.13, 2010.

GOMES, W. D.; RESCK, Z. M. R. A percepção dos cuidadores domiciliares no cuidado a clientes com sequelas neurológicas. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 4, p. 496-501, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a07.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2010.

GONZÁLEZ-VALENTIN, A.; GÁLVEZ, C. R. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. **Gerokomos** [online], v.20, n.1, pp. 15-21, 2009. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2009000100003&lang=pt

GRATÃO, A. C. M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade**. 2010. 160f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GRATÃO, A. C. M.; TALMELLI, L. F. S.; FIGUEIREDO, L. C.; ROSSET, I.; FREITAS, C. P.; RODRIGUES, R. A. P. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.1, p.137-44, 2013.

GRATÃO, A. C. M.; TALMELLI, L. F. S.; HASS, V. J.; MARQUES, S.; KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Assessment of caregiver burden with elderly having cognitive deficit. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.6, p.908-13, 2012a.

GRATÃO, A. C. M.; VENDRÚSCOLO, T. R. P.; TALMELLI, L. F. S.; FIGUEIREDO, L. C.; SANTOS, J. L. F.; RODRIGUES, R. A. P. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto Contexto Enferm.**, v.21, n.2, p.304-12, 2012b.

GROV, E. K.; FOSSA, S. D.; TONNESSEN, A.; DAHL, A. A. The Caregiver Reaction Assessment: psychometrics, and temporal stability in primary caregivers of Norwegian cancer patients in late palliative phase. **Psycho-Oncol.**, v.15, p.517-527, 2006.

GUEDEA, M. T. D.; DAMACENA, F. A.; CARBAJAL, M. M. M.; MARCOBICH, P. O.; HERNANDÉZ, G. A.; LIZÁRRAGA, L. V.; FLORES, E. I. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. **Psicol. Soc.**, v. 21, n. 2, p. 242-249, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200011>. Acesso em: 11 mar. 2010.

GUEDES, N. G. **Revisão do diagnóstico de Enfermagem estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialistas**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 46, n. 12, 1993.

HAIR JUNIOR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: ArtMed, 2005.

HAMBLETON, R. K. Issues, designs, and technical guidelines for adapting test into multiple languages and cultures. In: Hambleton, R. K.; MERENDA, P. F.; SPIELBERGER, C. D. **Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment**. Londres: LEA, 2005.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R. Planning the Measures: Precision and Accuracy. In: HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R. **Designing clinical research: an epidemiological approach**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PARARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 891-899, 2010.

JASPER, M.A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J Adv Nurs.**, v. 20, n. 4, p. 769-76, 1994.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 242 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

KAISER, H. An index of factorial simplicity. **Psychometrika**. v.39, p.31-6, 1974.

KAISER, H. A second generation Little Jiffy. **Psychometrika**. v.35, p.401-15, 1970.

KAO, H. F.; ACTON, G. J. Conceptualization and psychometric properties of the caregiver burden scale in Taiwan. **Issues Ment. Health Nurs.**, v. 27, n. 8, p. 853-66, 2006.

KAPLAN, R.; SACCUZZO, D. **Psychological testing: Principles, applications and issues**. Monterey, CA: Brooks/Cole Publishing Company, 1982.

KASS, R. A.; TINLEY, H. E. A. Factor analysis. **J. Leisure Res.**, v.11, p.120-38, 1979.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185 p. 914-919, 1963.

KURTZ, M. E.; KURTZ, J. C.; GIVEN, C. W.; GIVEN, B. Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression: a longitudinal view. **Soc. Sci. Med.**, v. 40, n.6, p. 837-846, 1995.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, p.179-85, 1969.

LEMOS, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde Soc.**, v. 15, n. 3, p. 170-9, 2006.

LENARDT, M. H.; WILLIG, M. H.; SEIMA, M. D.; PEREIRA, L. F. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colomb Med.**, v.42. supl 1, p.17-25, 2011.

LEPLÈGE, A.; VERDIER, A. The adaptation of health status measures. A discussion of certain methodological aspects of the translation procedure. In: SHUMAKER, S.; BERZON, R. **The international assessment of health-related quality of life: Theory, translation, measurement and analysis.** Oxford: [s.n.], 1994.

LESSA, P. R. A. **Tradução e adaptação da escala *Adherence Determinants Questionnaire* para uso no Brasil.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

LIMA-COSTA, MF; MATOS, DL; CAMARGOS, VP; MACINKO, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Cien Saude Coletiva.**, v.16, n.9, p.3689-96, 2011.

LIMA, N. D. C.; SILVA, V. M.; BELTRÃO, B. A. Construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados em unidade neonatal. **Rev Rene.**, v.10, n.3, p.97-106, 2009.

LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOPES, L. O.; CACHIONI, M. Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Temas psicol.**, v.21, n.1, p.165-81, 2013.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm.**, v.66, n.5, p.649-55, 2013.

LÓPEZ, M. L. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente no cuidado ao adulto hospitalizado.** Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LUSTOSA, L. P.; PEREIRA, D. P.; DIAS, R. C.; BRITTO, R. R.; PARENTONI, A. N.; PEREIRA, L. S. M. Tradução e adaptação transcultural do Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire em idosos. **Geriatrics & Gerontologia**, v.5, n.2, p.57-65, 2011.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v.35, n.6, p.382-5, 1986.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced Burnout. **Journal of Occupational Behavior**, v.2, p.99-113, 1981

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.** 3ª ed. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2001.

MALHOTRA, R.; CHAN, A.; MALHOTRA, C.; OSTBYE, T. Validity and reliability of the Caregiver Reaction Assessment scale among primary informal caregivers for older persons in Singapore. **Aging Ment. Health**, v.6, n.8, 2012.

MANOEL, M. F.; TESTON, E. F.; WAIDMAN, M. A. P.; DECESARO, M. N.; MARCON, S. S. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Esc Anna Nery**, v.17, n.2, p.346-353, 2013.

MARIM, C. M.; SILVA, V.; TAMINATO, M.; BARBOSA, D. A. Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]**, v.21(spec), 09 telas, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_33.pdf. Acesso em: 15 jan 2014.

MARINHO, L. M.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. M.; ANDRADE, J. M. O. O. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.1, p.104-10, 2013.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v.4, n.1, p.65-90, 2006.

MEDEIROS, M. M. C.; FERRAZ, M. B.; QUARESMA, M. R.; MENEZES, A. P. Adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação do "Caregiver Burden scale". **Rev. bras. reumatol.**, v.38, n.4, p.193-9, 1998.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL Cognitive Function and Ageing Study. Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. **BMJ**, London, v. 318, p.1108-1111, 1999.

MELO, R. P.; MOREIRA, R. P.; FONTENELE, F. C.; AGUIAR, A. S. C.; JOVENTINO, E. S.; CARVALHO, E. C. Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de Enfermagem. **Rev RENE**, v.12, n.2, p.424-31, 2011.

MILLÁN-CALENTI, J. C.; TUBÍO, J.; PITA-FERNÁNDEZ, S.; GONZÁLEZ-ABRALDES, I.; LORENZO, T.; FERNÁNDEZ-ARRUTY, T.; *et al.* Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Arch Gerontol Geriatr**, n.50, p.306-10, 2010.

MINGOTI, Sueli Aparecida. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada**: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

MISAWA, T.; MIYASHITA, M.; KAWA, M.; ABE, K.; ABE, M.; NAKAYAMA, Y.; GIVEN, C. W. Validity and reliability of the Japanese version of the Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA-J) for community-dwelling cancer patients. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine.**, v.29, n.5, p.334-40, 2009.

MONTEZUMA, C. A.; FREITAS, M. C.; MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.2, p.395-404, 2008.

MORAES, S. R. P.; SILVA, L. S. T. An evaluation of the burden of Alzheimer patients on family caregivers. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1807-15, 2009.

MORLEY, D.; DUMMET, S.; PETTERS, M.; KELLY, L.; HEWITSON, P.; DAWSON, J.; FITZPATRICK, R.; JENKINSON, C. Factors influencing Quality of Life in caregivers of people with Parkinson's disease and implications for Clinical Guidelines. **Parkinson's Dis.**, v. 2012, 2012.

MOURA, R. M. F.; GONÇALVES, G. S.; NAVARRO, T. P.; BRITTO, R. R.; DIAS, R. C. Adaptação transcultural do questionário VEINES/QOL-SYM: avaliação da qualidade de vida e sintomas na doença venosa crônica. **J Vasc Bras**, v.10, n.1, p.17-25, 2011.

MOTA, F. R. N. **Perfil e sobrecargas de cuidadores informais de idosos residentes em áreas periféricas do município de Fortaleza-CE**. 2010. 84 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

NAKATANI, A. Y. K.; SILVA, L. B.; BACHION, M. M.; NUNES, D. P. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]., v.11, n.1, p.144-50, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>. Acesso em 15 jun 2013.

NERI, A. L. Velhice e qualidade de vida da mulher. In: Neri, A. L. (organizador). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. São Paulo: Papyrus, 2007. p. 161-71.

NETO, A. C.; CASTRO, G. P. C.; LIMA, J. E. Uso de análise estatística multivariada para tipificação de produtores de leite de Minas Gerais. **Organ. rurais agroind.**, v.7, n.1, p.114-21, 2005.

NIJBOER, C.; TRIEMSTRA, M.; TEMPELAAR, R.; SANDERMAN, R.; VAN DEN BOS, G. A. M. Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA). **Soc. Sci. Med.**, v.48, p. 1259-1269, 1999.

NOGUEIRA, L. A. C.; BAITELLI, C.; ALVARENGA, R. M. P.; THULER, L. C. S. Tradução e adaptação transcultural da *Multiple Sclerosis Walking Scale - 12 (MSWS-12)* para a língua portuguesa do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.5, p.998-1004, 2012.

NOGUEIRA, S. L.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. C.C.; RIBEIRO, A. Q.; PEREIRA, E. T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010.

NORWOOD, S. **Research strategies for advanced practice nurses**. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health, 2000.

NOVELLI, M. M. P. C.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 139- 147, 2010.

NUNNALLY, J. C. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill Inc, 1978.

OLIVEIRA, A.M.S.; PEDREIRA, L.C. Ser idoso com incapacidade e seus cuidadores familiares. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n. especial 1, p. 143-9, 2012.

OLIVEIRA, A. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, 2012.

OLIVEIRA, A. R. S. **Desafio do cuidado domiciliar:** avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

OLIVEIRA, A. R. S.; COSTA, A. G. S.; SOUSA, V. E. C.; ARAUJO, T. L.; SILVA, V. M.; LOPES, M. V. O.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Escalas para avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes com acidente vascular encefálico. **Rev. Bras. Enferm.**, v.65, n. 5, p. 839-843, 2012.

OLIVEIRA, D. C.; CARVALHO, G. S. F.; STELLA, F.; HIGA, C. M. H.; D’ELBOUX, M. J. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. **Texto Contexto Enferm.**, v.20, n.2, p.234-40, 2011.

OMS. **CID10:** Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados á saúde. 9. ed. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORSO, Z. R. A. **Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis-RS.** 2008. 116f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PACAGNELLA, R. C.; VIEIRA, E. M.; RODRIGUES JR, O. M; SOUZA, C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, p.416-26, 2008.

PALLANT, J. **SPSS Survival Manual.** Open University Press, 2007.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica:** fundamentos e práticas. Porto Alegre: ArtMed, 2010.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatri. Clín.**, v.25, n.5, ed. esp., p.206-23, 1998.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n. esp., p.992-9, 2009.

PASSOS, J.; SEQUEIRA, C.; FERNANDES, L. The needs of older people with mental health problems: a particular focus on dementia patients and their carers. **Int. J. Alzheimer’s Dis.**, 2012.

PEREIRA, M. G.; CARVALHO, H. Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas em Psicologia**, v.20, n.2, p.369-83, 2012.

PEREIRA, M. G.; SOARES, A. J. Sobrecarga em cuidadores informais de dependentes de substâncias: adaptação do Caregiver Reaction Assessment (CRA). **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.12, n.2, p.304-28, 2011.

PEREIRA, M. J. S. B. P.; FILGUEIRAS, M. S. T. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. **Rev. APS**, v. 12, n. 1, p. 72-82, 2009.

PEREIRA, R. A.; SANTOS, E. B.; FHON, J. R. S.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.1, p.185-92, 2013.

PERSSON, C.; WENNMANN-LARSEN, A.; SUNDIN, K.; GUSTAVSSON, P. Assessing informal caregivers' experiences: a qualitative and psychometric evaluation of the Caregiver Reaction Assessment Scale. **Eur. J. Cancer Care**, v.17, p.189–199, 2008.

PLATT, S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. **Psychol. Med.**, v. 15, n. 2, p.383-393, 1985.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; NASSAR, S. M.; LOPES, M. M. B.; FERREIRA, V. F.; MONTEIRO, H. K. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.2, p.228-33, 2013.

POLESELLO, G. C.; GODOY, G. F.; TRINDADE, C. A. C.; QUEIROZ, M. C.; HONDA, E.; ONO, N. K. Tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação do quadril iHOT. **Acta ortop. bras.**, v.20, n.2, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, v.29, p.489-97, 2006.

PYM, A. Propositions on cross-cultural communication and translation. **International Journal on Translation Studies**. v. 16, n. 1, p.1-28, 2004

QUEIJO, F.A. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva**: Nursing Activities Score (N.A.S). 2002. 85f. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

QUEIROZ, Z. P. V.; LEMOS, N. F. D.; RAMOS, L. R. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2815-2824, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600019>. Acesso em: 5 out. 2010.

RAIVIO, M.; ELONIEMI-SULKAVA, U.; LAAKKONEN, M. L.; SAARENHEIMO, M.; PIETILA, M.; TILVIS, R.; PITKALA, K. How do officially organized services meet the

needs of elderly caregivers and their spouses with Alzheimer's disease? **Am. J Alzheimers Dis. Other Demen.**, v. 22, n. 05, p. 360-8, 2007.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.4, p.665-73, 2007.

RIBAS, J. R.; VIEIRA, P. R. C. **Análise multivariada com o uso do SPSS**. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna, 2011.

RIBEIRO, S. G. **Tradução, adaptação e validação do *The Mother Generated Index* para uso no Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

RICARTE, L. F. C. S. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal, 2009.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.493-500, 2006.

RONDINI, C. A.; JUSTO, J. S.; TEIXEIRA FILHO, F. S.; LUCCA, J. A. C.; OLIVEIRA, P. A. Análise das relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadoras de idosos de Assis, SP. **Estud. psicol.**, v.11, n.3, pp. 796-820, 2011.

SALES, E. Family burden and quality of life. **Qual. Life Res.**, v.12, Suppl. 1, p.33-41, 2003.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n.1, p.26-32, 2010.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.5, p.1141-1147, 2012.

SANTOS, W. S.; GOUVEIA, V. V.; GUERRA, V. M.; COUTINHO, M. L.; FERNANDES, D. P. Índice de Compromisso Religioso (ICR): elaboração e evidências psicométricas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n.3, p.523-531, 2012.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of care in carers of people with mental illnesses. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2002.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**, v. 10, n. 2, p. 388-98, 2011.

SISK, R. J. Caregiver burden and health promotion. **Int. J. Nurs. Studies**, v. 37, p.37-43, 2000.

SOARES, C. B.; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciênc. Cuidado e Saúde**, v.6, n.3, p.357-362, 2007.

STACKFLETH, R.; DINIZ, M. A.; FHON, J. R. S.; VENDRUSCOLO, T. R. P.; FABRÍCIO-WHEBE, S. C. C.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n.5, p.768-774, 2012.

STELLA, F.; CANONICI, A. P.; GOBBI, S.; SANTOS-GALDUROZ, R. F.; CAÇÃO, J. C.; GOBBI, L. T. B. Attenuation of neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in Alzheimer's disease by motor intervention: a controlled trial. **Clinics**, v.66, n.8, p.1353-60, 2011.

STEPHAN, A.; MAYER, H.; GUITERA, A. R.; MEYER, G. Validity, reliability, and feasibility of the German version of the Caregiver Reaction Assessment scale (G-CRA): a validation study. **International Psychogeriatrics.**, v. 25, n.10, p.1621-8, 2013.

STEVENS, J. **Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences**. 1st ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1986.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. New York: HarperCollins, 2001.

TAVARES, M. G. S.; PIZZICHINI, M. M. M.; STEIDLE, L. J. M.; NAZÁRIO, N. O.; ROCHA, C. C.; PERRARO, M. C.; PIZZICHINI, E. Tradução e adaptação cultural do *Asthma Control Scoring System* (Sistema de Escore para Controle Abrangente da Asma) para uso no Brasil. **J Bras Pneumol.**, v.36, n.6, p.683-92, 2010.

TINSLEY, H. E. A.; TINSLEY, D. J. Uses of factor analysis in counseling psychology research. **Journal of Counseling Psychology**, v. 34, pp. 414-24, 1987.

TRUZZI, A.; VALENTE, L.; ULSTEIN, I.; ENGELHARDT, E.; LAKS, J.; ENGEDAL, K. Burnout in familial caregivers of patients with dementia. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.34, p.405-12, 2012.

UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S.; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n.5, pp. 689-694, 2011.

VALER, D. B. **Adaptação do instrumento *Caregiver Burden Inventory* para uso com cuidadores de pessoas idosas no Brasil**. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

VALLERAND, R. J. (1989) Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. **Psychologie Canadienne**, 30, 662-680.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2010.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VICTOR, J. F. **Tradução e validação da *Exercise Benefits/Barriers Scale***: aplicação em idosos. 2007. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

VIEIRA, C. P. de Brito. **Sobrecargas do cuidador familiar de idoso com acidente vascular cerebral isquêmico e o cuidado clínico de enfermagem**. 2010. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Cuidados Clínicos em Saúde) - Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

VIEIRA, C. P. B.; FIALHO, A. V. M.; MOREIRA, T. M. M. Dissertações e teses de Enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, Brasil, 1979 a 2007. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 1, p.160-166, 2011.

VIEIRA, L.; NOBRE, J. R. S.; BASTOS, C. C. B. C.; TAVARES, K. O. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.15, n.2, p. 255-263, 2012 .

VITALIANO, P. P.; ZHANG J.; SCALAN, J. M. Is caregiving hazardous to one's physical health? A Meta-Analysis. **Psychol. Bull.**, v.129, n.6, 2003.

WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.16, n.3, p.513-26, 2013.

WALTZ, C.F.; BAUSELL, R.B. **Nursing research**: design, statistics and computer analysis. Philadelphia: F.A. Davis, 1981.

WHO. **Towards on International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing**. Geneva, 2000.

WONG, E.L.Y.; TAM, W.W.S.; WONG, F.C.Y.; CHEUNG, A.W.L. Citation classics in nursing journals: the top 50 most frequently cited articles from 1956 to 2011. **Nursing Research.**, v.62, n.5, p.344-51, 2013.

YANG, H.; SHIN, D. W.; KIM, S.; CHO, J.; CHUN, S.; SON, K. Y.; PARK, B.; PARK, J. Validity and reliability of the Korean version of the Caregiver Reaction Assessment Scale in family caregivers of cancer patients. **Psycho-Oncology.**, v.22, n.12, 2013.

YANG, Y.; GEORGE, L. K. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. **J. Aging Health**, v. 17, p. 263-292, 2005.

YIENGPRUGSAWAN, V.; HARLEY, D.; SEUBSMAN, S.; SLEIGH, A. C. Physical and mental health among caregivers: findings from a cross-sectional study of Open University students in Thailand. **BMC Public Health**, v.12, 2012.

ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of impaired elderly: correlates of feeling of burden. **Gerontologist**, v. 20, p. 649-655, 1980.

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA DOS ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO
*CAREGIVER REACTION ASSESSMENT***

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Título do artigo: _____

Ano de publicação: _____

País de origem: _____

Nomes dos autores: _____

Áreas de atuação e titulação dos autores: _____

Nome do periódico/ Fator de impacto (*JCR*): _____

População e amostra empregada: _____

Propriedades psicométricas avaliadas: _____

Principais resultados obtidos: _____

Principais conclusões: _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TRADUTORES)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (EM DUAS VIAS)

Prezado (a) Sr (a),

Sou Fernanda Rochelly do Nascimento Mota, enfermeira, discente do Curso de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo o estudo intitulado: “Adaptação transcultural e validação do *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* para uso no Brasil: aplicação com cuidadores informais de idosos”, cujo objetivo é realizar a tradução, adaptação e validação do instrumento *CRA* para uso com cuidadores informais principais de idosos dependentes brasileiros.

Originalmente, o instrumento *CRA*, de idioma inglês, foi desenvolvido por pesquisadores norte-americanos para a avaliação de cuidadores informais de pessoas com doenças crônicas físicas e mentais. Para que possa ser utilizado no Brasil, é necessário submeter o *CRA* a um rigoroso processo metodológico de adaptação transcultural ao contexto de nosso país. Para isso, a pesquisa seguirá cinco etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retradução, avaliação por um comitê de juízes e pré-teste.

O (A) senhor (a) está sendo convidada (a) a participar da primeira etapa, a tradução inicial, e, conseqüentemente, a integrar o comitê de juízes, correspondente à quarta etapa. A tradução inicial do instrumento *CRA* para o português brasileiro será realizada pelo (a) Sr (a) e por um segundo tradutor, que elegerão, de forma independente, a melhor tradução para cada item do instrumento. O processo de adaptação transcultural requer que os dois tradutores iniciais componham também o comitê de juízes, responsável por: avaliar as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual do instrumento traduzido; consolidar, após resolução de possíveis discrepâncias sobre o instrumento traduzido entre todos os integrantes do comitê, uma versão pré-final para ser utilizada no pré-teste, junto aos cuidadores de idosos.

Caso concorde em participar, sua colaboração será solicitada em três momentos: inicialmente, o (a) Sr (a) receberá a versão original do instrumento *CRA* para realizar a tradução inglês-português, em um prazo de tempo que será previamente acordado junto ao (à) Sr (a). Em seguida, será estabelecido novo contato, presencialmente ou via correio eletrônico, para que o (a) Sr (a) avalie a versão do instrumento correspondente à síntese das duas traduções iniciais (versão T12), no sentido de obter sua concordância sobre a versão resultante da tradução inicial realizada pelo (a) Sr (a) e pelo segundo tradutor. Por último, em momento posterior, o (a) Sr (a) será convidado a integrar o comitê de juízes.

Para esta última participação, o (a) Sr (a) receberá um pacote de documentos composto por: um formulário para análise de equivalências do *CRA*, contendo o instrumento em sua versão original e a versão pré-final traduzida para uso no Brasil, que apresentará as devidas instruções prévias para que o (a) Sr (a) realize esta avaliação; um questionário para caracterização do perfil dos juízes integrantes do comitê; um fluxograma explicativo do processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento *CRA*. Além disso, serão disponibilizadas as outras versões da escala, resultantes das etapas anteriores do processo (duas versões das traduções iniciais, uma síntese das traduções e duas retraduições), para que seja avaliada a existência de alguma inconsistência.

Ainda em relação à participação no comitê de juízes, a proposta inicial é de que sejam agendados encontros presenciais com os integrantes em local e horário a ser definido pelos participantes e pela autora do estudo. O número de encontros será de acordo com a necessidade, até que se obtenha o consenso de todos do grupo acerca das questões do instrumento, estando previsto pelo menos um encontro com duração aproximada de 90 minutos. No caso de impossibilidade de encontro presencial com todo o grupo, a proposta alternativa é de que será estabelecido contato com todos do comitê por meio de correio eletrônico, mediado pela autora do estudo. Neste caso, contaremos com sua colaboração para responder a todas as solicitações necessárias em tempo hábil,

que será previamente definido e acordado entre a responsável pelo estudo e todos os participantes do comitê.

Ressalta-se ainda que poderá haver a necessidade de que o (a) Sr (a) realize mais de uma avaliação das equivalências do instrumento, uma vez que o objetivo é obter uma versão consensual do mesmo no idioma português brasileiro, aprovada por todos os integrantes do comitê e de fácil compreensão pelo público-alvo (cuidadores informais de idosos).

Sua participação é muito importante, no entanto, o (a) senhor (a) terá liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo à sua pessoa. Será garantido o sigilo em relação à sua identidade e quaisquer outros aspectos que possam vir a identificá-lo, preservando assim seu anonimato na divulgação de todas as informações que forem concedidas. Estas, por sua vez, terão como finalidade única colaborar com esta pesquisa, cujos resultados apenas serão utilizados para divulgação em relatórios e periódicos científicos.

O benefício do estudo será a existência de um instrumento para a avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes, traduzido, culturalmente adaptado, que terá suas propriedades psicométricas de validade e confiabilidade analisadas, e no caso de mostrar-se válido e confiável, poderá ser utilizado na prática assistencial profissional prestada ao idoso dependente e seu cuidador informal.

Caso tenha alguma dúvida, o (a) Sr (a) pode me procurar no endereço: Avenida Mister Hull, 2992, apto 203, bairro Presidente Kennedy, Fortaleza-CE. Fones: (85) 32172803/ 87060001. E-mail: rochellymotta@yahoo.com.br, ou à minha orientadora, Professora Dra. Maria Josefina da Silva, na Rua Alexandre Baraúna, 115, bairro Rodolfo Teófilo. Fone: 33668454.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará também se encontra disponível para esclarecimento de dúvidas e/ou para reclamações: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: (85) 33668344.

Desde já, agradeço por sua colaboração.

Atenciosamente,

Fernanda Rochelly do Nascimento Mota.

Eu, abaixo assinado, _____ anos de idade, RG nº _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário desta pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, bem como sobre a pesquisa. Afirmo que fui devidamente esclarecido (a), clara e detalhadamente, sem qualquer constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, a justificativa, os procedimentos e benefícios desse estudo, e declaro que aceito livremente participar do mesmo. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2013.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Nome do profissional

Assinatura do profissional

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(INTEGRANTES DO COMITÊ DE JUÍZES)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(EM DUAS VIAS)**

Prezado (a) Sr (a),

Sou Fernanda Rochelly do Nascimento Mota, enfermeira, discente do Curso de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo o estudo intitulado: “Adaptação transcultural e validação do *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* para uso no Brasil: aplicação com cuidadores informais de idosos”, cujo objetivo é realizar a tradução, adaptação e validação do instrumento *CRA* para uso com cuidadores informais principais de idosos dependentes brasileiros.

Originalmente, o instrumento *CRA*, de idioma inglês, foi desenvolvido por pesquisadores norte-americanos para a avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de pessoas com doenças crônicas físicas e mentais. Para que possa ser utilizado no Brasil, é necessário submeter o *CRA* a um rigoroso processo metodológico de adaptação transcultural ao contexto de nosso país. Para isso, a pesquisa seguirá cinco etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retradução, avaliação por um comitê de juízes e pré-teste.

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do comitê de juízes, que tem as seguintes atribuições: analisar as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual do instrumento em português brasileiro e consolidar, após resolução de possíveis discrepâncias sobre o instrumento traduzido entre todos os integrantes do comitê, uma versão pré-final para ser utilizada no pré-teste, junto à cuidadores familiares de idosos.

Para isto, caso concorde em participar, o (a) senhor (a) receberá um conjunto de documentos composto por: um formulário para análise de equivalências do *CRA*, contendo o instrumento em sua versão original e a versão pré-final traduzida para uso no Brasil, que apresentará as devidas instruções prévias para que o (a) Sr (a) realize esta avaliação; um questionário para caracterização do perfil dos juízes integrantes do comitê; um fluxograma explicativo do processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento *CRA*. Além disso, serão disponibilizadas as outras versões da escala, resultantes das etapas anteriores do processo (duas versões das traduções iniciais, uma síntese das traduções e duas retraduições), para que seja avaliada a existência de alguma inconsistência.

A participação como integrante do comitê de juízes é voluntária, não envolvendo qualquer tipo de remuneração ou custos. A proposta inicial é de que sejam agendados encontros presenciais com os membros do comitê em local e horário a ser posteriormente definido pelos participantes e a autora do estudo. O número de encontros será de acordo com a necessidade, até que se obtenha o consenso de todos do grupo acerca das questões do instrumento, estando previsto pelo menos um encontro com duração aproximada de 90 minutos. No caso de impossibilidade de encontro presencial com todo o grupo, a proposta alternativa é de que será estabelecido contato com todos do comitê por meio de correio eletrônico, mediado pela autora do estudo. Neste caso, contaremos com sua colaboração para responder a todas as solicitações necessárias em tempo hábil, que será previamente definido e acordado entre a responsável pelo estudo e todos os participantes do comitê.

Ressalta-se ainda que poderá haver a necessidade de que o (a) Sr (a) realize mais de uma avaliação das equivalências do instrumento, uma vez que o objetivo é obter uma versão consensual do mesmo no idioma português brasileiro, aprovada por todos os integrantes do comitê e de fácil compreensão pelo público-alvo (cuidadores informais de idosos).

Sua participação é muito importante, no entanto, o (a) senhor (a) terá liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo à sua pessoa. Será garantido o sigilo em relação à sua identidade e quaisquer outros aspectos que possam vir a identificá-lo, preservando assim seu anonimato na divulgação de todas as informações que forem concedidas. Estas, por sua vez, terão como finalidade única colaborar com esta pesquisa, cujos resultados apenas serão utilizados para divulgação em relatórios e periódicos científicos.

O benefício do estudo será a existência de um instrumento para a avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes, traduzido, culturalmente adaptado, que terá suas propriedades psicométricas de validade e confiabilidade analisadas, e no caso de mostrar-se válido e confiável, poderá ser utilizado na prática assistencial profissional prestada ao idoso dependente e seu cuidador informal.

Caso tenha alguma dúvida, o (a) Sr (a) pode me procurar no endereço: Avenida Mister Hull, 2992, apto 203, bairro Presidente Kennedy, Fortaleza-CE. Fones: (85) 32172803/ 87060001. E-mail: rochellymotta@yahoo.com.br, ou à minha orientadora, Professora Dra. Maria Josefina da Silva, na Rua Alexandre Baraúna, 115, bairro Rodolfo Teófilo. Fone: 33668454.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará também se encontra disponível para esclarecimento de dúvidas e/ou para reclamações: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: (85) 33668344.

Desde já, agradeço por sua colaboração.

Atenciosamente,

Fernanda Rochelly do Nascimento Mota.

Eu, abaixo assinado, _____ anos de idade, RG nº _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário desta pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, bem como sobre a pesquisa. Afirmando que fui devidamente esclarecido (a), clara e detalhadamente, sem qualquer constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, a justificativa, os procedimentos e benefícios desse estudo, e declaro que aceito livremente participar do mesmo. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2013.

Nome do participante

Assinatura do participante

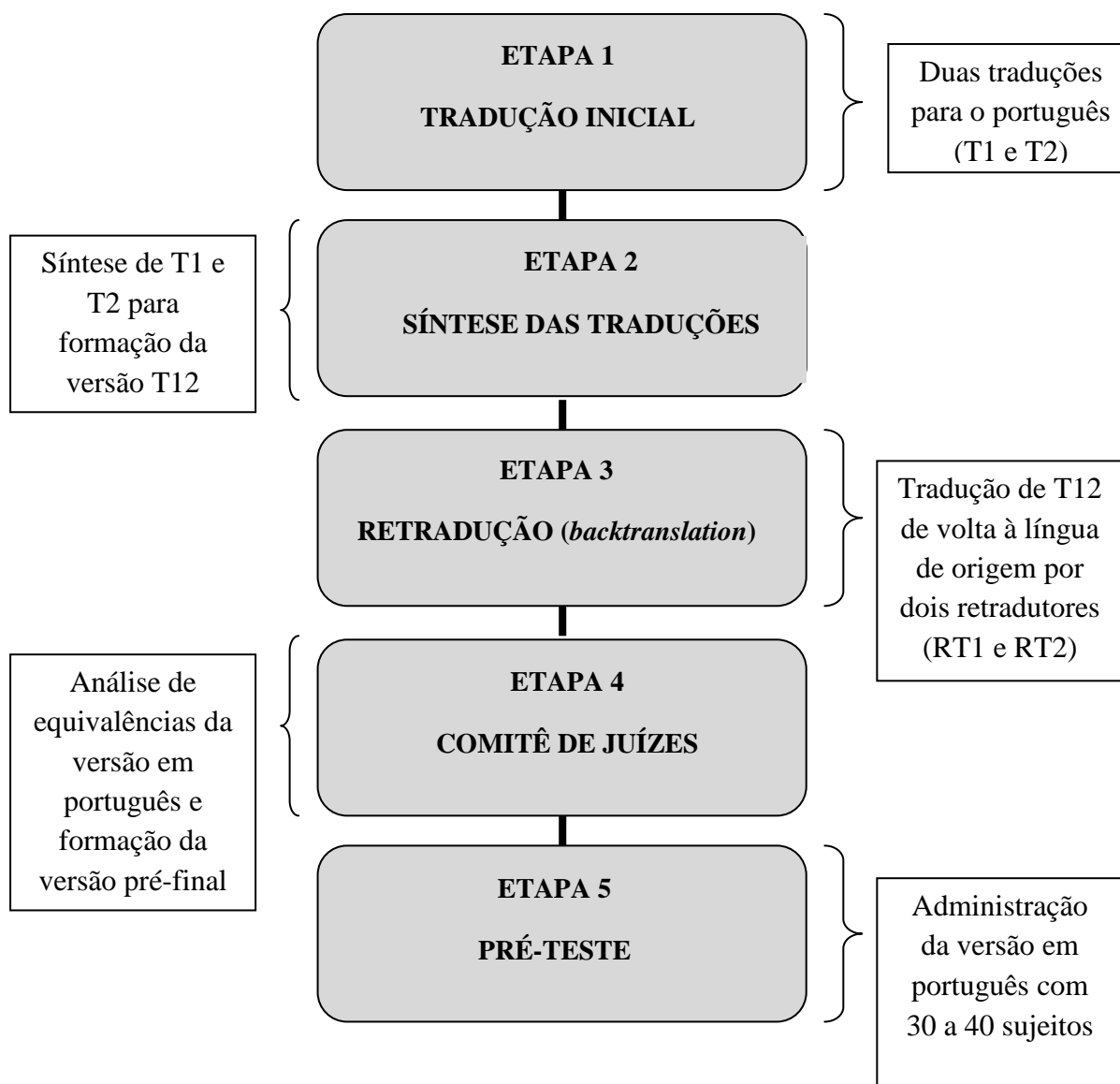
Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Nome do profissional
que aplicou o TCLE

Assinatura do profissional
que aplicou o TCLE

APÊNDICE D - FLUXOGRAMA DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL



APÊNDICE E - TEXTO INFORMATIVO SOBRE A SOBRECARGA DO CUIDADOR E SOBRE O INSTRUMENTO *CRA* (INTEGRANTES DO COMITÊ DE JUÍZES)

O texto seguinte traz maiores informações acerca do fenômeno da sobrecarga do cuidador informal de idoso dependente e sobre o instrumento *Caregiver Reaction Assessment (CRA)*.

1. A Sobrecarga do cuidador

Embora a conceituação de sobrecarga do cuidador não seja completamente bem definida na literatura, sabe-se que sugere uma medida direta do dever de prestar cuidados a alguém (MORLEY *et al.*, 2012).

Gratão (2010) menciona que o impacto de cuidar de uma pessoa dependente por condição crônica, sinônimo dos termos *burden*, *burdensome*, ou *burnout*, foi primeiramente publicado por Zarit *et al.* (1980), e refere-se a problemas físicos, emocionais, sociais e financeiros vivenciados por familiares cuidadores, envolvendo aspectos objetivos e subjetivos oriundos da tarefa de cuidar (GRATÃO, 2010; ZARIT *et al.*, 1980).

Frequentemente, os termos *burden* e *burnout* têm sido descritos como sinônimos de sobrecarga. No entanto, é importante destacar a diferença existente entre os dois termos (GRATÃO, 2010): o termo *burnout* define um conjunto de sintomas de resposta á tensão emocional de natureza crônica, ocasionada pelo contato direto e excessivo com outras pessoas, em situação de trabalho exigente em atenção e responsabilidade. A síndrome de *burnout* (ou síndrome do esgotamento profissional), portanto, refere-se a trabalhadores formais contratados. No Brasil, é uma doença laboral reconhecida, incluída na Classificação Internacional das doenças (CID 10) (OMS, 2003).

Quanto ao termo *burden*, a expressão é mais comumente utilizada para descrever as repercussões negativas de cuidados ofertados, geralmente, por cuidadores familiares, a pessoas doentes. Sinonimamente, são empregados os termos sobrecarga, impacto, carga, interferência e fardo (GRATÃO, 2010; PLATT, 1985). Nesse sentido, o emprego do termo *burden* parece mais adequado para fazer referência á sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes.

A sobrecarga do cuidador é um conceito multidimensional, que envolve componentes objetivos e subjetivos. A sobrecarga objetiva relaciona-se principalmente com o tempo dispendido pelo cuidador para exigências concretas do cotidiano da pessoa cuidada, enquanto a sobrecarga subjetiva é caracterizada como uma experiência emocional, ligada aos sentimentos envolvidos na tarefa de cuidar (SALES, 2003; OLIVEIRA, 2010).

Sabe-se que dispensar cuidados a alguém dependente exige esforço mental, físico e psicológico, além de possíveis custos financeiros diretos e indiretos (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006). Estudos apontam que quanto maior o nível de dependência funcional do idoso, mais numerosas são as exigências para a prestação de cuidados, resultando em maior sobrecarga experienciada por seu cuidador informal (STACKFLET *et al.*, 2012; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Fatores como a falta de suporte e reconhecimento familiar e ausência de uma rede social formal de apoio estão envolvidos na ocorrência e magnitude de efeitos deletérios da sobrecarga entre cuidadores informais de idosos dependentes. A falta de informações e de apoio para cuidar é também citada por Vieira *et al.* (2012) como fator desencadeante de maior desgaste físico e mental do cuidador.

Isso é reforçado por Stackflet *et al.* (2012), quando afirmam que as atividades desempenhadas pelo cuidador informal de idoso podem gerar problemas para sua saúde, como resultado da sobrecarga oriunda de despreparo em relação ao papel que desempenha. Yiengprugsawan *et al.* (2012) referem

que, diferentemente dos países desenvolvidos, em países em desenvolvimento, as limitações do sistema de apoio social formal para promoção do bem-estar de cuidadores familiares é uma característica que agrava ainda mais sua experiência de aspectos negativos de sobrecarga.

Em estudo com cuidadores informais do estado de São Paulo (Brasil), Amendola, Oliveira e Alvarenga (2011) observaram que os cuidadores que estavam mais insatisfeitos com suas relações sociais apresentaram maior grau de sobrecarga.

Como resultados da sobrecarga objetiva, estudos apontam inúmeras complicações de saúde entre cuidadores familiares de idosos dependentes, tais como dores lombares, depressão, hipertensão arterial sistêmica, reumatismo, diabetes e problemas cardíacos (CARNEIRO *et al.*, 2009).

Barrow e Harrison (2005), ao realizarem estudo com cuidadores do Reino Unido, encontraram que o fato de ser cuidador familiar no domicílio pode estar associado à ocorrência de dores corporais e obesidade, dentre outras morbidades.

Resultados de estudo de meta-análise produzido por Vitaliano, Zhang e Scalan (2003) revelaram que cuidadores de idosos com demência apresentaram dosagem de hormônios do *stress* 23% maior e resposta imunológica 15% menor se comparados a pessoas demograficamente similares que não exerciam a função de cuidar. Em outro estudo que investigou a saúde física e mental de cuidadores tailandeses, teve-se que muitos conviviam rotineiramente com dores lombares e distúrbios psíquicos menores (YIENGPRUGSAWAN *et al.*, 2012).

Quanto à sobrecarga subjetiva sabe-se que está diretamente relacionada às consequências da sobrecarga objetiva, e pode ser entendida como o resultado dos sentimentos pessoais do cuidador relativos à tarefa de cuidar (SOARES; MUNARI, 2007).

Em estudo que investigou o impacto de cuidar de idosos com demência entre cuidadores informais do estado de São Paulo (Brasil), Novelli, Nitri e Caramelli (2010) observaram que 75,6% dos cuidadores componentes da amostra estudada apresentavam inúmeros sentimentos negativos frente ao cuidado ofertado.

Cabe ressaltar, no entanto, o fato de que a oferta de cuidados informais a idosos dependentes não traz apenas repercussões negativas. Estudos têm apontado que, muitas vezes, a tarefa de cuidar do idoso envolve igualmente aspectos positivos, que podem resultar em benefícios, tais como alegria, prazer e satisfação pessoal para os cuidadores (EKWALL; SIVBERG; HALLBERG, 2007; CRUZ *et al.*, 2010).

Assim, os aspectos positivos relativos à prestação de cuidados ao idoso, que podem trazer sentimentos de satisfação e prazer ao cuidador, necessitam ser valorizados (OLIVEIRA; CALDANA, 2012). Por sua relevância e interferência na ocorrência de sobrecarga, os aspectos positivos do cuidar devem estar presentes quando se pretende estabelecer uma estimativa adequada da ocorrência de sobrecarga vivenciada por cuidadores informais.

Identificar, avaliar e monitorar a sobrecarga do cuidador são ações essenciais na assistência a esse público, que podem auxiliar os profissionais no reconhecimento de cuidadores com maior risco para desenvolver problemas de saúde oriundos da tarefa de cuidar, além de possibilitar a implementação de intervenções individualizadas promotoras de sua saúde (ETTERS; GOODAL; HARRISSON, 2008).

2. O instrumento *Caregiver Reaction Assessment (CRA)*

Os autores do *CRA* o desenvolveram com o propósito de obter um instrumento multidimensional adequado à avaliação sistemática da sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas acometidas por enfermidades crônicas, tanto físicas quanto mentais.

Para a elaboração dos itens, realizou-se uma revisão de inúmeros estudos, além de uma série de entrevistas com cuidadores, a fim de desvendar o construto investigado. Disto, resultou a

identificação de um conjunto de dimensões recorrentes, que incluíam: como cuidar afeta a programação diária, a saúde e as finanças dos cuidadores, como o cuidar influencia negativamente suas vidas e se relaciona com o sentimento de autoestima, e como percebem o apoio da família e de amigos para a prestação de cuidados (GIVEN *et al.*, 1992).

A partir das dimensões identificadas, 111 itens foram formulados por um grupo de cinco pesquisadores envolvidos no estudo, que em seguida os analisaram sucintamente. Decidiu-se então pela eliminação de dez, resultando em um conjunto de 101 itens. Nesta análise, considerou-se a necessidade de concordância total entre os cinco pesquisadores quanto á pertença de cada item ao construto investigado. Itens que suscitaram qualquer tipo de divergência foram descartados (GIVEN *et al.*, 1992).

Os 101 itens resultantes foram organizados em formato de questionário, com respostas em escala *Likert* de cinco pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Em uma exploração preliminar, o questionário foi aplicado a uma amostra de conveniência de 99 cuidadores, visando à eliminação de itens considerados inadequados (mal interpretados pelos respondentes; que produziram respostas sem variações; que não apresentaram relações com outros itens do instrumento). Resultaram 40 itens, posteriormente administrados ás amostras de cuidadores familiares empregadas para a avaliação do *CRA*, que contou com análises fatoriais exploratória e confirmatória, respectivamente. Ao final do processo, 24 itens passaram a compor o instrumento *CRA* (GIVEN *et al.*, 1992).

Os 24 itens componentes do *CRA* distribuem-se entre as cinco subescalas unidimensionais identificadas em seu processo de elaboração: “manejo das atividades diárias”, “apoio familiar”, “questões financeiras”, “saúde física” e “autoestima”. A pontuação dos escores do instrumento não se dá através de um valor global para o conjunto da escala, mas sim para cada uma destas subescalas.

A subescala “manejo das atividades diárias” mede a extensão em que a oferta de cuidados interrompe ou atrapalha atividades diárias dos cuidadores; a subescala “apoio familiar” avalia a extensão em que o cuidador percebe a falta de apoio e abandono pelos membros da família; a subescala “questões financeiras” mede a tensão financeira sobre o cuidador; a subescala “saúde física” afere o sentimento do cuidador em relação á deterioração de sua saúde física; e a subescala “autoestima” objetiva medir experiências positivas oriundas da prestação de cuidados (GIVEN *et al.*, 1992; NIJBOER *et al.*, 1999).

Desta forma, tem-se que quatro subescalas avaliam os aspectos negativos, enquanto uma das subescalas (“autoestima”) mensura os aspectos positivos provenientes da oferta de cuidados. Isto permite que o *CRA* contemple a avaliação de ambas as situações interferentes na sobrecarga de cuidadores familiares.

A análise inicial de suas propriedades psicométricas revelou um instrumento confiável (*alfa de Cronbach* 0,80 a 0,90 nas cinco subescalas) e válido (validade de construto atestada por correlação de cada subescala com avaliação da dependência nas atividades de vida diária dos receptores de cuidados e com mensuração do nível de depressão dos cuidadores) (GIVEN *et al.*, 1992).

Resultante de rigoroso estudo de desenvolvimento e avaliação psicométrica, o *CRA* consiste em instrumento adequado para estimativa da sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas. Além disso, seus autores o apontam como ideal para identificar tanto diferenças nas reações de diversos grupos de cuidadores, quanto mudanças nas reações no decorrer do tempo (GIVEN *et al.*, 1992).

Desde sua elaboração e validação inicial, o *CRA* vem sendo utilizado em muitos estudos entre cuidadores de pessoas com diferentes enfermidades, em vários países, tais como Noruega, Holanda, Canadá, Suécia e Cingapura.

- REFERÊNCIAS: AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 884-889, 2011;
- BARROW, S.; HARRISON, R.A. Unsung heroes who put their lives at risk? Informal caring, health and neighborhood attachment. **J. Public Health**, v. 27, n. 3, p. 292-297, 2005;
- CARNEIRO, B.G.; PIRES, E.O.; DUTRA FILHO, A.D.; GUIMARÃES, E.A. Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. **Conscientiae Saúde**, v.8, n.1, p.75-82, 2009.
- CRUZ, D.C.M.; LOUREIRO, H.A.M.; SILVA, M.A.N.C.G.M.M.; FERNANDES, M.M.F. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. **Rev. Enferm. Referência**, v.3, n.2, p.127-136, 2010;
- EKWALL, A.; SIVBERG, B.; HALLBERG, I. Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. **J. Adv. Nurs.**, v.57, n. 6, p. 584-596, 2007.
- ETTERS, L.; GOODAL, D.; HARRISSON, B.E. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. **J. Am. Acad. Nurse Pract.**, v.20, n.8, p.423-428, 2008;
- GIVEN, C. W.; GIVEN, B.; STOMMEL, M.; COLLINS, C.; KING, S.; FRANKLIN, S. The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. **Res. Nurs. Health**, v. 15, p. 271-283, 1992;
- GRATÃO, A. C. M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade**. 2010. 160f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010;
- MORLEY, D.; DUMMET, S.; PETERS, M.; KELLY, L.; HEWITSON, P.; DAWSON, J.; FITZPATRICK, R.; JENKINSON, C. Factors influencing Quality of Life in caregivers of people with Parkinson's disease and implications for Clinical Guidelines. **Parkinson's Dis.**, v. 2012, 2012;
- NIJBOER, C.; TRIEMSTRA, M.; TEMPELAAR, R.; SANDERMAN, R.; VAN DEN BOS, G. A. M. Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA). **Soc. Sci. Med.**, v.48, p. 1259-1269, 1999;
- NOVELLI, M. M. P. C.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 139- 147, 2010;
- OLIVEIRA, A. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, 2012; OMS. **CID10**: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados á saúde. 9. ed. São Paulo: EDUSP, 2003;
- RODRIGUES, S. L. A; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.493-500, 2006;
- SALES, E. Family burden and quality of life. **Qual. Life Res.**, v.12, Suppl. 1, p.33-41, 2003;
- SOARES, C. B.; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciênc. Cuidado e Saúde**, v.6, n.3, p.357-362, 2007; STACKFLETH, R.; DINIZ, M. A.; FHON, J. R. S.; VENDRUSCOLO, T. R. P.; FABRÍCIO-WHEBE, S. C. C.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n.5, p.768-774, 2012;
- UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S.; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n.5, pp. 689-694, 2011;
- VITALIANO, P. P.; ZHANG J.; SCALAN, J. M. Is caregiving hazardous to one's physical health? A Meta-Analysis. **Psychol. Bull.**, v.129, n.6, 2003;
- YIENGPRUGSAWAN, V.; HARLEY, D.; SEUBSMAN, S.; SLEIGH, A. C. Physical and mental health among caregivers: findings from a cross-sectional study of Open University students in Thailand. **BMC Public Health**, v.12, 2012;
- ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of impaired elderly: correlates of feeling of burden. **Gerontologist**, v. 20, p. 649-655, 1980.

APÊNDICE F - FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO COMITÊ DE JUÍZES

Dados de identificação e caracterização profissional - Integrantes do comitê de juízes

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____

Local de residência atual (Município, Estado): _____

Experiência de residência em país(es) com idioma inglês? Qual? Por quanto tempo? _____

Formação profissional (Graduação/Universidade): _____

Especialização (se for o caso): _____

Mestrado (se for o caso): _____

Dissertação com temática relacionada á saúde do idoso? () Sim () Não

Doutorado (se for o caso): _____

Tese com temática relacionada á saúde do idoso? () Sim () Não

Experiência assistencial em saúde do idoso? Qual? Tempo na função? _____

Experiência docente em saúde do idoso? Qual? Tempo na função? _____

Instituição de trabalho atual/Cargo ou função: _____

Tempo na função: _____

Como classificaria sua fluência no idioma inglês?

() Excelente () Boa () Regular () Mínima

Instituição(ões) onde estudou inglês/ Tipo de curso (s)/ Ano (s):

APÊNDICE G - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE EQUIVALÊNCIAS (INTEGRANTES DO COMITÊ DE JUÍZES)

Avaliação de equivalências pelo Comitê de juízes – Adaptação do instrumento *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* para uso no Brasil.

Prezado(a),

Inicialmente, gostaria de agradecer por sua colaboração.

Após a leitura e assinatura do TCLE, bem como análise do material com as informações sobre o estudo de tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* para uso no Brasil com cuidadores informais de idosos, gostaria de solicitar sua valiosa contribuição no sentido de avaliar as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual entre as versões original e traduzida para o português brasileiro do instrumento em questão. Para tanto, o(a) sr(a) deve considerar as seguintes orientações:

1. A **equivalência semântica** refere-se à correspondência do significado das palavras; fundamenta-se na avaliação gramatical e do vocabulário utilizado. Deve-se julgar: as palavras da versão traduzida apresentam o mesmo significado da versão original? Pois algumas palavras de um idioma podem não possuir tradução adequada para outro idioma;
2. A **equivalência idiomática** refere-se aos coloquialismos e expressões idiomáticas, que geralmente são termos difíceis de se traduzir, e podem, portanto, prejudicar a compreensão. Logo, devem ser formuladas expressões equivalentes no idioma da versão traduzida;
3. A **equivalência experimental** refere-se à correspondência dos termos/palavras com a realidade cultural do país da versão traduzida. As situações abordadas pelos itens do instrumento devem ser compatíveis com o contexto cultural e com a experiência de vida da população à qual o instrumento traduzido se destina, neste caso, cuidadores familiares de idosos brasileiros;
4. A **equivalência conceitual** refere-se à coerência do item traduzido com aquilo que se propõe a medir, a partir do conceito explorado na versão original. Destina-se a verificar se as palavras/expressões possuem significado conceitual semelhante, pois determinados conceitos abordados pelos itens do instrumento original podem ter significado diferente em outra cultura;
5. A seguir, estarão expostos os 24 itens do instrumento, em sua versão original, e a versão traduzida para o Brasil, bem como as opções de resposta ao instrumento, também nas versões original e traduzida. Os itens identificados pela letra “A” correspondem à versão original, enquanto os itens identificados pela letra “B” consistem na versão traduzida para o Brasil;
6. Para a análise das equivalências entre as duas versões, por favor, utilize a escala a seguir, **destacando (em amarelo) a opção correspondente ao seu julgamento para cada item** do instrumento, bem como para as opções de resposta:

Escala de equivalência	
Não equivalente	-1
Não tenho certeza/Pode tornar-se equivalente com adequações	0
Equivalente	+1

Caso em sua avaliação, o item corresponda a -1 ou 0, por favor, sugira as alterações que julgar apropriadas, no espaço reservado para isto.

1. A: I feel privileged to care for ____.

B: Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) ____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

2. A: Others have dumped caring for ____ onto me.

B: Os outros jogaram o cuidado do (a) ____ sobre mim.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

3. A: *My financial resources are adequate to pay for things that are required for caregiving.

B: *Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1

Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):

4. A: My activities are centered around care for ____.

B: Minhas atividades giram em torno do cuidado com o (a) ____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

5. A: Since caring for ____, it seems like I'm tired all of the time.

B: Desde que comecei a cuidar do (a) ____ pareço estar cansado o tempo todo.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

6. A: It is very difficult to get help from my family in taking care of ____.

B: É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) ____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

7. A: *I resent having to take care of ____.

B: *Eu me sinto ressentido por ter que cuidar do (a) ____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

8. A: I have to stop in the middle of work.

B: Eu tenho que parar no meio do trabalho.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

9. A: I really want to care for ____.

B: Eu quero muito cuidar do (a) ____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

10. A: My health has gotten worse since I've been caring for ____.

B: Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar do (a) ____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

11. A: I visit family and friends less since I have been caring for ____.

B: Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

12. A: I will never be able to do enough caregiving to repay ____.

B: Eu jamais serei capaz de retribuir ao (à) ____ cuidando dele (a).

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

13. A: *My family works together at caring for ____.

B: *Minha família coopera no cuidado com o (a) ____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

14. A: I have eliminated things from my schedule since caring for ____.

B: Eu tenho deixado compromissos de lado desde que comecei a cuidar do (a) ____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

15. A: *I have enough physical strength to care for ____.

B: *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
-------------------------------	-----------	----------	-----------

Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

16. A: Since caring for ____, I feel my family has abandoned me.

B: Desde que comecei a cuidar do (a) ____, eu me sinto abandonado pela minha família.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

17. A: Caring for ____ makes me feel good.

B: Cuidar do (a) ____ faz-me sentir bem.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

18. A: The constant interruptions make it difficult to find time for relaxation.

B: As constantes interrupções tornam difícil encontrar tempo para relaxar.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

19. A: *I am healthy enough to care for ____.

B: *Eu tenho saúde suficiente para cuidar do (a) _____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

20. A: Caring for ____ is important to me.

B: Cuidar do (a) _____ é importante para mim.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

--

21. A: Caring for ___ has put a financial strain on the family.

B: Cuidar do (a) _____ causou dificuldade financeira na família.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

22. A: My family (brothers, sisters, children) left me alone to care for ___.

B: Minha família (irmãos, filhos) me deixou sozinho para cuidar do (a) _____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

23. A: I enjoy caring for ___.

B: Eu gosto de cuidar do (a) _____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

24. A: It's difficult to pay for ___'s health needs and services.

B: É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) ____.

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

- A: The response format for the above questions is as follows:

B: O formato de respostas para as perguntas acima é o seguinte:

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

- A: Circle one: Coding Scheme:

B: Circule uma codificação:

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

- A: Strongly disagree

B: Discordo totalmente

Equivalência Semântica	-1	0	+1
-------------------------------	-----------	----------	-----------

Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

- A: Disagree
- B: Discordo

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

- A: Neither agree nor disagree
- B: Nem concordo nem discordo

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

- A: Agree
- B: Concordo

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

- A: Strongly agree
- B: Concordo totalmente

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

- A: *These questions are to be reverse scored

B: *Estas questões têm pontuação reversa

Equivalência Semântica	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Idiomática	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Experimental	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			
Equivalência Conceitual	-1	0	+1
Sugestões (em caso de resposta -1 ou 0):			

**APÊNDICE H - QUADRO COM AS VERSÕES DO CRA EXISTENTES ATÉ A
TERCEIRA ETAPA DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL
(INTEGRANTES DO COMITÊ DE JUÍZES)**

Quadro para análise pelo comitê de juízes: versões do CRA (versão original, duas traduções iniciais, uma síntese das traduções, duas retraduições)

Versão Original	Tradução 1 – T1 (Tradutor “clínico”: Enfermeiro brasileiro, com experiência em docência na área saúde do idoso; fluente em inglês)	Tradução 2- T2 (Tradutor “cego”: Profissional da área do Direito, sem qualquer experiência com temáticas sobre saúde do idoso; fluente em inglês)	Versão Síntese das traduções - T12 (Intermediada pela responsável pelo estudo; versão de consenso entre os dois tradutores iniciais)	Retradução 1 – RT1 (Retradutor estadunidense nativo, fluente em português-BR; residente no Brasil há mais de dois anos)	Retradução 2 – RT2 (Retradutor brasileiro, residente nos EUA há mais de 20 anos, com amplo domínio dos dois idiomas)
1. I feel privileged to care for ____.	1. Para mim é um prazer cuidar do(a) ____.	1. Sinto-me privilegiado por ser um cuidador de ____.	1. Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) ____.	1. I feel privileged to take care of ____.	1. I feel privileged in caring for ____.
2. Others have dumped caring for ____ onto me.	2. Os outros jogaram o (a) ____ para eu cuidar	2. Outras pessoas despejaram os cuidados de ____ sobre mim.	2. Os outros jogaram o cuidado do (a) ____ sobre mim.	2. Others put the care of ____ on me.	2. The others dumped on me the care of ____.
3. *My financial resources are adequate to pay for things that are required for caregiving.	3. *Meus recursos financeiros são suficientes para custear as despesas com o cuidado.	3. *Meus recursos financeiros são adequados para pagar as coisas necessárias ao exercício do cuidado.	3. *Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.	3. *My financial resources are sufficient to pay for the costs of his/her care.	3. * My financial resources are enough to pay for the expenses with the caregiving.
4. My activities are centered around care for ____.	4. As minhas atividades giram em torno do cuidado com o (a) ____.	4. Minhas atividades giram em torno do cuidado com ____.	4. Minhas atividades giram em torno do cuidado com o (a) ____.	4. My activities depend on the care of ____.	4. My activities are centered about caring for ____.

5. Since caring for ____, it seems like I'm tired all of the time.	5. Desde que comecei a cuidar do (a) ____ parece que estou cansado o tempo todo.	5. Desde que iniciei o trabalho de cuidador de ____, parece que estou cansado o tempo todo.	5. Desde que comecei a cuidar do (a) ____ pareço estar cansado o tempo todo.	5. Since I began to take care of ____ I seem to be tired all the time.	5. Since I started caring for ____ seems I am tired all the time.
6. It is very difficult to get help from my family in taking care of ____.	6. É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) ____.	6. É muito difícil conseguir ajuda por parte de minha família para cuidar de ____.	6. É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) ____.	6. It is very difficult to get my family to help take care of ____.	6. It is very difficult to find help from my family in taking care of ____.
7. *I resent having to take care of ____.	7. *Me sinto magoado por ter que cuidar do (a) ____.	7. *Eu me ressinto por ter que cuidar de ____.	7. *Eu me sinto ressentido por ter que cuidar do (a) ____.	7. *I feel resentful because of have to take care of ____.	7. *I resent because I have to take care of ____.
8. I have to stop in the middle of work.	8. Eu tenho que parar no meio do trabalho.	8. Eu tenho que parar no meio do trabalho.	8. Eu tenho que parar no meio do trabalho.	8. I have to stop in the middle of working.	8. I have to stop in the middle of work.
9. I really want to care for ____.	9. Eu quero muito cuidar do (a) ____.	9. Eu realmente quero cuidar de ____.	9. Eu quero muito cuidar do (a) ____.	9. I really want to take care of ____.	9. I really want to take care for ____.
10. My health has gotten worse since I've been caring for ____.	10. Minha saúde piorou depois que comecei a cuidar do (a) ____.	10. Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar de ____.	10. Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar do (a) ____.	10. My health has gotten worse since I began taking care of ____.	10. My health has gotten worse since I have been caring for ____.
11. I visit family and friends less since I have been caring for ____.	11. Tenho visitado menos minha família e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	11. Visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar de ____.	11. Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	11. I visit family and friends less since I began taking care of ____.	11. I visit my friends and families less since I have been caring for ____.
12. I will never be able to do enough caregiving to repay ____.	12. Eu jamais serei capaz de retribuir à (ao) ____ cuidando dele (a).	12. Eu nunca serei capaz de pagar por serviços de cuidado a ____.	12. Eu jamais serei capaz de retribuir ao (à) ____ cuidando dele (a).	12. I will never be able to repay ____ for taking care of him/her.	12. I will never been able to repay ____ taking care of him (or her).

13. *My family works together at caring for ____.	13. *Minha família coopera no cuidado com o (a) ____.	13. *Minha família trabalha unida no cuidado com ____.	13. *Minha família coopera no cuidado com o (a) ____.	13. *My family cooperates with taking care of ____.	13. *My family helps in caring for ____.
14. I have eliminated things from my schedule since caring for ____.	14. Eu deixei de lado alguns compromissos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	14. Tenho eliminado atividades programadas desde que iniciei os cuidados com ____.	14. Eu tenho deixado compromissos de lado desde que comecei a cuidar do (a) ____.	14. I have set other commitments aside since I began taking care of ____.	14. I have left aside some obligations since I started caring for ____.
15. *I have enough physical strength to care for ____.	15. *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.	15. *Eu possuo força física o suficiente para cuidar de ____.	15. *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.	15. *I have sufficient physical strength to take care of ____.	15. *I have enough physical strength to take care for ____.
16. Since caring for ____, I feel my family has abandoned me.	16. Desde que comecei a cuidar do (a) ____, sinto-me abandonado pela minha família.	16. Desde que comecei a cuidar de ____, sinto que minha família me abandonou.	16. Desde que comecei a cuidar do (a) ____, eu me sinto abandonado pela minha família.	16. Since I began taking care of ____, I feel abandoned by my family.	16. Since I started caring for ____, I feel my family has abandoned me.
17. Caring for ____ makes me feel good.	17. Cuidar do (a) ____ faz-me sentir bem.	17. Cuidar de ____ faz-me sentir bem.	17. Cuidar do (a) ____ faz-me sentir bem.	17. Taking care of ____ makes me feel good.	17. Caring for ____ make me feel good.
18. The constant interruptions make it difficult to find time for relaxation.	18. As constantes interrupções tornam difícil encontrar tempo para relaxar.	18. As constantes interrupções tornam difícil encontrar tempo para relaxar.	18. As constantes interrupções tornam difícil encontrar tempo para relaxar.	18. Constant interruptions make it difficult to find time to relax.	18. The constant interruptions make it difficult to find time to relax.
19. *I am healthy enough to care for ____.	19. *Eu tenho saúde suficiente para cuidar do (a) ____.	19. *Eu sou saudável o suficiente para cuidar de ____.	19. *Eu tenho saúde suficiente para cuidar do (a) ____.	19. *I have sufficient health to take care of ____.	19. *I am healthy enough to take care for ____.
20. Caring for ____ is important to me.	20. Cuidar do (a) ____ é importante para mim.	20. Cuidar de ____ é importante para mim.	20. Cuidar do (a) ____ é importante para mim.	20. Taking care of ____ is important to me.	20. Taking care of ____ is important to me.
21. Caring for ____ has put ____ a	21. O cuidado com o (a) ____ causou dificuldade	21. Cuidar de ____ trouxe uma tensão financeira	21. Cuidar do (a) ____ causou	21. Taking care of ____ has caused	21. Caring for ____ brought financial

financial strain on the family.	financeira na família.	à família.	dificuldade financeira na família.	financial difficulty in the family.	difficult on the family.
22. My family (brothers, sisters, children) left me alone to care for ____.	22. Minha família (irmãos, filhos) me deixaram sozinho cuidando do (a) _____.	22. Minha família (irmãos, irmãs, filhos) deixaram-me sozinho para cuidar de ____.	22. Minha família (irmãos, filhos) me deixaram sozinho para cuidar do (a) _____.	22. My family (siblings, children) left me alone to take care of ____.	22. My family (brothers, sons) left me alone to care for ____.
23. I enjoy caring for ____.	23. Eu gosto de cuidar do (a) _____.	23. Eu gosto de cuidar de ____.	23. Eu gosto de cuidar do (a) _____.	23. I like to take care of ____.	23. I like caring for ____.
24. It's difficult to pay for ____'s health needs and services.	24. É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) _____.	24. É difícil pagar pelas necessidades e serviços de saúde de ____.	24. É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) _____.	24. It is difficult to pay for the expenses with ____'s health.	24. It is hard to pay for the ____'s healthy services expenses .

Formato de respostas aos itens do instrumento:

Versão Original	Tradução 1 – T1 (Tradutor “clínico”: Enfermeiro brasileiro, com experiência em docência na área saúde do idoso; fluente em inglês)	Tradução 2- T2 (Tradutor “cego”: Profissional da área do Direito, sem qualquer experiência com temáticas sobre saúde do idoso; fluente em inglês)	Versão Síntese das traduções - T12 (Intermediada pela responsável pelo estudo; versão de consenso entre os dois tradutores iniciais)	Retradução 1 – RT1 (Retradutor estadunidense nativo, fluente em português-BR; residente no Brasil há mais de dois anos)	Retradução 2 – RT2 (Retradutor brasileiro, residente nos EUA há mais de 20 anos; com dupla nacionalidade)
The response format for the above questions is as follows:	O formato de respostas para as questões abaixo será como se segue:	O formato de respostas para as perguntas acima é o seguinte:	O formato de respostas para as perguntas acima é o seguinte:	The format of the answers to the questions above are the following:	The format of the answers to the questions above are the following:
Circle one: Coding Scheme:	Circule um: Codificação	Um círculo: Esquema de codificação:	Circule uma codificação:	Circle one codification:	Circle one codification:
1= Strongly disagree	Discordo totalmente	Discordo totalmente	1=Discordo totalmente	1=Completely disagree	1=Completely disagree
2=Disagree	Discordo	Discordo	2=Discordo	2=Disagree	2=Disagree
3= Neither agree nor disagree	Não concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	3=Nem concordo nem discord	3=Neither agree nor disagree	3=Neither agree nor disagree
4= Agree	Concordo	Concordo	4=Concordo	4=Agree	=Agree
5= Strongly agree	Concordo totalmente	Concordo totalmente	5=Concordo totalmente	5=Completely agree	5=Completely agree

* These questions are to be reverse scored.	* Estas questões serão pontuadas inversamente	*Essas questões são para pontuação reversa	*Estas questões têm pontuação reversa	* These questions are to be reverse scored.	* These questions are to be reverse scored.
---	---	--	---------------------------------------	---	---

APÊNDICE I – MODELO DO INSTRUMENTO APLICADO NO PRÉ-TESTE

Itens	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) ____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O (A) Sr (a) compreendeu o item? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____ - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
2. Os outros jogaram o cuidado do (a) ____ sobre mim.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O (A) Sr (a) compreendeu o item? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____ - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
3. *Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____ - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
4. Minhas atividades giram em torno do cuidado do(a) ____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____ - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
5. Desde que comecei a cuidar do(a)____ pareço estar cansado o tempo todo.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____ - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
6. É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do(a) ____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____ - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
7. Eu me sinto ressentido por ter que cuidar do(a) ____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o					

reescreveria? _____					
- Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
8. Eu tenho que parar no meio do trabalho.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____					
- Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
9. Eu quero muito cuidar do(a) _____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____					
- Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
10. Minha saúde tem piorado desde que comecei a cuidar do(a) _____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____					
- Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
11. Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do(a) _____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____					
- Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
12. Eu jamais conseguirei retribuir ao(à) _____ cuidando dele(a).	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____					
- Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
13. *Minha família coopera no cuidado do(a) _____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____					
- Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
14. Eu tenho deixado de cumprir compromissos desde que comecei a cuidar do(a) _____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____					
- Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					

()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria?					
15. *Eu tenho força física suficiente para cuidar do(a) ____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria?					
16. Desde que comeci a cuidar do(a) ____, eu me sinto abandonado pela minha família.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria?					
17. Cuidar do(a) ____ me faz sentir bem.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria?					
18. As interrupções constantes tornam difícil encontrar tempo para relaxar.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria?					
19. *Eu sou saudável o suficiente para cuidar do(a) ____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria?					
20. Cuidar do(a) ____ é importante para mim.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria?					
21. Cuidar do(a) ____ causou dificuldade financeira na família.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria?					

reescreveria?					
22. Minha família (irmãos, filhos) me deixou sozinho(a) para cuidar do(a)_____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____ - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
23. Eu gosto de cuidar do(a)_____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____ - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					
24. É difícil pagar pelos gastos com a saúde do(a)_____.	1	2	3	4	5
Em relação á questão acima, por favor, responda: - O(A) Sr(a) compreendeu o item? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-lo mais compreensível? Como o reescreveria? _____ - Em sua opinião, as respostas são claras e fáceis de serem escolhidas? ()Sim ()Parcialmente ()Não. Neste caso, o que sugere para torná-las mais claras? Como as reescreveria? _____					

O formato de respostas para as perguntas acima é o seguinte:

Circule um número que corresponde à sua resposta:

1. Discordo totalmente,
2. Discordo
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

* Estas questões serão pontuadas inversamente.

**APÊNDICE J - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS: PRÉ-TESTE)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(EM DUAS VIAS)**

Prezado(a) Sr(a),

Chamo-me Fernanda Rochelly do Nascimento Mota. Sou enfermeira, e curso Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando uma pesquisa que se chama: “Adaptação transcultural e validação do *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* para uso no Brasil: aplicação com cuidadores informais de idosos dependentes”. O objetivo é traduzir do idioma inglês para o português brasileiro o instrumento chamado *CRA*, que avalia a sobrecarga de cuidadores informais de idosos, adaptá-lo para o contexto cultural de nosso país e verificar se é válido e confiável para ser usado com cuidadores familiares de idosos dependentes.

Este instrumento foi originalmente desenvolvido por pesquisadores dos Estados Unidos da América para identificar e avaliar possíveis problemas resultantes da oferta de cuidado a pessoas com doenças crônicas físicas ou mentais sobre seus familiares cuidadores. Para que possa ser utilizado no Brasil, esse instrumento necessita passar por um processo de adaptação cultural composto por várias etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retradução, comitê de juízes e pré-teste.

O(A) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma dessas etapas: o pré-teste do instrumento. Esta etapa tem o objetivo de avaliar a compreensão de cuidadores informais de idosos dependentes quanto a cada item do instrumento traduzido. Caso aceite participar, o(a) senhor(a) responderá aos itens do instrumento *CRA* traduzido para o Brasil, bem como a perguntas acerca de sua opinião sobre cada item, e a um questionário, para a caracterização dos cuidadores quanto aos dados sociodemográficos e de oferta de cuidados ao idoso.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, não envolvendo qualquer tipo de remuneração ou custos. É assegurado que sua identidade não será divulgada em momento algum do estudo, preservando assim seu anonimato. Além disso, o(a) senhor(a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo à sua pessoa. As informações obtidas pela pesquisa serão utilizadas apenas para fins de divulgação científica.

O benefício do estudo será a existência de um instrumento capaz de avaliar se as pessoas que cuidam de idosos dependentes no domicílio sentem-se ou não sobrecarregadas. Caso seja confirmado que o instrumento é realmente válido e confiável para isto, o mesmo poderá ser utilizado por profissionais que prestam assistência a idosos dependentes, permitindo atender melhor aos usuários dos serviços de saúde que são cuidadores informais de idosos dependentes, assim como o(a) senhor(a) o é.

Caso tenha qualquer dúvida, o(a) senhor(a) pode me procurar em meu endereço: Avenida Mister Hull, 2992, apto 203, bairro Presidente Kennedy, Fortaleza-CE. Fones: (85) 32172803/87060001. E-mail: rochellymotta@yahoo.com.br, ou à minha professora orientadora, Dra. Maria Josefina da Silva, na Rua Alexandre Baraúna, 1115, bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: 33668454

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará também se encontra disponível para esclarecimento de dúvidas e/ou para reclamações: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: (85) 33668344.

Desde já agradeço por sua participação.

Atenciosamente,

Fernanda Rochelly do Nascimento Mota.

Eu, abaixo assinado, _____ anos de idade, RG nº _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário desta pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, bem como sobre a pesquisa. Afirmando que fui devidamente esclarecido(a), clara e detalhadamente, sem qualquer constrangimento ou coerção, sobre

os objetivos, a justificativa, os procedimentos e benefícios desse estudo, e declaro que aceito livremente participar do mesmo. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2013.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Nome do profissional
que aplicou o TCLE

Assinatura do profissional
que aplicou o TCLE

APÊNDICE K - QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES

Caracterização dos cuidadores informais

Nome: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Data: _____

Horário: Início da entrevista: _____ Final da entrevista: _____

Sexo do cuidador? () M () F

Idade do cuidador (anos completos)? _____

Escolaridade? 1() nunca estudou/analfabeto 2() nunca estudou, mas lê e escreve pouco 3() um a quatro anos de estudo 4() cinco a oito anos 5() nove a doze anos 6() 13 ou mais anos de estudo

Situação conjugal? 1() solteiro 2() casado/vive com companheiro 3() divorciado/separado
4() viúvo(a)

Exerce atividade remunerada? 1() não 2() sim. Qual? _____

Exerce outra atividade não remunerada? 1() não 2() sim. Qual? _____

Renda pessoal mensal? OBS: um SM= R\$678,00 1() não tem renda pessoal 2() menor que um SM 3() um SM 4() até dois SM 5() até três SM 6() até quatro SM 7() até cinco SM
8() maior que cinco SM

Parentesco com o idoso cuidado? 1() cônjuge 2() filho(a) 3() neto(a) 4() irmão(ã) 5() outro.
Qual? _____

Reside com o idoso cuidado? 1() sim 2() não

Com quem reside? _____

Há quanto tempo cuida do idoso (em meses/ou anos)? _____

Sexo do idoso cuidado? 1() feminino 2() masculino

Idade do idoso cuidado (anos completos)? _____

Renda pessoal mensal do idoso cuidado? OBS: um SM= R\$678,00 1() sem renda 2() menor que um SM
3() um SM 4() até dois SM 5() até três SM 6() até quatro SM 7() até cinco SM

Fonte da renda do idoso?

Tem ajuda de alguém para cuidar do idoso? 1() não 2() sim. De quem? _____

Aproximadamente quantas horas por semana outras pessoas dedicam ao cuidado do idoso?

Alguém ajuda financeiramente no cuidado do idoso? 1() não 2() sim.
Quem? _____

O(A) Sr(a) tem gastos retirados de sua renda pessoal para pagar despesas do idoso? 1() não 2() sim

Recebeu/recebe orientações para cuidar do idoso? 1() não 2() sim. De quem? _____

O idoso cuidado tem diagnóstico médico de demência? () não () sim

Como o(a) Sr(a) classifica sua saúde? 1()excelente 2()boa 3() razoável 4()ruim 5()péssima

O Sr(a) atualmente faz tratamento para alguma doença? 1()não 2()sim. Qual(is)?

Com que frequência o(a) Sr(a) costuma ter atividades de lazer? 1()nunca 2()raramente 3()mensalmente 4()quinzenalmente 5()semanalmente

O Sr costuma frequentar redes sociais de apoio? (Ex: igreja, grupo religioso, grupo de cuidadores, etc.).

1() não 2()sim. Qual? _____

O Sr pratica alguma atividade física? 1() não 2()sim. Com que frequência?

Outras observações: _____

**APÊNDICE L - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PERITOS AVALIADORES DA VALIDADE DE CONTEÚDO DO CRA-VB)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(EM DUAS VIAS)**

Prezado(a) Sr(a),

Sou Fernanda Rochelly do Nascimento Mota, enfermeira, discente do Curso de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo o estudo intitulado: “Adaptação transcultural e validação do *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* para uso no Brasil: aplicação com cuidadores informais de idosos dependentes”, cujo objetivo é realizar a adaptação transcultural e validação do instrumento *CRA* para uso com cuidadores informais principais de idosos dependentes brasileiros.

Originalmente, o instrumento *CRA*, de idioma inglês, foi desenvolvido por pesquisadores norte-americanos para a avaliação sistemática da sobrecarga de cuidadores informais de pessoas com doenças crônicas físicas e mentais. Para que possa ser utilizado no Brasil, é necessário submeter o *CRA* a um rigoroso processo metodológico de adaptação transcultural ao contexto de nosso país. Além disso, após esse processo, as propriedades psicométricas de validade e confiabilidade do instrumento traduzido e adaptado para a realidade brasileira necessitam ser avaliadas.

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da etapa de análise da validade de conteúdo por especialistas do instrumento *CRA*, que objetiva avaliar a validade de conteúdo dos itens da versão brasileira do instrumento.

Para isto, caso concorde em participar, o (a) senhor (a) receberá, via correio eletrônico, os seguintes documentos: um instrumento para análise da validade de conteúdo do *CRA*, com as devidas instruções prévias para que o(a) Sr(a) realize esta avaliação; um texto informativo sobre a sobrecarga do cuidador de idoso dependente, para maiores esclarecimentos acerca do construto abordado pelo instrumento *CRA*. Ademais, esperamos contar com sua colaboração para responder a todas à solicitação necessária em tempo hábil, que será previamente definido e acordado junto ao (à) senhor (a) pela responsável pelo estudo.

A participação como profissional avaliador da validade de conteúdo do instrumento adaptado é voluntária, não envolvendo qualquer tipo de remuneração ou custos.

Sua participação é muito importante, no entanto, o (a) senhor (a) terá liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo à sua pessoa. Será garantido o sigilo em relação à sua identidade, preservando seu anonimato na divulgação das informações que forem concedidas. Estas, por sua vez, terão como finalidade única colaborar com esta pesquisa, cujos resultados apenas serão utilizados para divulgação em relatórios, eventos e periódicos científicos.

O benefício do estudo será a existência de um instrumento para a avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes, que, se apresentar propriedades psicométricas de validade e confiabilidade satisfatórias, poderá ser utilizado na prática assistencial profissional prestada ao idoso dependente e seu cuidador informal em nosso país.

Caso tenha alguma dúvida, o (a) Sr (a) pode me procurar no endereço: Avenida Mister Hull, 2992, apto 203, bairro Presidente Kennedy, Fortaleza-CE. Fones: (85) 32172803/ 87060001. E-mail: rochellymotta@yahoo.com.br ou à minha orientadora, Professora Dra. Maria Josefina da Silva, na Rua Alexandre Baraúna, 1115, bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: 33668454.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará também se encontra disponível para esclarecimento de dúvidas e/ou para reclamações: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: (85) 33668344.

Desde já agradeço por sua colaboração.

Atenciosamente,

Fernanda Rochelly do Nascimento Mota.

Eu, abaixo assinado, _____ anos de idade, RG nº _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário desta pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, bem como sobre a pesquisa. Afirmando que fui devidamente esclarecido(a), clara e detalhadamente, sem qualquer constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, a justificativa, os procedimentos e benefícios desse estudo, e declaro que aceito livremente participar do mesmo. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2013.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Nome do profissional
que aplicou o TCLE

Assinatura do profissional
que aplicou o TCLE

APÊNDICE M - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO DO *CRA-VB* PELOS PERITOS NA ÁREA DE SAÚDE DO IDOSO

AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO *CRA-VB*

Olá!

Inicialmente, gostaria de agradecer por sua colaboração. Após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que explica sua participação na etapa de validação de conteúdo do instrumento *CRA-VB*, gostaria que o(a) Sr(a) fornecesse algumas informações, que servirão para traçar um perfil dos profissionais participantes desta etapa do estudo:

Nome:

Formação superior:

Maior titulação:

Ocupação atual: Assistência () Ensino () Pesquisa ()

Tempo de experiência com temáticas relativas à saúde do idoso (em anos):

Experiência especificamente com cuidadores informais de idosos dependentes? (Obs.: considerar prática assistencial, docente e de pesquisa-publicações científicas) Não () Sim (). Qual (is)?

Experiência anterior com validação de instrumentos de medição? Não () Sim (). Qual?

Gostaria ainda de reforçar algumas informações importantes sobre o instrumento *Caregiver Reaction Assessment (CRA)*:

O instrumento em questão foi originalmente desenvolvido por enfermeiros e médicos pesquisadores da *Michigan State University* para avaliar a sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas físicas e mentais. Contém 24 itens, agrupados em cinco subescalas, identificadas em seu processo de construção e validação. São elas: “**Programação das atividades diárias**”, com cinco itens, que medem a extensão em que a oferta de cuidados interrompe ou atrapalha atividades diárias dos cuidadores; “**Suporte familiar**”, também com cinco itens, que avaliam a extensão em que o cuidador percebe a falta de apoio e abandono pelos membros da família; “**Questões financeiras**”, de três itens, que mede a tensão financeira sobre o cuidador; “**Saúde física**”, de quatro itens, que afere a percepção do cuidador em relação à deterioração de sua saúde física; e “**Autoestima**”, com sete itens que avaliam as experiências positivas oriundas da prestação de cuidados.

Agora, peço que o (a) Sr (a) julgue cada um dos itens da versão brasileira do instrumento *Caregiver Reaction Assessment (CRA)*, conforme solicitado no quadro que segue. Gostaria de pedir que o (a) Sr (a), por favor, destaque manualmente **em amarelo**, a resposta que elegeu para cada uma das indagações referentes a cada um dos 24 itens do instrumento. Caso deseje fazer outras considerações ou sugestões, peço que o faça no espaço destinado a isso localizado logo abaixo do quadro.

Agradeço novamente por sua colaboração.

Cordialmente,

Fernanda Rochelly N. Mota

Caregiver Reaction Assessment- Versão Brasileira (CRA-VB): Validade de conteúdo

Itens do instrumento	Este item lhe parece claro e compreensivo?	Este item é pertinente para a avaliação da sobrecarga do cuidador informal de idoso dependente?	Este item se enquadra em qual subescala do instrumento?	A presença deste item é relevante no instrumento?	Qual o grau de relevância do item?
1. Eu me sinto privilegiado por cuidar do (a) ____.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
2. Os outros jogaram o cuidado do (a) ____ sobre mim.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
3. *Meus recursos financeiros são suficientes para pagar as despesas com o cuidado.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
4. Minhas	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante

atividades giram em torno do cuidado do (a) ____.			atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima		2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
5. Desde que comecei a cuidar do (a) ____ pareço estar cansado o tempo todo.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
6. É muito difícil conseguir ajuda da minha família para cuidar do (a) ____.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
7. *Eu me sinto ressentido por ter que cuidar do (a) ____.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
8. Eu tenho que parar no meio das atividades que estiver fazendo para cuidar.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
9. Eu quero muito cuidar do (a) ____.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
10. Minha saúde	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante

tem piorado desde que comecei a cuidar do (a) ____.			atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima		2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
11. Eu visito menos os familiares e amigos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
12. Mesmo cuidando do (a) ____, eu jamais conseguirei retribuir o que ele (a) já fez por mim.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
13. *Minha família coopera no cuidado do (a) ____.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
14. Eu tenho deixado de cumprir compromissos desde que comecei a cuidar do (a) ____.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
15. *Eu tenho força física suficiente para cuidar do (a) ____.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante

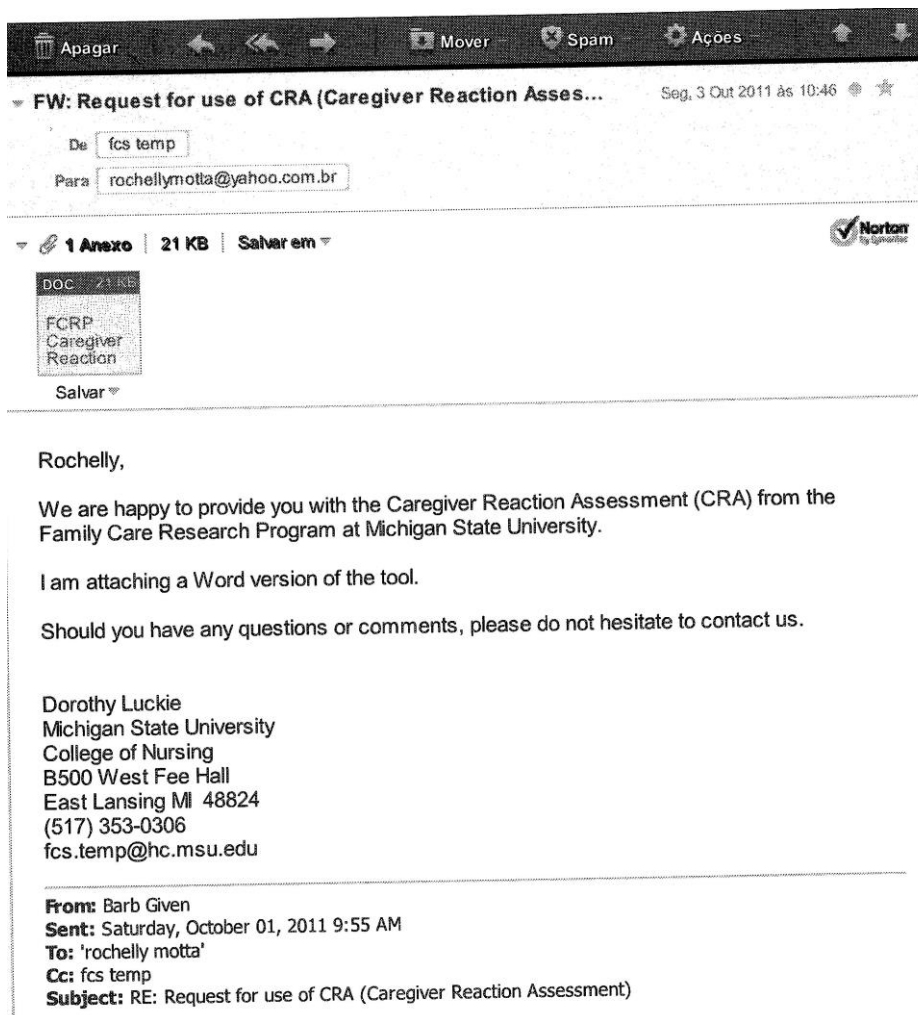
—.			4. Saúde física 5. Autoestima		
16. Desde que comecei a cuidar do (a) —, eu me sinto abandonado pela minha família.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
17. Cuidar do (a) — me faz sentir bem.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
18. É difícil encontrar tempo para descansar por causa das interrupções constantes.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
19. *Eu sou saudável o suficiente para cuidar do (a) —.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
20. Cuidar do (a) — é importante para mim.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
21. Cuidar do (a) — causou dificuldade financeira na	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante

família.			4. Saúde física 5. Autoestima		
22. Minha família (irmãos, filhos) me deixou sozinho (a) para cuidar do (a) ____.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
23. Eu gosto de cuidar do (a) ____.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
24. É difícil pagar pelos gastos com a saúde do (a) ____.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Programação das atividades diárias 2. Suporte familiar 3. Questões financeiras 4. Saúde física 5. Autoestima	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante

Versão original do instrumento: GIVEN, C. W.; GIVEN, B.; STOMMEL, M.; COLLINS, C.; KING, S.; FRANKLIN, S. The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. **Res. Nurs. Health**, v. 15, p. 271-283, 1992.

Outras considerações/sugestões:

**ANEXO A – COMPROVANTE DE AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES DO CRA PARA
A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE OBTENÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA**



Apagar Mover Spam Ações

FW: Request for use of CRA (Caregiver Reaction Asses... Seg, 3 Out 2011 às 10:46

De fcs temp

Para rochellymotta@yahoo.com.br

1 Anexo | 21 KB | Salvar em Norton

DOC 21 KB

FCRP
Caregiver
Reaction

Salvar

Rochelly,

We are happy to provide you with the Caregiver Reaction Assessment (CRA) from the Family Care Research Program at Michigan State University.

I am attaching a Word version of the tool.

Should you have any questions or comments, please do not hesitate to contact us.

Dorothy Luckie
Michigan State University
College of Nursing
B500 West Fee Hall
East Lansing MI 48824
(517) 353-0306
fcs.temp@hc.msu.edu

From: Barb Given
Sent: Saturday, October 01, 2011 9:55 AM
To: 'rochelly motta'
Cc: fcs temp
Subject: RE: Request for use of CRA (Caregiver Reaction Assessment)

ANEXO B – VERSÃO ORIGINAL DO INSTRUMENTO CRA

CAREGIVER REACTION ASSESSMENT INSTRUMENT

Questions	Strongly disagree	Disagree	Neither agree nor disagree	Agree	Strongly agree
1. I feel privileged to care for ____.	1	2	3	4	5
2. Others have dumped caring for ____ onto me	1	2	3	4	5
3. *My financial resources are adequate to pay for things that are required for caregiving.	1	2	3	4	5
4. My activities are centered around care for ____.	1	2	3	4	5
5. Since caring for ____, it seems like I'm tired all of the time.	1	2	3	4	5
6. It is very difficult to get help from my family in taking care of ____.	1	2	3	4	5
7. *I resent having to take care of ____.	1	2	3	4	5
8. I have to stop in the middle of work.	1	2	3	4	5
9. I really want to care for ____.	1	2	3	4	5
10. My health has gotten worse since I've been caring for ____.	1	2	3	4	5
11. I visit family and friends less since I have been caring for ____.	1	2	3	4	5
12. I will never be able to do enough caregiving to repay ____.	1	2	3	4	5
13. *My family works together at caring for ____.	1	2	3	4	5
14. I have eliminated things from my schedule since caring for ____.	1	2	3	4	5
15. *I have enough physical strength to care for ____.	1	2	3	4	5
16. Since caring for ____, I	1	2	3	4	5

feel my family has abandoned me.					
17. Caring for ___ makes me feel good.	1	2	3	4	5
18. The constant interruptions make it difficult to find time for relaxation.	1	2	3	4	5
19. *I am healthy enough to care for ___.	1	2	3	4	5
20. Caring for ___ is important to me.	1	2	3	4	5
21. Caring for ___ has put a financial strain on the family.	1	2	3	4	5
22. My family (brothers, sisters, children) left me alone to care for ___.	1	2	3	4	5
23. I enjoy caring for ___.	1	2	3	4	5
24. It's difficult to pay for ___'s health needs and services.	1	2	3	4	5

Fonte: GIVEN, C.W.; GIVEN, B.; STOMMEL, M.; COLLINS, C.; KING, S.; FRANKLIN, S. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing and Health*, v.15, n.4, p.271-283, 1992.

The response format for the above questions is as follows:

Circle one:

Coding Scheme:

1= Strongly disagree

2= Disagree

3=Neither agree nor disagree

4= Agree

5= Strongly agree

* These questions are to be reverse scored.

ANEXO C - ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA NAS ABVD DE KATZ

Atividades básicas da vida diária – Índice de Katz		
Nome do Idoso:	Sexo:	Idade:
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho		
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência. (entra e sai do banheiro sozinho).	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna).	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.
Vestir		
<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.
Banheiro		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite (esvaziando por si mesmo pela manhã)).	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite.	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
Transferência		
<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.	<input type="checkbox"/> Não sai da cama.
Continência		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.	<input type="checkbox"/> Tem “acidentes*” ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais.	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência.	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

ANEXO D - ESCALA DE LAWTON E BRODY

Atividades instrumentais da vida diária – Escala de Lawton e Brody	
Atividade	Avaliação
1. O (A) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda 3 Com ajuda parcial 2 Não consegue 1
2. O (A) Sr(a) consegue ir a locais distantes usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda 3 Com ajuda parcial 2 Não consegue 1
3. O (A) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda 3 Com ajuda parcial 2 Não consegue 1
4. O (A) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda 3 Com ajuda parcial 2 Não consegue 1
5. O (A) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda 3 Com ajuda parcial 2 Não consegue 1
6. O (A) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda 3 Com ajuda parcial 2 Não consegue 1
7. O (A) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda 3 Com ajuda parcial 2 Não consegue 1
8. O (A) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda 3 Com ajuda parcial 2 Não consegue 1
9. O (A) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda 3 Com ajuda parcial 2 Não consegue 1
TOTAL	_____ pontos

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

**ANEXO E - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DE COPARTICIPAÇÃO DA
SMS/FORTALEZA**

DECLARAÇÃO

Processo Nº. **2003150439774/2013**.

Título do projeto de pesquisa: **TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO
TRANSCULTURAL PARA O BRASIL DO CAREGIVER REACTION
ASSESSMENT PARA CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS.**

Pesquisador (a): responsável: **FERNANDA ROCHELLY DO NASCIMENTO
MOTA.**

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC.**

O Sistema Municipal de Saúde Escola, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio do Sistema Municipal de Saúde Escola, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 30 de abril de 2013.



Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora Geral do Sistema
Municipal de Saúde Escola

**ANEXO F - AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO DISTRITO DE SAÚDE DA
SER I PARA A COLETA DE DADOS NAS ÁREAS DAS UAPS SORTEADAS**



CI nº 220 / 2013 / APS - SR I

Fortaleza, 12 de Setembro de 2013.

**Para: UAPS LINEU JUCÁ, REBOUÇAS MACAMBIRA, FRANCISCO DOMINGOS DA
SILVA E FLORESTA**

Assunto: Pesquisa

Venho por meio desta, informar que a aluna Fernanda Rochelly do Nascimento Mota irá realizar uma pesquisa intitulada: "Tradução e Adaptação Transcultural para o Brasil do *Caregiver Reaction Assessment* para Cuidadores Informais de Idosos Dependentes". Os sujeitos da pesquisa serão os cuidadores de idosos dependentes das áreas adscritas à Unidades de Saúde. A coleta de dados será realizada durante o mês Setembro de 2013. Vale ressaltar que a SMSE emitiu parecer favorável.

Atenciosamente,

Lorena Lodo
ASSESSORA TÉCNICA

ANEXO G - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O BRASIL DO CAREGIVER REACTION ASSESSMENT PARA CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS.

Pesquisador: Fernanda Rochelly do Nascimento Mota

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11842913.6.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 339.782

Data da Relatoria: 18/07/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado orientado pela professora Maria Josefina da Silva e caracterizado como um estudo metodológico para adaptação transcultural do instrumento Caregiver Reaction Assessment (CRA). A pesquisadora adotará o referencial metodológico adotado de Beaton et al (2007) e organizará o estudo nas fases de: tradução inicial, síntese das traduções, tradução de volta à língua de origem, revisão por um comitê de juízes e pré-teste. Os autores do instrumento original autorizaram a realização da tradução e adaptação do CRA para o Brasil. Na fase de tradução inicial, serão convidados como tradutores: um enfermeiro, brasileiro, mestre em Enfermagem, com experiência em docência universitária na área de saúde do idoso, com proficiência no idioma inglês atestada por aprovação no exame TOEFL (Test Of English as a Foreign Language), e um professor de inglês avançado, brasileiro, com experiência anterior de residência no país onde a versão original do instrumento foi desenvolvida. Na fase de síntese das traduções, as versões traduzidas, geradas de forma independente pelos dois tradutores, designadas T1 e T2, deverão ser sintetizadas em uma versão única (T12). A pesquisadora mediará divergências para obtenção da versão T12. Na fase de retrotradução, outros dois tradutores serão recrutados para realizar, de forma independente, a tradução de volta à língua de origem da versão T12 do instrumento. Serão convidados duas pessoas nativas dos Estados Unidos da América que residem

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 339.782

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A realização da pesquisa não realizará exposição dos participantes a desconfortos ou constrangimentos.

Benefícios: Existência de uma ferramenta de medida internacionalmente referenciada para avaliação da sobrecarga de cuidadores informais principais de idosos dependentes, com conteúdo válido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: declaração de anuência do Sistema Municipal de Saúde Escola; carta de encaminhamento da pesquisa ao CEP; declaração de responsabilidade; folha de rosto; declaração de vínculo com a UFC; correspondência eletrônica com anuência dos autores do instrumento original; TCLE para tradutores; TCLE para retrotradutores; TCLE para o comitê de juizes; TCLE para cuidadores.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:


Não


Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br


ANEXO H - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO CRA-VB À APRECIÇÃO DOS AUTORES DA VERSÃO ORIGINAL


17/3/2014 (6686 não lidos) - rochellymotta - Yahoo! Mail


[Início](#)
[Mail](#)
[Notícias](#)
[Esportes](#)
[Finanças](#)
[Tempo](#)
[Jogos](#)
[Grupos](#)
[Respostas](#)
[Screen](#)
[Flickr](#)
[Celular](#)
[Mais](#)


 Oi, rochelly


 PUBLICIDADE


 Recolher cartões de visita

 Escrever


 Resultados da busca

 Apagar

 Mover

 Mais

Entrada (6686)
 Rascunhos (156)
 Enviadas
Spam (15)
 Lixeira
 > Pastas
 > Recente

Publicidade

 Todo mundo sabe. Emprego novo é na Catho. Assine e encontre as melhores oportunidades.

Automatic reply: Contact from Brazil-final version of ... (9)

Eu 8 Dez 2013

Para barb.given@hc.msu.edu, fcs.temp@hc.msu.edu

Dear Dr. Barbara Given,
 As our previous authorization, we are doing the translation, adaptation and validation of the Caregiver Reaction Assessment Instrument for use in Brazil with informal caregivers of dependent elderly treated at primary health care services. To obtain the version in portuguese spoken in Brazil, we carried out a process of cultural adaptation of the original instrument, with the following steps (Beaton *et al.*, 2007): initial translation, synthesis of the translations, backtranslation, review by a expert committee and pre-test of the instrument. Right now, we are sending to you the final version of the instrument (attached) back-translated to English after going through above the process mentioned above.
 We would like to know if you agree with the version or think we have to change the meaning of any questions, and also with you have suggestions.
 We also would let you know that some expressions needed to be translated using different words in Brazilian Portuguese, trying to keep the meaning of the original version. The most significant changes were in the questions 8, 12, 14, 18, 24.
 Thank you for your attention,
 Yours sincerely,
 Rochelly Mota
 RN
 ----- Mensagem encaminhada -----
De: fcs temp <fcs.temp@hc.msu.edu>
Para: rochellymotta@yahoo.com.br
Enviadas: Segunda-feira, 3 de Outubro de 2011 10:46
Assunto: FW: Request for use of CRA (Caregiver Reaction Assessment)

Rochelly,

We are happy to provide you with the Caregiver Reaction Assessment (CRA) from the Family Care Research Program at Michigan State University.

I am attaching a Word version of the tool.

Should you have any questions or comments, please do not hesitate to contact us.

Dorothy Luckie
 Michigan State University
 College of Nursing
 B500 West Fee Hall
 East Lansing MI 48824
 (517) 353-0306
 fcs.temp@hc.msu.edu

From: Barb Given
Sent: Saturday, October 01, 2011 9:55 AM
To: 'rochelly motta'
Cc: fcs temp
Subject: RE: Request for use of CRA (Caregiver Reaction Assessment)

It will not be possible to get permissions from anyone except the Givens as we are the ones who copyrighted it. s

From: rochelly motta [mailto:rochellymotta@yahoo.com.br]
Sent: Saturday, October 01, 2011 9:23 AM
To: Barb Given
Subject: Request for use of CRA (Caregiver Reaction Assessment)

Dear Prof. Dr. Barbara Given,

<https://br-mg5.mail.yahoo.com/neo/launch?.rand=eicqd9puq716f#mail>

1/3

ANEXO I – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO CRA PELOS AUTORES DA VERSÃO ORIGINAL

17/3/2014


(6686 não lidos) - rochellymotta - Yahoo! Mail

[Início](#) | [Mail](#) | [Notícias](#) | [Esportes](#) | [Finanças](#) | [Tempo](#) | [Jogos](#) | [Grupos](#) | [Respostas](#) | [Screen](#) | [Flickr](#) | [Celular](#) | [Mais](#)

Oi, rochelly

Escrever | Resultados da busca | Apagar | Mover | Mais | PUBLICIDADE | Recolher cartões de visita

Entrada (6686)
 Rascunhos (156)
 Enviadas
 Spam (15)
 Lixeira
 > Pastas
 > Recente

Publicidade

 Todo mundo sabe. Emprego novo é na Catho. Assine e encontre as melhores oportunidades.

2 Anexos | Visualizar tudo | Baixar tudo

FCRP Caregiver Rea...doc Exibir | Baixar
 Translation portugu...doc Exibir | Baixar

Responder, Responder a todos ou Encaminhar | Mais

fcs temp As of July 18, 2013, I am no longer 8 Dez 2013
 Eu Dear Dr. Barbara Given, As our previous... 9 Dez 2013
 Eu Dear Dr Dorothy Luckie, I forward the em... 10 Dez 2013
 Dorothy Luckie Rochelly, Sorry for the dela... 11 Dez 2013
 Eu Dear Dr Dorothy Luckie, It's okay. I'll be w... 11 Dez 2013
 Dorothy Luckie 13 Dez 2013
 Para Eu

Rochelly,

I've reviewed your translation and it is fine – it does not change the meanings.

Again, I apologize for the delay in getting back with you.

Dorothy Luckie
 Michigan State University
 College of Nursing
 C360I Bott Building
 1355 Bogue St
 East Lansing MI 48824
 (517) 353-0306
Dorothy.Luckie@hc.msu.edu

> [Mostrar histórico de mensagens](#)

Responder, Responder a todos ou Encaminhar | Mais

Eu Dear Dorothy Luckie, All is well! Thank yo... 13 Dez 2013
 Dorothy Luckie I will be out of the office sta... 13 Dez 2013

