UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

EDILENE ARAÚJO MONTEIRO

Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal em
uma amostra de cuidadores brasileiros

Ribeirão Preto

2014

EDILENE ARAÚJO MONTEIRO

Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal em uma amostra
de cuidadores brasileiros

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto
com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti
Dantas

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Monteiro, Edilene Araújo

Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal em uma amostra de cuidadores brasileiros. Ribeirão Preto, 2014.

177 p. : il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Rosana Aparecida Spadoti Dantas

1. Pesquisa Metodológica em Enfermagem. 2. Estudos de Validação. 3. Cuidadores. 4. Idoso. 5. Enfermagem Geriátrica.

MONTEIRO, EDILENE ARAÚJO

Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal em uma amostra de cuidadores brasileiros

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental.

Aprovada em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Aos meus queridos pais, **Enock**, e **Maria José**, pelo amor, pelo zelo, pelas orações, por estarem
sempre presentes em minha vida e pelo exemplo que são para mim;*

*A minha irmã **Edilane**, pelo carinho, apoio, incentivo e por sua amizade e presença
constante;*

REFERÊNCIA AO DINTER

A presente tese resulta do convênio entre o Programa de Pós-graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com a Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal do Piauí, no Projeto de Doutorado Interinstitucional, financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me dá, a cada dia, o fôlego de vida, que é a razão do meu viver e sem o qual nada posso fazer. Tenho plena certeza de que cheguei até aqui por sua força e presença comigo. A Ele, toda a honra, toda a glória e todo o louvor;

À minha orientadora, a Prof^ª. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas, um presente de Deus para mim. Uma pessoa incrível, competente, dedicada e gentil, com a qual aprendi muito. Muito obrigada por seu empenho neste trabalho;

As minhas irmãs, Edilane, Edileide, Edileuza, Elma e Girlene, e ao meu irmão, Enock Júnior, pelo carinho, pela atenção, por estarem sempre presentes em minha vida e pelas orações;

As minhas queridas sobrinhas, Jéssica, Larissa, Andressa, Luísa, Evelin, Lohanna, Laura, Rebeca e Pâmela, por serem alegria e orgulho em minha vida e pelo amor demonstrado. Enfim, a toda a minha família, pelo incentivo e pelas orações;

A minha amiga e irmã de coração, Lourdes, que tem me acompanhado em muitos momentos da minha vida, por todo o apoio e por ser um exemplo para mim;

Às Professoras Dras. Antônia de Oliveira e Miriam Nóbrega, pelo empenho no planejamento e na execução do DINTER/UFPB/UFPI, contribuindo, assim, para a concretização desta etapa importante de nossa vida;

À Professora Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, por todo o apoio para a concretização deste Doutorado, pelo carinho e pelo exemplo para todas nós;

À Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e ao Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria (DESP);

A todos os Professores do DINTER, por compartilharem seus conhecimentos e suas experiências e pela dedicação;

Às Professoras da Área de Saúde da Mulher, do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria - UFPB, pelo apoio recebido;

Às amigas e professoras, Socorro Sousa e Semírames, pela amizade, pelo carinho, pelas orações e por todo o apoio recebido durante o período do Doutorado;

Às alunas Cleane, Mikaelly, Débora, Rayssa, Renata, Mayara e Fernanda, pelo apoio na coleta dos dados, que contribuiu para a realização deste estudo;

As minhas amigas Rudgy e Fernanda Sousa, pelo carinho e pelo apoio recebidos;

Aos meus amigos e irmãos em Cristo, que me ampararam com suas orações;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro para a realização do DINTER/ERP-USP/UFPB/UFPI;

A todos os cuidadores de idosos que nos receberam em suas casas e se dispuseram a participar da pesquisa, possibilitando sua execução;

Enfim, a todos os amigos que, direta ou indiretamente, participaram deste trabalho e contribuíram para sua realização.

Ser cuidador é se doar, doar-se por inteiro, para aqueles que precisam de atenção, de carinho, de compreensão (...). Ser cuidador é saber entender os estágios da vida (...) é amar o próximo e respeitá-lo como ser humano cheio de experiência e de lições de vida!

(<http://ahavaafetonocuidar.blogspot.com.br/p/ser-cuidador-e.html>)

RESUMO

MONTEIRO, E. A. **Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal em uma amostra de cuidadores brasileiros**. 2014. 177 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

O envelhecimento populacional no Brasil tem sido influenciado pela transição demográfica e epidemiológica. Em consequência, prevalecem as doenças crônicas e ocorre um decréscimo na capacidade funcional do idoso. É quando surge a necessidade do cuidador no contexto das famílias. Os objetivos deste estudo metodológico foram adaptar para uso no Brasil o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) e analisar as propriedades psicométricas em uma amostra de cuidadores informais de idosos. O QASCI é composto por 32 itens cujas respostas são obtidas em valores que variam de um a cinco e integra sete domínios: Implicações na vida pessoal; Satisfação com o papel e com o familiar; Reações a exigências; Sobrecarga emocional; Apoio familiar; Sobrecarga financeira e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle. O escore total varia de 32 a 160, e quanto maior o valor, maior a sobrecarga. O processo de adaptação seguiu os passos metodológicos, conforme preconizado pela literatura: adaptação semântica, avaliação pelo comitê de juízes, análise semântica dos itens, obtenção da versão final e análise das propriedades psicométricas. Os dados foram coletados mediante entrevistas domiciliares, no período de setembro de 2012 a fevereiro de 2013, nas áreas cadastradas das Equipes de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB. Participaram do estudo 132 cuidadores de idosos que apresentavam alguma dependência funcional. A validade de constructo convergente do QASCI foi avaliada com testes de correlação de Pearson entre as medidas de sobrecarga e de constructos correlatos (ansiedade e depressão); análise fatorial confirmatória (dimensionalidade) e teste para comparação de grupos conhecidos (idade, tempo de cuidado, nível de dependência); e a confiabilidade foi avaliada pela consistência interna de seus itens (alfa de Cronbach). O nível de significância adotado foi de 0,05. A maioria dos participantes era do sexo feminino (87,1%), casados (47,7%), com idade média de 50 anos e oito anos de escolaridade. Quanto ao grau de parentesco com o idoso, 63% eram filhos, e 14%, cônjuges. Cerca de 89% dos cuidadores residiam com o idoso, apresentavam média de sete anos de tempo de cuidado, e 39% não contavam com ajuda no cuidado ao idoso. Quanto às propriedades avaliadas, em relação à validade de constructo convergente da versão adaptada do QASCI, obtivemos correlação forte entre as medidas de sobrecarga e de depressão ($r=0,61$; $p=0,001$) e correlação moderada entre as medidas de sobrecarga e de ansiedade ($r=0,50$, $p=0,001$) (validade convergente). Na comparação das medidas de sobrecarga segundo a idade do cuidador (adultos e idosos) ($p=0,046$) e classificação da dependência do idoso ($p=0,001$), confirmamos nossas hipóteses iniciais. A análise fatorial confirmatória evidenciou bom ajuste do modelo de medida advindo da versão adaptada do QASCI e manteve a estrutura fatorial inicialmente assumida no modelo proposto pelos autores da versão original. Quanto à confiabilidade, obtivemos valor adequado para a consistência interna da versão adaptada do QASCI considerando o total dos itens ($\alpha=0,92$) e as dimensões (alfas variando de 0,51 a 0,88). Diante dos resultados, concluímos que a versão adaptada do QASCI atendeu aos critérios de validade e confiabilidade na amostra estudada. Sugerem-se novos estudos a fim de testar essas propriedades em outros grupos de cuidadores brasileiros.

Descritores: Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Estudos de Validação; Cuidadores; Idoso; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

MONTEIRO, E. A. **Validation of the Questionnaire for Assessment of Informal Caregiver Burden in a sample of Brazilian caregivers**. 2014. 177 f. Thesis (Graduate Program in Fundamental Nursing) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

Demographic aging in Brazil has been influenced by the epidemiological and demographic transition. As a consequence, chronic diseases prevail and the functional capability of the elderly decreases. That is when the presence of a caregiver in the family context becomes necessary. The objectives of this methodological study were to adapt the Questionnaire for Assessment of Informal Caregiver Burden (QAICB) for its use in Brazil and to analyze psychometric properties in a sample of informal caregivers of elderly individuals. The QAICB is comprised of 32 items whose answers are obtained in values ranging from one to five, integrating seven domains: Implications in personal life; Satisfaction with the role and the family member; Reactions to demands; Emotional burden; Family support; Financial burden and Perception of the mechanisms of efficacy and control. The total score varies between 32 and 160, and the higher the score, the greater the burden. The adaptation process followed the methodological steps recommended in literature: semantic adaptation, evaluation by a committee of judges, semantic analyses of the items, obtainment of the final version and analysis of psychometric properties. Data were collected by means of home interviews, between September of 2012 and February of 2013, in the registered areas of the Family Health Teams of João Pessoa, state of Paraíba. Study participants were 132 caregivers of elderly individuals with some functional dependence. The validity of convergent construct of the QAICB was assessed by means of Pearson's correlation tests between the measures of burden and correlated constructs (anxiety and depression); confirmatory factor analysis (dimensionality) and test for comparison of known groups (age, time of care, level of dependence); and the reliability was assessed by the internal consistency of the items (Cronbach's alpha). The level of significance adopted was 0.05. Most of the participants were women (87.1%), married (47.7%), with a mean age of 50 years and eight years of education. Regarding the relationship of the caregiver to the elderly, 63% were children, and 14% were spouses. Approximately 89% of the caregivers lived with the elderly, presented a mean time of care of seven years, and 39% did not have any help in the care of the elderly. Regarding the properties evaluated, in relation to the validity of the convergent construct of the adapted version of the QAICB, a strong correlation was found between the measures of burden and depression ($r=0.61$; $p=0.001$) and a moderate correlation was observed between the measures of burden and anxiety ($r=0.50$, $p=0.001$) (convergent validity). In the comparison of the measures of burden as for the age of the caregiver (adults and elderly) ($p=0.046$) and the classification of the dependence of the elderly ($p=0.001$), the initial hypotheses of the authors were confirmed. The confirmatory factor analysis evidenced a good adjustment of the measure model originating from the adapted version of the QAICB and the factor structure initially assumed in the model proposed by the authors of the original version was maintained. As for reliability, an adequate value was obtained for the internal consistency of the adapted version of the QAICB, considering the total of the items ($\alpha=0.92$) and the dimensions (alpha varying between 0.51 and 0.88). In light of the results, the adapted version of the QAICB showed compliance with the criteria of validity and reliability in the studied sample. New studies are suggested so as to test these properties in other groups of Brazilian caregivers.

Descriptors: Nursing Methodology Research; Validation Studies; Caregivers; Aged; Geriatric Nursing.

RESUMEN

MONTEIRO, E. A. **Validación del Cuestionario de Evaluación de la Sobrecarga del Cuidador Informal en una muestra de cuidadores brasileños**. 2014. 177 f. Tesis (Doctorado en Enfermería Fundamental) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

El envejecimiento poblacional en Brasil resultó influenciado por la transición demográfica y epidemiológica. Consecuentemente, prevalecen las enfermedades crónicas y existe decremento en la capacidad funcional del anciano. Surge allí la necesidad del cuidador en el contexto familiar. Este estudio metodológico objetivó adaptar para su utilización en Brasil el Cuestionario de Evaluación de la Sobrecarga del Cuidador Informal (QASCI) y analizar las propiedades psicométricas sobre muestra de cuidadores informales de ancianos. El QASCI está compuesto por 32 ítems, con respuestas obtenidas en valores de uno a cinco, y abarca siete dominios: Implicancias en la vida personal; Satisfacción con el papel y con el familiar; Reacciones a exigencias; Sobrecarga emocional; Apoyo Familiar; Sobrecarga financiera y Percepción de los mecanismos de eficacia y control. El puntaje total varía entre 32 y 160; a mayor valor corresponde mayor sobrecarga. El proceso de adaptación siguió los pasos metodológicos, según recomendaciones de la literatura: adaptación semántica, evaluación por comité de jueces, análisis semántico de ítems, obtención de versión final y análisis de propiedades psicométricas. Datos recolectados mediante entrevistas domiciliarias, entre setiembre 2012 y febrero 2013, en las áreas registradas de los Equipos de Salud de la Familia del municipio de João Pessoa-PB. Participaron del estudio 132 cuidadores de ancianos que presentaban algún tipo de dependencia funcional. La validez del constructo convergente del QASCI fue evaluada con tests de correlación de Pearson entre las medidas de sobrecarga, y de constructos co-relatados (ansiedad y depresión); análisis factorial confirmatorio (dimensionalidad) y test para comparación de grupos conocidos (edad, tiempo de cuidado, nivel de dependencia); la confiabilidad fue evaluada por la consistencia interna de sus ítems (alfa de Cronbach). El nivel de significatividad adoptado fue de 0,05. La mayoría de los participantes era de sexo femenino (87,1%), casados (47,7%), media etaria de 50 años y ocho años de escolarización. Respecto al grado de parentesco con el anciano, 63% eran hijos y 14% cónyuges. Cerca del 89% de los cuidadores residía con el anciano, presentaban media de siete años de tiempo de cuidado, 39% no contaba con ayuda en el cuidado del anciano. En referencia a las propiedades evaluadas, en relación a la validez del constructo convergente de la versión adaptada del QASCI, obtuvimos fuerte correlación entre las medidas de sobrecarga y de depresión ($r=0,61$; $p=0,001$) y correlación moderada entre las medidas de sobrecarga y de ansiedad ($r=0,50$; $p=0,001$) (validez convergente). En la comparación de medidas de sobrecarga según edad del cuidador (adultos y ancianos) ($p=0,046$) y clasificación de dependencia del anciano ($p=0,001$), confirmamos nuestras hipótesis iniciales. El análisis factorial confirmatorio evidenció buen ajuste del modelo de medida derivado de la versión adaptada del QASCI y mantuvo la estructura factorial inicialmente asumida en el modelo propuesto por los autores de la versión original. En cuanto a la confiabilidad, obtuvimos un valor adecuado para la consistencia interna de la versión adaptada del QASCI, considerando el total de ítems ($\alpha= 0,92$) y las dimensiones (alfas variando de 0,51 a 0,88). Ante los resultados, concluimos en que la versión adaptada del QASCI atendió los criterios de validez y confiabilidad en la muestra estudiada. Se sugieren nuevos estudios a efectos de probar tales propiedades en otros grupos de cuidadores brasileños.

Descriptores: Investigación Metodológica en Enfermería; Estudios de Validación; Cuidadores; Anciano; Enfermería Geriátrica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Hipóteses do sentido e da força das correlações entre a medida de sobrecarga do QASCI e os domínios do SF-36.....	65
Quadro 2	Hipóteses do sentido e da força das correlações entre a medida de sobrecarga do QASCI e as medidas de ansiedade e depressão do HADS-A e HADS-D.....	65
Quadro 3	Hipóteses do sentido e da força das correlações entre a medida de sobrecarga do QASCI e a idade do cuidador e o tempo que desempenha o papel de cuidador.....	66
Quadro 4	Apresentação das versões do QASCI para uso em Portugal e no Brasil. João Pessoa, 2012 – 2013.....	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Processo de Adaptação Cultural do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)	56
Figura 2	Análise Fatorial Confirmatória da versão adaptada do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise descritiva das características sociodemográficas dos cuidadores de idosos. João Pessoa, 2012-2013 (n= 132)	69
Tabela 2	Análise descritiva das variáveis relacionadas ao cuidado do idoso. João Pessoa, 2012-2013 (n= 132)	70
Tabela 3	Análise descritiva das características sociodemográficas dos idosos cujos cuidadores participaram do estudo. João Pessoa, 2012-2013 (n= 132)	71
Tabela 4	Frequência das comorbidades dos idosos, segundo o relato dos cuidadores. João Pessoa, 2012-2013 (n= 132)	71
Tabela 5	Distribuição dos idosos segundo a capacidade de executar as atividades básicas da vida diária, propostas pelo Índice de Katz, na avaliação dos cuidadores. João Pessoa, 2012-2013 (n= 132).....	72
Tabela 6	Distribuição dos idosos segundo a habilidade para realizar as atividades instrumentais da vida diária, na avaliação dos cuidadores. João Pessoa, 2012-2013	73
Tabela 7	Caracterização dos cuidadores de idosos que participaram da análise semântica. João Pessoa, 2012 (n= 30).....	78
Tabela 8	Distribuição das respostas dos 30 cuidadores na avaliação geral da versão brasileira do QASCI. João Pessoa, 2012.....	79
Tabela 9	Distribuição das respostas de 10 cuidadores (Grupo I) na avaliação específica do instrumento de validação semântica, considerando os itens dos domínios Sobrecarga emocional, Sobrecarga financeira e Reações às exigências da versão brasileira do QASCI. João Pessoa, 2012.....	80
Tabela 10	Distribuição das respostas de 10 cuidadores (Grupo II) na avaliação específica do instrumento de validação semântica considerando os itens do domínio Implicações na vida pessoal da versão brasileira do QASCI. João Pessoa, 2012.....	81
Tabela 11	Distribuição das respostas de 10 cuidadores (Grupo III) na avaliação específica do instrumento de validação semântica, considerando os itens dos domínios Mecanismos de eficácia e de controle, Apoio familiar e Satisfação com o papel e com o familiar da versão brasileira do QASCI. João Pessoa, 2012.....	82
Tabela 12	Análise descritiva da versão adaptada do QASCI* (escore total e itens) para os 132 cuidadores de idosos. João Pessoa, 2012-2013.....	84

Tabela 13	Distribuição do percentual dos itens às respostas da versão adaptada para o Brasil do QASCI* para os 132 cuidadores de idosos. João Pessoa, 2012-2013.....	85
Tabela 14	Análise descritiva e consistência interna do QASCI* escore total e de seus domínios para a amostra estudada (n= 132). João Pessoa, 2012-2013.....	87
Tabela 15	Coeficiente de correlação do item – total, Alfa de Cronbach total dos itens do QASCI e alfa quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013.....	88
Tabela 16	Coeficiente de correlação do item- total, alfa de Cronbach para o total e os itens do domínio Sobrecarga emocional e quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013.....	90
Tabela 17	Coeficiente de correlação do item- total, alfa de Cronbach para o total e os itens do domínio Implicações na vida pessoal e quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013.....	91
Tabela 18	Coeficiente de correlação do item- total, alfa de Cronbach para o total e os itens do domínio Reações às exigências e quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013.....	92
Tabela 19	Coeficiente de correlação do item- total, alfa de Cronbach para o total e os itens do domínio Percepção dos mecanismos de eficácia e controle e quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013.....	92
Tabela 20	Coeficiente de correlação do item- total, alfa de Cronbach para o total e os itens do domínio Satisfação com o papel e com o familiar e quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013.	93
Tabela 21	Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do QASCI* e o total da escala. João Pessoa, 2012-2013.....	95
Tabela 22	Análise descritiva e consistência interna dos instrumentos SF-36 [®] e HADS-Ansiedade e HADS-Depressão [®] para a amostra estudada (n= 132). João Pessoa, 2012-2013.....	96
Tabela 23	Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais versão adaptada e os domínios do SF-36 [®] e a medida total da HADS-Depressão e HADS-Ansiedade [®] . João Pessoa, 2012-2013.....	98
Tabela 24	Comparação entre as médias das variáveis do QASCI* (total e domínios) e nível de dependência dos idosos nas atividades básicas da vida diária propostos pelo Índice de Katz. João Pessoa, 2012 – 2013 (n= 132).....	99

Tabela 25	Comparação entre as médias das variáveis do QASCI* (total e domínios) e nível de dependência dos idosos nas atividades instrumentais da vida diária propostos por Lawton. João Pessoa, 2012 – 2013 (n= 132).....	100
Tabela 26	Coeficientes de correlação de Pearson entre o escore total do QASCI* e as variáveis, idade do cuidador e tempo de cuidado. João Pessoa, 2012-2013.....	100
Tabela 27	Comparação das médias de sobrecarga (QASCI escore total)* segundo grupos conhecidos (idade do cuidador e tempo de cuidado). João Pessoa, 2012-2013.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAS	Burden Assessment Scale
BCOS	Bakas Caregiving Outcomes Scale
BSPAS	Burns Specific Pain Anxiety Scale
CBI	Caregiver Burden Interview
CBScale	Caregiver Burden Scale
CFI	Comparative Fit Index
CI	Cuidador Informal
CRA	Caregiver Reaction Assessment
CSI	Caregiver Strain Questionnaire
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DOBI	Dutch Objective Burden Inventory
D.P.	Desvio-padrão
ESF	Equipes de Saúde da Família
FBIS	Family Burden Interview Scale
GFI	Goodness of Fit Index
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LISREL	Linear Structural RELations
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MES	Modelos de Equações Estruturais
NAS	Nursing Activities Score
NCBI	National Center for Biotechnology Information
NLM	National Library of Medicine
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PB	Paraíba
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PubMed	Library's National for Biotechnology Information
QASCI	Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidador Informal
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RMSEA	Root Mean Square Error of Aproximation
SAS	Statistical Analysis System
SCQ	Sense of Competence Questionnaire
SEM	Structural Equation Modeling
SF- 36	Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey
SGRQ	St George's Respiratory Questionnaire
SPSS	Statistical Package for the Social Science
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
VES-13	Vulnerable Elders Survey -13
VFPB	Versão Final para o Português do Brasil
VOPP	Versão Original do Português de Portugal
VPB-1	Versão para o Português do Brasil
VPB-2	Versão para o Português do Brasil
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	20
1.1 Justificativa e Relevância do Estudo.....	21
2. OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivos Gerais.....	26
2.2 Objetivos Específicos.....	26
3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	27
3.1 Envelhecimento: doenças crônicas e capacidade funcional.....	28
3.2 O cuidador familiar de idosos: aspectos da saúde e a sobrecarga do cuidado.....	32
3.3 O uso de instrumentos psicométricos para mensurar a sobrecarga de cuidadores.....	37
3.4 Adaptação transcultural de um instrumento de medida de constructo subjetivo e análise das propriedades psicométricas.....	42
4. MÉTODO	52
4.1 Delineamento do estudo.....	53
4.2 Permissão dos autores para a adaptação e uso do instrumento.....	53
4.3 Proteção aos sujeitos do estudo.....	53
4.4 Local do estudo.....	54
4.5 População e amostra.....	54
4.6 Adaptação semântica do QASCI para uso no Brasil.....	55
4.6.1 Adaptação do QASCI.....	56
4.6.2 Avaliação pelo Comitê de Juízes.....	57
4.6.3 Validação Semântica do Instrumento.....	57
4.7 Coleta dos dados.....	58
4.8 Descrição dos instrumentos de coleta de dados.....	60
4.8.1 Instrumentos respondidos pelo cuidador e referentes ao idoso.....	60
4.8.2 Instrumentos para a avaliação do cuidador.....	62
4.9 Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do QASCI.....	63
4.9.1 Validade de constructo (dimensionalidade, validade de constructo convergente e validade por grupos conhecidos).....	64
4.9.2 Análise da consistência interna dos itens da versão brasileira do QASCI.....	66
4.10 Processamento e análise dos dados.....	67
5. RESULTADOS.....	68
5.1 Resultados relacionados à identificação dos cuidadores e dos idosos.....	69
5.2 Resultados do processo de validação semântica da versão portuguesa do QASCI (total e seus domínios) para o Brasil.....	73
5.3 Resultados das análises descritivas e de validação psicométrica da versão brasileira do instrumento QASCI.....	83
5.3.1 Resultados das análises descritivas e da consistência interna.....	83
5.3.2 Resultados da validação de constructo da versão brasileira do QASCI.....	93
5.3.2.1 Análise da validade de constructo convergente.....	94
5.3.2.2 Análise da validação de grupos conhecidos.....	99

5.3.2.3 Dimensionalidade da versão adaptada do QASCI usando a Análise Fatorial Confirmatória.....	101
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	103
7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICES.....	148
ANEXOS.....	165

1. INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa e Relevância do Estudo

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que está relacionado às modificações na estrutura etária da população, a partir do declínio da fecundidade e do aumento no número de pessoas idosas. Cada sociedade define o limite de idade para caracterizar uma pessoa idosa (CARVALHO; GARCIA, 2003; PARAHYBA; SIMÕES, 2006). Comumente, utiliza-se o critério cronológico empregado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que define o idoso como a pessoa que apresenta 65 anos ou mais, nos países desenvolvidos, e 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento (WHO, 1984). A legislação brasileira também utiliza a idade de 60 anos para delimitar o período de aposentadoria, orientar os estudos de comparação entre populações e estabelecer políticas concernentes ao idoso (RODRIGUES et al., 2007). O aumento significativo da população idosa no mundo é expresso por meio de projeções que apontam um acréscimo de quase 600 milhões a dois bilhões de pessoas acima de 60 anos, assinalando que, até 2050, haverá um quantitativo maior de idosos do que menores de 15 anos (ONU, 2007).

No Brasil, o crescimento da população idosa foi influenciado pela transição demográfica relacionada à diminuição da natalidade e a mortalidade e ao aumento da expectativa de vida (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Outros fatores contribuíram para a transição demográfica, tais como a industrialização, a urbanização, a migração, as mudanças no estilo de vida da população, a inserção da mulher no mercado de trabalho, o acesso aos serviços de saúde e os avanços tecnológicos em saúde (PAPALÉO NETTO, 2007). Já a transição epidemiológica se caracteriza pelas modificações nos indicadores de saúde e mudanças no perfil de morbimortalidade (redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, aumento das doenças crônico-degenerativas e da ocorrência de acidentes e violências) (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Confirmando a mudança no perfil de morbimortalidade no país, dados do Ministério da Saúde apontam que, em 1930, a proporção de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias no Brasil alcançou 45%, entretanto, em 2009, os óbitos por doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram de 48% (BRASIL, 2011). Schmidt et al. (2011) advertem que a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representa um desafio e deve ser tratada como prioridade, principalmente por estar relacionada ao aumento da faixa etária.

Vasconcelos e Gomes (2012) registraram que, em 2010, a proporção de idosos alcançou índice de 10,8%, e o indicador de envelhecimento atingiu valor de 44,8% no país. Estimativas do Banco Mundial (2011) apontam que a população idosa brasileira será de quase 65 milhões em 2050. No Brasil, em 2000, a esperança de vida ao nascer era de 70,4 anos. Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população brasileira terá, em 2050, uma expectativa de 81,3 anos de vida, aproximando-se dos valores apresentados em países como a Islândia (81,80), a China (82,20) e o Japão (82,60) (IBGE, 2008).

Embora envelhecer não implique, fundamentalmente, ficar doente ou incapaz, destaca-se que a idade representa fator de risco para o surgimento das DCNT (VERAS, 2009). É notório que o processo de envelhecimento produz alterações fisiológicas e, cada vez mais, observa-se um quantitativo importante de idosos que convivem com o surgimento de doenças crônicas e com a redução da capacidade funcional (NARDI; OLIVEIRA, 2009).

A capacidade funcional de um indivíduo está relacionada à sua capacidade de desempenhar as atividades de autocuidado e conduzir a vida diária de forma autônoma no ambiente em que vive. O indivíduo passa a apresentar dependência, quando começa a necessitar de ajuda parcial ou total para realizar as atividades cotidianas (PAPALÉO NETTO, 2007). A perda da independência, comum entre os idosos, ocasiona mudanças em suas vidas e na de seus familiares, ou seja, aqueles membros que outrora exerciam o papel de cuidar, agora precisam ser cuidados (FONSECA; PENNA, 2008).

Para atender ao idoso que requer cuidados, há uma reorganização familiar em que algum membro da família assume a função de cuidador, executando atividades que podem ser esporádicas ou permanentes. A relação entre cuidador e dependente de cuidados ocasiona implicações para o cuidador, cuja maioria demonstra níveis de sobrecarga em decorrência da prática de cuidados diários e ininterruptos, gerando adoecimento, exclusão social, depressão, entre outros (FERNANDES; GARCIA, 2009).

As pesquisas voltadas para averiguar a situação de cuidadores têm sido realizadas em diversos países, e a sobrecarga dos cuidadores tem sido analisada de diversas maneiras, uma delas é pelo uso de escalas. No Brasil, alguns estudiosos têm mostrado interesse nesse campo de investigação, mas a disponibilidade de instrumentos construídos ou adaptados culturalmente para avaliar a sobrecarga dos cuidadores brasileiros ainda é incipiente.

As escalas para avaliar a sobrecarga são consideradas como instrumentos específicos de medidas, que permitem avaliar populações, agravos à saúde e funções (MOTA; NICOLATO, 2008). O uso desses instrumentos possibilita identificar as características do

construto que se quer avaliar. Para que o instrumento seja válido e confiável, é necessário adaptá-lo para a cultura alvo. Isso também promove a comparação entre grupos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Rezende et al. (2005) buscaram identificar um instrumento que pudesse ser aplicado para cuidadores informais de pacientes com câncer de mama ou genital em fase terminal entre os anos de 1990 e 2004. A busca resultou na identificação de apenas três instrumentos, e nenhum havia sido validado para uso no Brasil. Outros pesquisadores realizaram uma revisão da literatura sobre o cuidador familiar de idosos no período de 2005 a 2010 e identificaram outros três estudos metodológicos que abordavam instrumentos de medidas de sobrecarga (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

Em nossa revisão sobre instrumentos de avaliação de sobrecarga de cuidadores já validados para uso no Brasil, identificamos a *Caregiver Burden Scale* (CBScale), validada para uso em cuidadores de pacientes com artrite reumatoide (MEDEIROS, 1998); a *Caregiver Burden Interview* (CBI), para cuidadores de pacientes com doenças mentais (SCAZUFCA, 2002), e a *Family Burden Interview Scale* – FBIS, traduzida e validada para cuidadores de pacientes psiquiátricos (BANDEIRA; CALVAZARA; VARELLA, 2005). Há, também, carência de instrumentos adaptados culturalmente e validados para avaliar a sobrecarga de cuidadores de idosos com dependência para atividades básicas e instrumentais da vida diária.

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) foi elaborado em Portugal para avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal (CI) de doentes com sequelas de acidente vascular cerebral (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003). Posteriormente, seus autores verificaram as características psicométricas do QASCI aplicado a cuidadores informais de idosos ou de pessoas dependentes em, pelo menos, uma atividade de vida diária, incluindo cuidadores de doentes com sequelas motoras graves, doenças cardíacas, respiratórias, digestivas, vasculares, diabetes, cataratas, glaucoma e cegueira (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2004). Eles verificaram que o QASCI permitiu analisar de forma ampla os aspectos referentes à sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal, demonstrou boa aceitação entre os participantes do estudo e a avaliação das propriedades psicométricas apresentou resultados satisfatórios (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2004). Outros pesquisadores usaram o instrumento QASCI na avaliação de cuidadores de pacientes com doenças como Alzheimer (PEREIRA, 2011); demência (MAIA, 2010); esquizofrenia e outras doenças neurodegenerativas (ABREU; RAMOS, 2007) e em pacientes com dependência em, pelo menos, uma atividade de vida diária (LOURO, 2009).

Considerando o aumento da população idosa, o avanço das doenças crônicas e sua

associação com o declínio da capacidade funcional no idoso, que pode gerar sobrecarga no cuidador familiar, comprometendo a sua qualidade de vida, o presente estudo tem como finalidade disponibilizar para uso no Brasil a versão adaptada culturalmente do instrumento QASCI. Após a confirmação das propriedades psicométricas adequadas para a população brasileira, o uso do instrumento poderá contribuir para o aprimoramento das investigações dessa população. Consequentemente, estratégias de assistência voltadas para os cuidadores poderão ser propostas por esses profissionais acerca da gestão do cuidado de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Adaptar para uso no Brasil o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) e analisar as propriedades psicométricas em uma amostra de cuidadores informais de idosos.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Verificar as equivalências semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais da versão brasileira do instrumento QASCI por meio de um comitê de juízes brasileiros;
- ✓ Analisar a consistência interna da versão brasileira do QASCI mediante o coeficiente Alfa de Crobach;
- ✓ Analisar a validação de constructo da versão brasileira do QASCI considerando:
 - a dimensionalidade;
 - a validação de constructo convergente;
 - a validação de grupos conhecidos (a idade do cuidador, o tempo que desempenha o papel de cuidador e o grau de dependência do idoso).

3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Envelhecimento: doenças crônicas e capacidade funcional

No Brasil, o envelhecimento populacional foi influenciado por diversos fatores, entre eles, a redução da fecundidade de uma média de seis filhos no ano de 1960 para menos de dois em 2010. Entre os anos de 1950 e 2010, diminuiu a mortalidade infantil e nos jovens e aumentou a esperança de vida ao nascer, que passou de 50 para 73 anos (BANCO MUNDIAL, 2011). Resultados recentes mostraram, ainda, que a esperança de vida ao nascer alcançou 74,1 anos em 2011 (IBGE, 2012).

Diversos estudos comprovam que, no Brasil, o envelhecimento populacional representa um dos maiores desafios para a saúde pública, principalmente devido ao rápido crescimento no número de idosos. Entre os anos de 1960 e 2008, houve um crescimento na população de idosos de, aproximadamente, 700% em menos de cinquenta anos, e as projeções apontam para mais de 30 milhões em 2020, indicando que seremos o 6º país do mundo em número de idosos (VERAS, 2009). Para melhor compreender o crescimento populacional brasileiro, faz-se referência à situação da França, que apresentou aumento na população de idosos de 7% para 14% no período de 115 anos (KALACHE, 2010).

O processo de envelhecimento no país está relacionado a fatores biológicos, ambientais, culturais, econômicos e aos avanços da ciência (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Gordilho et al. (2001) mencionam outros determinantes que surgem com o processo de urbanização, tais como: melhorias alimentares, habitacionais e nas instalações sanitárias. Além disso, a população passou a ter mais acesso aos serviços de saúde, aos programas de planejamento familiar, aos imunobiológicos, aos medicamentos e aos meios diagnósticos.

No que se refere ao envelhecimento humano, entende-se como um processo dinâmico, individual, irreversível e não patológico, que resulta de alterações biológicas, psicológicas e sociais, que podem restringir a acomodação do indivíduo ao meio ambiente (FERREIRA et al., 2010; FONSECA; RIZZOTTO, 2008; MEIRELES et al., 2007). Por sua vez, Maciel e Guerra (2007) descrevem outros fatores, como a idade, a ocupação, a influência do meio ambiente, a hereditariedade e o estilo de vida, além daqueles relacionados ao contexto social em que o indivíduo está inserido.

Embora envelhecer seja um processo natural, as alterações fisiológicas e funcionais fazem com que o indivíduo se torne vulnerável aos processos patológicos (PAPALÉO NETTO, 2007). Essas alterações são coerentes com o modo de vida estabelecido pelo idoso, ao acesso aos serviços de saúde, às condições socioeconômicas e à compreensão

que o idoso tem a respeito da velhice, pois ela não apenas envolve perdas, mas também aquisições (BRÊTAS, 2003; MEIRELES et al., 2007).

Têm-se afirmado que o estilo de vida e o comportamento podem prevenir, dar início ou agravar algumas condições crônicas. As condições crônicas são conhecidas como agravos à saúde que não têm relação entre si e se originam de diversas causas, entretanto, tornam-se recorrentes e implicam em cuidados constantes (OMS, 2003). Para a Organização Mundial de Saúde, as condições crônicas compreendem as doenças não transmissíveis, também denominadas de doenças crônicas (cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônicas e a diabetes mellitus), doenças transmissíveis persistentes (HIV/AIDS, tuberculose), distúrbios mentais de longo prazo (depressão e esquizofrenia) e as deficiências físicas e estruturais contínuas (visuais, auditivas, amputações e transtornos das articulações) (OMS, 2003, 2005). As doenças crônicas, em geral, são descritas como incuráveis ou aquelas que requerem terapêutica prolongada, visto que promovem modificações no modo de vida, mas que permite ao indivíduo conviver com a doença (GULLO NETO et al., 2009).

A magnitude das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) pode ser avaliada considerando-se os dados do Ministério da Saúde: em 2008, elas responderam por 63% dos óbitos no mundo, e o Brasil, registrou, em 2007, um total de 72% dos óbitos consequentes de doenças crônicas. Houve predomínio das doenças cardiovasculares (31,3%), neoplasias (16,3%), respiratórias crônicas (5,8%) e diabetes mellitus (5,2%) (BRASIL, 2011).

Ainda que esses dados sobre a mortalidade por DCNT se refiram à população em geral, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, quando se questionou os idosos entrevistados a respeito da presença de doenças crônicas, 28,3% das pessoas com 65 anos ou mais disseram apresentar três ou mais doenças. Em relação à condição de saúde, 14,8% dos idosos avaliaram como “ruim ou muito ruim”. Esse estudo também apontou que, quanto maior a renda referida, melhor foi a avaliação do estado de saúde (IBGE, 2010).

Ressalta-se que, na maioria das vezes, o aumento da carga das doenças crônicas ocorre em países com renda média e baixa (OMS, 2005). Isso procede, principalmente, de determinantes sociais, como as desigualdades sociais, econômicas e ambientais, baixa escolaridade, dificuldades de acesso à informação, aos bens e aos serviços. Deve-se também a outros fatores de risco, como inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e, consequentemente, a obesidade (BRASIL, 2011; SCHMIDT et al., 2011). Considerando isso, chama-se a atenção para o fato de que, quando o idoso busca o serviço de saúde para uma avaliação, comumente, a medicina habitual restringe-se à queixa

principal, na tentativa de se estabelecer apenas um diagnóstico, o que não se aplica a esse grupo de pessoas (VERAS, 2009). Esse fato, somado à precariedade dos serviços, contribui para a baixa resolutividade da atenção, o que induz um crescimento no consumo dos serviços de saúde, como consultas, exames, medicamentos e internações mais frequentes com maior tempo de permanência hospitalar (VERAS, 2003).

Na garantia dos direitos ao idoso, diversas propostas políticas foram estabelecidas, a saber: a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso, que trazem em seu arcabouço propostas inovadoras que, para serem concretizadas, devem ser implantadas e implementadas por instituições governamentais e não governamentais na atenção ao idoso (RODRIGUES et al., 2007).

Para Caldas (2003), o sistema de saúde, em geral, não se encontra organizado para atender, de modo eficiente, às crescentes demandas dos idosos e de suas famílias. Isso afeta as famílias, pois cabe a elas a maior responsabilidade no cuidado ao idoso, principalmente naquelas em que o idoso apresenta alguma dependência. Amplia-se o papel da família, enquanto o Estado assume funções pontuais, com obrigações restritas (KARSCH, 2003).

Em concordância, Mafra (2011) também evidencia essa preocupação quanto à deficiência estrutural dos serviços de saúde para suprir o cuidado com a saúde do idoso, de modo a proteger a sua família. Essa autora enfatiza, ainda, que o processo biológico do envelhecimento acarreta perda das funções orgânicas e dos sistemas no idoso, o que ocasiona implicações que repercutem em sua saúde e seu bem-estar.

Sabe-se que a idade representa um fator de risco para o surgimento de DCNT, entretanto, um idoso pode ser portador de comorbidades, mas manter sua capacidade funcional e ser considerado saudável. Isso se deve, principalmente, aos tratamentos adequados e à conservação de sua autonomia, que significa conduzir a própria vida mediante os afazeres diários e a convivência social (RAMOS, 2003). Além disso, Gordilho et al. (2001) confirmam que, mesmo que o idoso apresente alguma doença crônica, ela não acarreta, necessariamente, dependência. Se, de um lado, a independência caracteriza-se pela capacidade de realizar algo de forma individual (PAPALÉO NETTO, 2007), de outro, a dependência caracteriza-se pela necessidade que o indivíduo apresenta de ser assistido nas atividades do dia a dia (CALDAS, 2003). Vale ressaltar que o idoso poderá tornar-se dependente se sua capacidade funcional não for preservada. Essa dependência pode progredir devido à sua doença de base, sequelas ou assistência inadequada (VERAS, 2009).

Na literatura, existe um consenso de que comportamento e estilo de vida não saudáveis, bem como determinantes sociais, ambientais e econômicos afetam a capacidade

funcional (WHO, 2007). Por sua vez, Rosa et al. (2003) relatam que é muito mais complexo prevenir as doenças crônicas e as incapacidades no idoso. Por essa razão, evidencia-se a importância da capacidade funcional como um novo conceito de saúde, mais estratégico a ser utilizado na atenção ao idoso (GORDILHO et al., 2001).

Entende-se como capacidade funcional a conservação das disposições físicas e mentais indispensáveis para se ter uma vida independente e autônoma (GORDILHO et al., 2001), bem como a habilidade para desempenhar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, imprescindíveis para se viver de maneira independente (FERREIRA et al., 2010). Para o idoso, a capacidade funcional pode ser definida como o vigor que ele apresenta para tomar decisões e agir de modo independente em seu cotidiano (SILVA et al., 2011). A incapacidade funcional é reconhecida como a dificuldade de realizar as tarefas cotidianas imprescindíveis da vida pessoal na comunidade (ALVES et al., 2007). Nesse sentido, a avaliação da capacidade funcional no idoso é um componente estratégico na análise do seu estado de saúde, a qual pode ser mensurada por meio de instrumentos. Esses instrumentos permitem avaliar as atividades relacionadas ao autocuidado, que são verificadas por meio das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e as atividades mais complexas relacionadas à autonomia e ao convívio na comunidade, medidas através das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

O índice de Katz, criado em 1963, que avalia as ABVDs, é composto de seis itens que abordam capacidade de se banhar, vestir-se, alimentar-se, arrumar-se, mobilizar-se e de manter controle sobre suas eliminações. A escala de Lawton, criada por Lawton e Brody em 1969, avalia as AIVDs através de sete itens referentes às atividades, como usar o telefone, utilizar o transporte, fazer compras, preparar alimentos, realizar tarefas domésticas, tomar medicações e administrar o próprio dinheiro (ALVES et al., 2007).

A avaliação da capacidade funcional identifica se o idoso é independente e se necessita de ajuda parcial ou total para realizar as atividades da vida diária (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Considerando a importância de conhecer o grau de dificuldade na execução das atividades básicas em pessoas com 60 anos ou mais de idade, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008) (IBGE, 2010) realizou essa investigação e obteve o seguinte resultado: 15,2% dos idosos necessitavam de ajuda na realização de tarefas como: alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro.

Conforme Rosa et al. (2003), a incapacidade funcional leva o idoso a ser dependente, e isso acarreta implicações para a sua qualidade de vida, para a família e para o serviço de saúde. Corroborando, Papaléo Netto, Yuaso e Kitadai (2005) referem que o

comprometimento da capacidade funcional resulta na necessidade de identificar alguém para assumir as responsabilidades no cuidado ao idoso, principalmente quando ele apresenta alguma dependência. Silva et al. (2006) advertem que o idoso que apresenta dependência na execução das atividades da vida diária poderá ter esse quadro agravado na ausência de um cuidador. Do mesmo modo, a dependência passa a ser um problema familiar devido à maior necessidade de cuidados e de serviços de saúde, o que contribui para importantes alterações na estrutura familiar.

Para Velásquez et al. (2011), cuidar de um familiar dependente representa uma situação de estresse na família. Por isso, Mafra (2011) aponta para a importância de instrumentalizar a família no cumprimento da tarefa do cuidar, principalmente quando há situação de dependência, porque essa responsabilidade pode persistir por longo período e ocasionar sobrecarga ao cuidador.

3.2 O cuidador familiar de idosos: aspectos da saúde e a sobrecarga do cuidado

O termo cuidador é considerado um descritor desde 1992, na base de dados desenvolvida pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) na *National Library of Medicine* (NLM) dos Estados Unidos disponível na internet no PubMed. É definido como a pessoa que provê cuidado para aqueles que necessitam de supervisão ou assistência em caso de doenças ou incapacidades. Eles podem prover o cuidado em casa, no hospital ou em instituições (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=caregiver>).

Em nosso estudo, consideramos como cuidador informal aquela “pessoa não remunerada, familiar ou amiga que se assuma como principal responsável pela organização ou assistência e cuidados prestados à pessoa dependente” (BRAITHWAITE, 2000, p.710). Entretanto, como apresentaremos a seguir, há diferentes definições para cuidadores formais e informais. No Brasil, a prestação de cuidados aos idosos constituiu-se de apoio formal e informal. Segundo Neri e Sommerhalder (2006), a rede de apoio formal é designada pelas habilidades profissionais obtidas por especialistas ou instituições formais, enquanto que a rede de apoio informal é caracterizada pelas relações de parentesco, amizade ou de solidariedade. Receber remuneração ou não pelo cuidado prestado é o cerne para classificar o cuidador como

formal ou informal, respectivamente (FLORIANI, 2004; ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Segundo Karsch (2003), a rede de apoio informal é constituída por cuidador principal e secundário. O cuidador principal é aquele responsável pelas demandas do cuidado ao idoso dependente como, por exemplo, as atividades diárias de autocuidado, e não dispõe de formação específica para realizar o cuidado (YUASO, 2006). O cuidador secundário é aquele que auxilia nas tarefas complementares (VILELA et al., 2006). Geralmente, o cuidador principal assume os cuidados com o idoso, e o cuidador secundário é representado pelos demais componentes da família que prestam assistência em atividades complementares (GONÇALVES et al., 2006).

A família tem sido a grande fonte de origem dos cuidadores de idosos. No Brasil, as políticas e a legislação asseguram que compete à família cuidar do idoso, e a própria sociedade concorda com esse entendimento (CALDAS, 2003; RODRIGUES et al., 2007). É na família que se constituem as relações de confiança, solidariedade e de cuidados (FLORIANI, 2004), e cuidar de idoso dependente representa o cotidiano de muitas famílias (KARSCH, 2003). A família habitual é constituída por pessoas que apresentam ligações parentais sanguíneas (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Entretanto, historicamente, a família sofre alterações comparadas com a composição tradicional, ocasionadas por novos casamentos, com o ingresso de outros membros na família, de fluxos migratórios, permitindo que famílias morem juntas, de mulheres viúvas ou separadas, pela expansão da mulher no mercado de trabalho e por sua função de chefiar a família (FLORIANI, 2004).

Tais eventos contribuem para o desenvolvimento de famílias nucleares e as modificações dos papéis exercidos por seus membros, o que, muitas vezes, restringe as possibilidades de prover o cuidado com o idoso (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005). No ano 2000, no município de São Paulo, esses mesmos autores, através do Projeto SABE, realizaram estudo com a participação de 2.143 pessoas com 60 anos ou mais, em que foram identificados os respectivos arranjos domiciliares: idosos que moravam com o cônjuge ou filhos (sem netos); idosos que residiam somente com o cônjuge; os arranjos trigeracionais e, por último, aqueles que moravam sozinhos. Estudo epidemiológico realizado em Ribeirão Preto – SP, no ano de 2008, com o objetivo de caracterizar os arranjos domiciliares de 147 idosos mais velhos, observou-se que mais da metade deles respondia pela chefia do domicílio, e a maioria era composta por mulheres que residiam sozinhas ou somente com um filho (PEDRAZZI et al., 2010).

Os cuidadores familiares podem ser classificados em: primários, secundários e terciários. Os cuidadores primários são aqueles principais responsáveis pelo idoso e que

desenvolvem, na maior parte do tempo, os cuidados e as atividades básicas. Os cuidadores secundários não apresentam a mesma responsabilidade que o cuidador primário e podem desenvolver as mesmas atividades com o idoso, entretanto, de forma não regular. E os cuidadores terciários são aqueles que, eventualmente, realizam atividades específicas que não têm relação direta com o idoso (NERI; SOMMERHALDER, 2006).

Oliveira e D'elboux (2012) distinguem cuidador familiar como o indivíduo que presta assistência ao idoso dependente em suas necessidades básicas, como alimentação, higiene e demais atividades da vida cotidiana na comunidade, geralmente pelo período que segue até a morte do idoso. Cassis et al. (2007) apresentam outras características referentes ao cuidador familiar: pessoa da família principal responsável pela provisão de cuidados para o paciente, por um período superior a seis meses e que reside no mesmo domicílio do paciente. Para Velásquez et al. (2011), o cuidador principal é aquele que auxilia e supervisiona o idoso na realização das atividades básicas da vida diária, como também apoia financeiramente, compartilha as decisões e não recebe remuneração para exercer seu papel.

A designação para se tornar o cuidador do idoso dependente usualmente compreende os requisitos: parentesco/relação afetiva (pais, cônjuges e filhos); sexo (feminino), proximidade física (viver no mesmo domicílio ou próximo dele) (KARSCH, 2003; SANTOS; PAVARINI, 2010) e ter condições financeiras (SANTO; PAVARINI, 2010). Além desses, podem-se considerar a afinidade com o idoso, ter motivação e aptidão para ser cuidador e a inexistência de outra pessoa disponível naquele momento para prestar o cuidado (SANTOS; PAVARINI, 2010). Quando a necessidade de se encontrar um cuidador ocorre de forma repentina, o familiar pode assumir esse papel por se sentir responsável, e não, por um ato voluntário de sua parte (FLORIANI; SCHRAMM, 2006). Há o compromisso moral embasado em questões culturais e religiosas e situações em que filhas desempregadas cuidam dos pais por algum retorno financeiro (GONÇALVES et al., 2006).

Os estudos nacionais e internacionais apresentam que o perfil predominante de cuidadores de idosos são mulheres, esposas e filhas, com média de idade acima de 50 anos (PEREIRA; FILGUEIRAS, 2009). Em São Paulo, pesquisa realizada com 66 cuidadores familiares de pacientes dependentes cadastrados no Programa de Saúde da Família evidenciou que 83,3% dos cuidadores eram mulheres; 37,9% eram filhas, com média de idade de 50,5 anos. A maioria dos pacientes cuidados também eram mulheres (57,6%), com idade média de 63,4 anos (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Esposas, filhas, irmãs e noras têm sido as protagonistas no cuidado com o idoso (RONDINI et al., 2011), que se expressa de diversas maneiras, como servir de companhia,

auxiliar nas atividades domésticas, nas tarefas da vida diária, nos problemas familiares e de saúde (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006), além de desempenharem suas funções de mãe, esposa e profissionais, assumindo múltiplos papéis (VILELLA et al., 2006).

Perracini e Neri (2006) caracterizam a demanda de cuidados de acordo com a frequência, a duração, o tempo empregado durante o dia e a noite, por ser ininterrupto ou intermitente, pelo esforço físico, pela complexidade, pelo gasto financeiro e pela motivação exigida. Cuidar é uma reação de doação, a uma relação de ajuda ao outro que é expressa por meio de atitudes, preocupações, responsabilidades e envolvimento (CAMARGO, 2010). Quando a assistência ao idoso é realizada de forma integral e intensiva, principalmente por um único cuidador, pode determinar uma sobrecarga física e emocional e representar uma ameaça à sua saúde (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008). Cuidar de alguém dependente requer também um esforço psicológico (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

O termo inglês *burden* é traduzido como sobrecarga ou estresse e envolve ampla reação biológica/hormonal, também conhecida na literatura como fadiga e impacto. Diz respeito às dificuldades que comprometem a vida de pessoas que respondem pelo cuidado de outros (CASSIS et al., 2007). A sobrecarga tem sido definida, especificamente, como uma resistência à prestação de cuidados, ocasionada pela inclusão ou ampliação de atividades desempenhadas no cuidado (PEREIRA; FILGUEIRAS, 2009).

A sobrecarga compreende duas dimensões: objetiva e subjetiva. A objetiva relaciona-se às atividades realizadas na prestação e supervisão de cuidados, às perturbações e limitações impostas à vida social e profissional do familiar e aos abalos financeiros. A sobrecarga subjetiva refere-se à compreensão e à afeição dos familiares, às apreensões a respeito do paciente, à sensação de estar carregando um peso e desconforto no exercício de cuidar (BANDEIRA; CALVAZARA; CASTRO, 2008).

Nesse mesmo entendimento, Sequeira (2010) conceitua a sobrecarga como um somatório de implicações ocasionadas pela aproximação ao paciente, idoso dependente com ou sem diagnóstico de demência. E considera que a sobrecarga objetiva resulta das necessidades e das peculiaridades do cuidado, em função de sinais e sintomas no corpo e na mente. A sobrecarga subjetiva diz respeito à compreensão que o cuidador tem a respeito das repercussões do cuidar. Para Ricarte (2009), a sobrecarga objetiva trata das implicações negativas observáveis e constatáveis resultantes do papel de cuidador, e a sobrecarga subjetiva é demonstrada por meio do sofrimento e da preocupação atribuída à função de cuidar.

De acordo com Pereira e Filgueiras (2009), o estresse associado ao cuidado é um

evento multidimensional. O cuidador pode sentir-se sobrecarregado quando no exercício de cuidar são demandadas necessidades de que ele não dispõe e quando o tempo de cuidados é prolongado (MAFRA, 2011). Esse tempo prolongado de cuidado ao idoso dependente expõe o cuidador a diversos estressores (FERNANDES; GARCIA, 2009). Nesse contexto, o cuidado com o idoso pode ser vivenciado por angústia ocasionada por dificuldades enfrentadas no cotidiano do cuidador, como por exemplo: dificuldades de assistência à saúde do idoso; falta de transporte para se deslocar com ele; falta de ambiente adequado; falta de informações a respeito de sua doença e do cuidado bem como de problemas financeiros devido aos gastos com o idoso (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Segundo Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008), o cuidador convive com o sofrimento do familiar doente, e isso acarreta um estado de fadiga, porém, ao mesmo tempo, ele precisa manter o equilíbrio para lidar com a circunstância. Além disso, o processo de cuidar do idoso no domicílio pode determinar limitações na vida do cuidador evidenciadas pelas implicações na vida profissional, ocasionado, inclusive, por abandono do emprego; na falta de tempo para cuidar de si mesmo; em conflitos conjugais; em cansaço permanente; na percepção de saúde piorada; em longo tempo de dedicação ao cuidado e em não receber ajuda para cuidar do idoso (GONÇALVES et al., 2006).

Garrido e Menezes (2004) avaliaram o impacto sobre cuidadores informais de idosos com demência em estudo realizado no ambulatório de um Hospital-escola do município de São Paulo e concluíram que o impacto do cuidado estava diretamente relacionado à proximidade do grau de parentesco entre o cuidador e o idoso e ao tempo de exercício da função de cuidador. No contexto familiar, geralmente ocorrem entre o idoso e seus membros relações de afeto, de compreensão e de reciprocidade. Entretanto, os conflitos familiares surgem por diversos motivos, como, por exemplo, a discordância de opiniões e pela dependência do idoso (LEITE et al., 2008). A não aceitação do idoso às orientações induz o cuidador ao desgaste físico, emocional e psíquico (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Em seu estudo realizado para verificar quais eram os atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes cadastradas no Programa de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário de João Pessoa-PB, os autores constataram que a maioria das cuidadoras apresentava elevado nível de tensão na tarefa de cuidar, com destaque para a presença de sinais e sintomas psicossomáticos ou de doenças crônicas; alterações no estado emocional, principalmente depressão e ansiedade; desequilíbrio entre atividade e repouso e enfrentamento individual comprometido, evidenciado pela baixa influência na situação de cuidado e no autocuidado (FERNANDES; GARCIA, 2009). Vilela et al. (2006) realizaram

estudo para identificar o perfil de 238 familiares cuidadores de idosos doentes/fragilizados na cidade de Jequié-BA e constataram, entre os cuidadores de idosos, a prevalência de hipertensão arterial, problemas cardiovasculares, osteomusculares e diabetes mellitus. Assim, verifica-se a relação de deterioração da saúde e adoecimento do cuidador, devido à exposição diária a situações estressantes referentes à atividade de cuidar e dos distúrbios de comportamentos dos idosos (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008). Deve-se considerar, ainda, que, com o passar do tempo, a exposição constante a circunstâncias estressantes implica o declínio do bem-estar do cuidador (GARRIDO; MENEZES, 2004).

Frente a essa realidade, ressalta-se a importância de termos disponíveis instrumentos válidos e confiáveis para serem usados na investigação da sobrecarga de cuidadores de idosos em nosso país. Com os resultados obtidos pelas medidas provenientes desses instrumentos, poderemos conhecer com mais precisão quais os fatores associados à sobrecarga, a fim de propor intervenções que visem contribuir para minimizar o impacto da condição de cuidador e melhorar sua qualidade de vida.

3.3 O uso de instrumentos psicométricos para mensurar a sobrecarga de cuidadores

Cuidar de idoso que apresente alguma dependência pode acarretar sobrecarga ao cuidador, que, na maioria das vezes, revela-se por meio de dificuldades físicas, emocionais, sociais e financeiras (GEORGE; GWYTHYER, 1986). Assim, é importante utilizar instrumentos de medidas para mensurar a sobrecarga de cuidadores de idosos.

Constructos são conceitos abstratos que necessitam de outros conceitos para serem definidos ou compreendidos (NORWOOD, 2000). A sobrecarga do cuidador é um constructo subjetivo que tem sido analisado por meio de instrumentos como questionários, inventários e escalas na área de Saúde, Ciências Sociais e Antropologia.

Na avaliação da sobrecarga do cuidador, os instrumentos podem ser organizados em dois grupos: gerais e contextuais. Os instrumentos gerais avaliam os domínios e os conceitos gerais que predisõem a sobrecarga do cuidador os quais englobam o bem-estar geral, o bem-estar psicológico, a percepção da qualidade de vida e as definições relacionadas aos sintomas psiquiátricos (por exemplo, ansiedade e depressão), enquanto as medidas

contextuais avaliam especificamente a sobrecarga do cuidador e são mais sensíveis ao constructo pesquisado em comparação com as medidas gerais (BRAITHWAITE, 2000).

A seguir, descreveremos alguns dos diversos instrumentos de medidas contextuais utilizados na avaliação da sobrecarga de cuidadores familiares de diferentes populações:

- ✓ *Bakas Caregiving Outcomes Scale* (BCOS) – os autores enunciam que o cuidador familiar de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral, geralmente, reportam mais depressão, problemas emocionais, inatividade social e problemas de saúde em geral. O BCOS é uma medida unidimensional que pretende analisar as modificações específicas ocorridas ao longo da vida do cuidador desses pacientes. Fundamenta-se nos conceitos de função social, bem-estar subjetivo e saúde. Inicialmente, foi desenvolvido com 48 itens e, posteriormente, definiu-se a versão breve com dez itens (BAKAS; CHAMPION, 1999).
- ✓ *Burden Assessment Scale* (BAS) - desenvolvida por Reinhard et al. (1994) avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva em cuidadores familiares na prestação de cuidados continuados para doentes mentais graves. Composta por 19 itens, sendo que dez avaliam a sobrecarga objetiva, e nove medem os aspectos da sobrecarga subjetiva. As respostas obtidas numa escala tipo Likert variam de 1= discorda fortemente a 4= concorda totalmente, cuja interpretação diz que escores mais altos indicam um maior sentido de responsabilidade, ou seja, maior sobrecarga.
- ✓ *Caregiver Strain Questionnaire* (CSI) - esse instrumento foi elaborado com 13 itens e aplicado em cuidadores de pacientes recentemente hospitalizados devido à cirurgia de quadril e pacientes cardíacos com 65 anos e mais. A validade de construto foi obtida em três áreas: características do paciente, percepções subjetivas da relação de cuidado e saúde emocional dos cuidadores. Considera que a tensão é igual à angústia e à existência de problemas suficiente para desencadear sobrecarga no cuidador familiar. Porém, avalia apenas a dimensão objetiva, enquanto a dimensão subjetiva é avaliada a partir de respostas positivas a itens apontados (ROBINSON, 1983).
- ✓ *Caregiver Social Impact Scale* - medida multidimensional desenvolvida para avaliar a sobrecarga de cuidadores de idosos com deficiências nas atividades da vida diária, com incapacidade cognitiva e/ou alterações no comportamento. Apresenta 34 itens distribuídos em duas dimensões: implicações negativas na família, cuidador e na pessoa dependente e, limitações na vida do cuidador. Considera a sobrecarga como uma força mediadora entre as deficiências do idoso, o impacto da prestação de cuidados na vida dos cuidadores e de suas famílias (POULSHOCK; DEIMLING, 1984).

- ✓ *Caregiving Appraisal Scale* – sua abordagem conceitual baseia-se na teoria do estresse e tem como objetivo avaliar a sobrecarga de cuidadores de pacientes com Alzheimer. Considera-se que dois aspectos independentes anunciam a situação de bem-estar do cuidador: a identificação dos aspectos negativos relacionados à tarefa de cuidar e o grau de satisfação. A primeira versão era composta por 47 itens em cinco dimensões. A segunda versão tem 19 itens distribuídos em três dimensões: sobrecarga subjetiva, satisfação do cuidador e impacto do cuidado (LAWTON et al., 1989).
- ✓ *Caregiver Reaction Assessment* (CRA): instrumento multidimensional que avalia os aspectos subjetivos, positivos e negativos do cuidado de cuidadores de pacientes com câncer em fase terminal. Composta por 24 itens nas dimensões: manejo das atividades, apoio familiar, questões financeiras, saúde física e autoestima. Na avaliação da sobrecarga, menores escores nos quatro domínios negativos (manejo das atividades, apoio familiar, questões financeiras, saúde física) significam níveis mais baixos de sobrecarga subjetiva e uma pontuação mais baixa no domínio positivo autoestima representa um baixo nível desse domínio relacionado à função de cuidador (GIVEN et al., 1992).
- ✓ *Caregiving Burden Scale* - fundamentada em uma definição de sobrecarga subjetiva, refere que não é a circunstância que ocasiona a tensão, mas a avaliação subjetiva e afetiva de estresse que aquela ocorrência representa para o indivíduo. Esse instrumento foi validado em pacientes com demência e é composto por 13 itens que distinguem duas dimensões: a relação do cuidador e o receptor de cuidados e as limitações na vida pessoal do cuidador. Constatou-se forte correlação de sobrecarga na prestação de cuidados com a depressão do cuidador e com o desvio de comportamento do paciente (GERRITSEN; VAN DER ENDE, 1994).
- ✓ *Caregiver's Burden Scale* - contém 22 itens, que envolvem cinco dimensões: sobrecarga geral, isolamento, desapontamento, envolvimento emocional e meio ambiente. É composta por 22 itens, com valores que podem variar de 1 a 4 pontos por cada item da escala de respostas, como “De modo algum”, “Raramente”, “Algumas vezes” e “Frequentemente”, sendo os resultados interpretados como: quanto maior os valores encontrados, maior o impacto sobre os cuidadores. Seus autores avaliaram a sobrecarga de cuidadores de pacientes três anos depois do acidente vascular cerebral e constataram correlação negativa entre o grau de extroversão e o da qualidade de vida do paciente com a sobrecarga do cuidador (ELMSTAHL; MALMBERG; ANNERSTEDT, 1996). Foi validada para o Brasil em uma amostra de cuidadores de pacientes com doenças

reumáticas (MEDEIROS, 1998; MEDEIROS et al., 1998).

- ✓ *Consequences of Care Index* - avalia a sobrecarga já estabelecida dos cuidadores de pacientes de Alzheimer, bem como o risco de sobrecarga para a família. Contém 20 itens, medidos em uma escala Likert de quatro pontos, variando de "Concordo totalmente" a "Discordo totalmente", e distribuídos em cinco dimensões: investimento no cuidado; restrições pessoais e sociais; saúde física e emocional; custos financeiros e percepção do cuidado (KOSBERG; CAIRL, 1986). Encontra-se traduzida e validada para o português (GARCIA, 2009).
- ✓ *Family Burden Interview Scale* (FBIS) - desenvolvida por Tessler e Gamache (1996) contém 52 itens que avaliam a sobrecarga objetiva e subjetiva dos cuidadores de pacientes psiquiátricos em cinco dimensões: assistência na vida cotidiana do paciente; supervisão dos comportamentos problemáticos do paciente; custos financeiros; impacto na rotina familiar e preocupações do cuidador com o paciente. As respostas são fornecidas numa escala do tipo Likert, que varia de 1 (nunca) a 5 (todos os dias) para a frequência de ocorrências e de 1 (nada) a 4 (muito) para o grau de perturbação. O escore total significa que, quanto maior o valor, maior a sobrecarga. Foi adaptada e validada para o Brasil (BANDEIRA; CALVAZARA; VARELLA, 2005).
- ✓ *Sense of Competence Questionnaire* (SCQ) - foi desenvolvido para pacientes demenciados e, posteriormente, utilizado para cuidadores de pacientes de acidente vascular cerebral. Compreende 27 itens em três dimensões: satisfação com a pessoa que recebe os cuidados, satisfação com a função de cuidador e implicações na vida pessoal do cuidador. Os autores estudaram os fatores que explicavam a sobrecarga referente às características dos pacientes e dos cuidadores. Foi evidenciado que um maior nível de sobrecarga pode ser parcialmente explicado pela incapacidade dos pacientes, principalmente em cuidadores com as seguintes características: sofrimento emocional, solidão, quantidade de cuidados prestados, demandas não atendidas na atenção psicossocial e nas atividades de vida diária (REIMER et al., 1998).
- ✓ *Zarit Burden Interview* - considerada de referência, provavelmente tem sido uma das medidas mais usadas para avaliar a sobrecarga do cuidador (ZARIT; ANTHONY; BOUTSELIS, 1987; ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980). Seu objetivo é de avaliar o impacto das atividades de cuidado sobre os aspectos físico, emocional, social e financeiro do cuidador familiar. Ela contém 22 itens, e as respostas de cada item podem variar até cinco pontos, desde "Nunca", "Raramente", "Algumas vezes", "Frequentemente" e "Sempre". A soma dos itens pode variar de 0 a 88, e na

interpretação dos resultados, compreende-se que, quanto maior a pontuação obtida, maior a sobrecarga percebida pelo cuidador. Foi validada para o Brasil por Scazufca (2002), em uma amostra de cuidadores de pessoas com transtornos mentais.

Em 2011, foi publicada a elaboração de uma nova escala específica para avaliar a sobrecarga de cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca, *Dutch Objective Burden Inventory*. Ela é composta por 38 itens, distribuídos em quatro domínios: cuidados pessoais, cuidados práticos, apoio motivacional e apoio emocional. Os escores mais altos representam maiores níveis de sobrecarga no cuidador. A dimensão subjetiva não foi utilizada na análise porque estava incompleta (MAKDESSI et al., 2011). Os autores advogam a necessidade de se elaborarem escalas ou instrumentos específicos para avaliar a sobrecarga em determinadas condições de saúde, diferente das escalas de uso geral, como as de *Zarit Burden Interview*, *a Caregiver Burden Scale* e *a Family Burden Interview Scale*.

Como pode ser observado, não há escalas elaboradas para uso no Brasil originalmente, sendo encontradas três escalas criadas em países de língua inglesa e culturalmente adaptadas e validadas para uso em nosso país. Encontramos uma escala elaborada em português e denominada de Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidador Informal (QASCI). Elaborada em Portugal com o objetivo de aferir a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de doentes com sequelas de acidente vascular cerebral, é composta por 32 itens distribuídos em sete dimensões: Implicações na vida pessoal do cuidador (11 itens); Satisfação com o papel e com o familiar (cinco itens); Reações a exigências (cinco itens); Sobrecarga emocional relativa ao familiar (quatro itens); Suporte familiar (dois itens); Sobrecarga financeira (dois itens) e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle (três itens). Cada item é avaliado por uma escala ordinal de frequência que varia de um a cinco categorias de respostas: “Não/nunca”, “Raramente”, “Às vezes”, “Quase sempre”, “Sempre”. O escore total varia de 32 a 160. Os resultados são interpretados considerando que os valores mais altos correspondem a situações com maior peso ou maior sobrecarga (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2003).

Tal escolha se justifica também pela abrangência do uso do instrumento em cuidador informal (CI) e, posteriormente, os próprios autores verificaram as características psicométricas do QASCI aplicado a cuidadores informais de idosos ou pessoas funcionalmente dependentes. Neste estudo, inseriram-se cuidadores de indivíduos com sequelas motoras graves (caquexia, esclerose múltipla, doença neurológica degenerativa não identificada, artrite reumatoide e espondilite anquilosante) e cuidadores de pessoas com

doenças cardíacas, respiratórias, digestivas, vasculares, diabetes, catarata, glaucoma e cegueira (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2004).

Outros autores também aplicaram o QASCI em Portugal para avaliar a sobrecarga de cuidadores informais de pacientes diagnosticados com outras doenças crônicas, tais como: doentes com demência (MAIA, 2010), Alzheimer (PEREIRA, 2011), esquizofrenia ou outras doenças neurodegenerativas (ABREU; RAMOS, 2007) e em pacientes com dependência em, pelo menos, uma atividade de vida diária (LOURO, 2009).

No Brasil, há uma carência de pesquisas sistemáticas nessa área, o que pode ser resultante da falta de instrumentos de medida válidos e fidedignos, adaptados para o contexto brasileiro, que avaliem a sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos que apresentem dependência em atividades da vida diária. Nessa perspectiva, advoga-se a necessidade de adaptar e validar um instrumento que possa medir as mudanças específicas na prestação de cuidados de idosos dependentes.

Diante das considerações apresentadas, optamos por adaptar, semântica e culturalmente, o instrumento QASCI para ser usado no Brasil. Tal escolha se justifica pela abrangência do uso do instrumento em cuidador informal (CI) e pela abordagem dada por Martins, Ribeiro e Garret (2003) na construção desse instrumento.

3.4 Adaptação transcultural de um instrumento de medida de constructo subjetivo e análise das propriedades psicométricas

Os instrumentos de medidas são elaborados para medir um construto específico, um aspecto do estado de saúde, enquanto outros, mais de natureza global, vinculam mais de um componente, como por exemplo, a qualidade de vida. No campo das doenças crônicas, as escalas podem ser empregadas para auxiliar nos resultados da assistência em consonância com as medidas clínicas, identificar as transformações no estado de saúde ao longo do tempo, facilitar a compreensão do paciente, prognosticar resultados posteriores, colaborar com os responsáveis nas deliberações políticas e contribuir com as intervenções de saúde (CHWALON, 1995). A maioria dos instrumentos de medidas construídos encontra-se na língua inglesa e são disponibilizados para populações que pronunciam esse idioma. Porém, é imprescindível a construção de medidas específicas para outras populações, uma vez que a compreensão de saúde e o acesso aos serviços de assistência se modificam nas diversas

culturas.

Com o intuito de atender a essa questão, Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) propõem duas alternativas no uso de instrumentos de medidas: dispor uma nova medida ou aplicar uma medida desenvolvida em outro idioma. A elaboração de instrumentos trata-se de um processo metodológico criterioso, oneroso e demorado, que demanda uma atenção cuidadosa e envolve muitas pessoas. Por isso, em decorrência da grande disponibilidade de instrumentos de avaliação de variáveis psicossociais, relacionadas à saúde, concebidos, principalmente na língua inglesa, vários pesquisadores têm optado por traduzir e adaptar instrumentos elaborados em outras línguas para a população-alvo (DANTAS; GÓIS; SILVA, 2005). Os estudos mostram, ainda, a importância de utilizar instrumentos com o propósito de identificar peculiaridades do constructo a ser avaliado em uma população específica (DANTAS, 2007; MEDEIROS, 1998).

O processo de adaptação de um instrumento de medida já existente, proposto para uma cultura diferente e para uma realidade específica, tem sido um procedimento amplamente utilizado em diversas áreas de conhecimento, inclusive na área da saúde. A adaptação de instrumentos possibilita a comparação de fenômenos em diversas culturas, o desenvolvimento de instrumentos semelhantes para outras línguas e culturas e a economia de tempo e de recursos (FERRER et al., 1996).

No Brasil, vários pesquisadores realizaram adaptação cultural de instrumentos construídos em diversas culturas para a realidade brasileira, tais como: Ciconelli et al. (1999) – Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36; Coluci e Alexandre (2009) – Tradução e adaptação do questionário *Work-related activities that may contribute to job-related pain and/or injury*; Dantas, Silva e Ciol (2012) – Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (29 e 13 itens); Echevarría-Guanilo et al. (2006) – Adaptação transcultural da *Burns Specific Pain Anxiety Scale* – BSPAS; Galdeano et al. (2012) – Adaptação e validação do *Cardiac Patients Learnings Needs Inventory*; Kimura e Silva (2009) – Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers; Maia et al. (2012) – Adaptação transcultural do *Vulnerable Elders Survey* -13 (VES-13); Queijo e Padilha (2009) – Adaptação transcultural e validação da *Nursing Activities Score* (NAS); Scazufca (2002) – *Escala Burden Interview*.

No que se refere a instrumentos de constructos subjetivos como a qualidade de vida, é mais apropriado adaptar um novo instrumento do que elaborá-lo. E como as concepções a respeito da condição de saúde do indivíduo se modificam em diferentes culturas, não se recomenda a tradução literal do instrumento, é preciso haver um processo rigoroso e sistemático de adaptação cultural que assegure as propriedades psicométricas do

instrumento adaptado, como validade e confiabilidade (GONZÁLEZ et al., 2004; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Em concordância, Cardoso (2006) descreve que, para traduzir um instrumento que foi idealizado para uma população específica e aplicá-lo em outra cultura, é necessário adaptá-lo considerando o idioma e a cultura da população a ser pesquisada, conservando o sentido dos itens originais na versão adaptada. Ele também adverte que pode haver viés de resposta, em virtude das diversidades culturais pautadas pelos participantes do estudo, mesmo que os itens sejam de qualidade, e a tradução esteja adequada.

Para Beaton et al. (2000) e Chwalon (1995), no processo de adaptação, deverão ser aceitas sugestões para a realização de mudanças que sejam necessárias para a maior compreensibilidade de cada item do instrumento. Dessa forma, permitirá que o instrumento atenda aos critérios estabelecidos na versão original e possibilite maior confiança na avaliação dos resultados.

Entre diversos autores que realizaram adaptação transcultural de algum instrumento para outro idioma, não havia um consenso sobre a melhor metodologia a ser seguida. Para Chwalow (1995), o processo de adaptação consiste em duas fases: qualitativa e quantitativa. A fase qualitativa compreende as etapas de tradução por indivíduo da cultura de origem; retrotradução por três tradutores bilíngues; comparação das versões traduzidas com a original; teste da versão traduzida em uma amostra significativa da população-alvo e confirmação com os participantes se houve clareza quanto aos itens (validade de face); elaboração de uma nova versão com teste-reteste. As etapas de teste e de validade de face podem ser repetidas até existir concordância entre os autores. A fase quantitativa consiste em testar a versão traduzida em uma amostra de 250 indivíduos da população-alvo e em 50 indivíduos da população geral.

Na adaptação de questionário *St George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) sobre doenças respiratórias do inglês para o idioma espanhol, Ferrer et al. (1996) relataram que, além da tradução do instrumento para a língua-alvo, devem-se considerar os aspectos técnicos e conceituais envolvidos na mensuração dos instrumentos de estado de saúde. A metodologia utilizada por esse grupo adotou os seguintes passos: tradução por um bilíngue (1ª versão); revisão da primeira tradução por um comitê de profissionais (2ª versão); retrotradução (*back-translation*); painel de pacientes que responderam ao questionário e comentaram sobre o entendimento quanto aos itens (3ª versão); aplicação do teste piloto e elaboração da versão final.

O grupo DISABKIDS propõe que o processo de adaptação de instrumentos

considere as seguintes etapas: 1. tradução e tradução para o idioma da população-alvo, avaliação da pertinência dos itens, retrotradução da versão adaptada para a versão original (“*backward translation*”), revisão da versão retrotraduzida e organização dos itens na língua-alvo; 2. validação semântica; 3. prova-piloto; 4. prova de campo (CASTRO, 2007).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) sugeriram uma abordagem padronizada de etapas para esse processo, as quais têm sido empregadas em diversos estudos que se encontram descritas a seguir:

1. Tradução: o objetivo dessa etapa é de indicar uma versão que resguarde a definição de cada item da versão original. Deve ser realizada por, pelo menos, dois tradutores independentes e competentes, de preferência, que sejam procedentes do idioma-alvo, que conheçam a finalidade do estudo e os conceitos incluídos.
2. Retrotradução (*back-translation*): refere-se à etapa em que a versão obtida para a cultura-alvo é traduzida para o idioma original e tem como objetivo comparar as duas versões, a fim de eliminar prováveis divergências nos significados dos itens ou nas interpretações.
3. Comitê de juízes: recomenda-se que seja multidisciplinar, com especialistas na temática, na metodologia e bilíngues. Tem como finalidade averiguar as equivalências dos itens, consolidando as versões traduzidas na versão final. Cabe também ao comitê alterar ou suprimir itens inapropriados ou imprecisos para a cultura-alvo e que, ao mesmo tempo, mantenham o conceito geral dos itens alterados ou suprimidos. Pasquali (1998) sugere que, entre os juízes, deve haver concordância de, pelo menos, 80% nas deliberações adotadas.
4. Pré-teste: sugere duas metodologias que podem ser utilizadas nessa etapa: uma técnica de sondagem e a avaliação por indivíduos bilíngues leigos, buscando identificar a equivalência de cada item entre as versões fonte e final. Caso a versão final não tenha alcançado uma equivalência satisfatória, o comitê poderá obter uma nova revisão.

Alguns pesquisadores brasileiros, Dantas, Silva e Ciol (2012); Eschevarria-Guanilo et al. (2006); Ferreira et al. (2008) têm usado a proposta de Ferrer et al. (1996), a qual recomenda que a etapa do comitê de juízes seja realizada antes da retrotradução, dessa forma, permite identificar erros e dificuldades de compreensão que não pudessem ser observados depois.

Pasquali (1998) estabelece que o instrumento deva ser submetido à avaliação semântica antes mesmo da realização do pré-teste. Alguns autores têm seguido essa recomendação com o objetivo de testar a compreensão dos itens em uma amostra da população a que se destina (DANTAS; SILVA; CIOL, 2012; ECHEVARRÍA-GUANILO et

al., 2006; FERREIRA et al., 2008). Essa etapa pode ser considerada como sendo o item “d” da fase qualitativa proposta por Chwalow (1995), que recomenda sua aplicação até no máximo a cinco e dez sujeitos.

A análise semântica tem como intuito fundamental conferir se todos os itens da escala são compreendidos por todos os indivíduos da população-alvo. Por isso, existem dois aspectos imprescindíveis para evitar discrepância na formulação dos itens: 1 - Se os itens são acessíveis às pessoas de classes sociais mais baixas da população a que se destina e 2 - se os itens são conhecidos pelas classes sociais mais favorecidas da população-alvo (para garantir a validade aparente). Entende-se por classe social mais baixa a parcela da população-alvo que apresente menor nível de habilidades (instrução) e, evidentemente, a classe mais alta, aqueles que apresentam maior habilidade ou maior nível de instrução (PASQUALI, 1998).

Beaton et al. (2000), após revisão de literatura e objetivando aperfeiçoar o processo de adaptação cultural do instrumento de medida proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), sugeriram as etapas a seguir: tradução, síntese das traduções, retrotradução (*back-translation*), revisão por um comitê de especialistas, pré-teste e submissão da tradução para análise dos autores do instrumento ou comitê consultivo. Esses mesmos autores enfatizaram a importância da revisão do processo de adaptação de instrumento com a finalidade de ampliar as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o instrumento original e a versão adaptada.

No processo de adaptação de um instrumento, o conceito de equivalência desempenha um papel fundamental e tem sido amplamente discutido na literatura. Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) estudaram na literatura o conceito de QVRS e encontraram 19 tipos de equivalências. As equivalências são apontadas como requisitos que, uma vez alcançados, consideram a medida com equivalência cultural, por isso o pesquisador precisa atentar para os seguintes pontos: se os domínios relacionados ao conceito investigado são importantes para a cultura-alvo (equivalência conceitual); se os itens incluídos em cada domínio são apropriados para a cultura estudada (equivalência dos itens); se a tradução dos itens considera os tipos de significados (equivalência semântica); se o método utilizado na aplicação do instrumento adaptado corresponde às indicações da versão original (equivalência operacional) e se os formatos da escala de resposta aos itens e às definições encontram-se adaptadas às questões culturais da população-alvo (equivalência de medida) (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; SCHMIDT; BULLINGER, 2003).

Diversas taxonomias de equivalência transcultural têm sido propostas na avaliação de equivalência cultural com a finalidade de aplicar o mesmo instrumento em culturas

diferentes. Ferreira e Marques (1998) descreveram as seguintes equivalências:

Equivalência conceitual - refere-se à relevância e ao significado em outra cultura de um conceito na cultura de origem.

Equivalência linguística (ou semântica) - diz respeito à conservação do mesmo significado dos itens do idioma original.

As equivalências de conteúdo, de critério e técnica são abordadas como validade de conteúdo, validade de critério e validade de construção.

Validade de conteúdo (ou validade facial) - entende que o domínio do conteúdo do instrumento condiz com os objetivos almejados, ou seja, os elementos da escala ou itens acolhem os aspectos do atributo medido. Nessa validação, devem-se analisar os seguintes: referir o domínio completo do conteúdo; descrever a metodologia usada na elaboração do instrumento; proceder com a análise do instrumento. Comumente utiliza-se o painel de juízes para evidenciar essa validade, considerando a clareza, a inclusão de conceitos, a redundância de itens e a escala do instrumento.

Validade de construção - representada pela interpretação dada aos valores do instrumento referentes aos resultados teóricos obtidos na sua elaboração. Essa validade se divide em dois tipos: validade convergente (necessita de correlações com variáveis relacionadas) e validade discriminante (não existe correlação com variáveis não relacionadas).

Validade de critério - observa se os valores alcançados pelo instrumento se relacionam com uma medida de critério. A validade de critério é dividida em dois tipos: validade concomitante e validade preditora. A validade concomitante refere-se ao poder substitutivo da escala, que é analisado correlacionando, ao mesmo tempo, uma nova escala com a medida de critério. A validade preditora é analisada a partir da correlação existente entre a medição atual e um critério futuro. Para Guillemín, Bombardier e Beaton (1993), a equivalência de um instrumento diz respeito à relevância e ao significado de um conceito ou dimensão de uma cultura para culturas distintas, por isso, na tradução e adaptação de um instrumento, recomendam-se verificar as equivalências a seguir:

Equivalência semântica: refere-se à equivalência dos significados das palavras, que, ao tentar alcançá-la, pode haver problemas no vocabulário e na gramática. Na transferência do significado de palavras, algumas delas podem se apresentar sutilmente diferentes, dependendo do contexto cultural, o que, muitas vezes, requer alterações gramaticais na construção de sentenças.

Equivalência idiomática: diz respeito ao significado das palavras idiomáticas e coloquiais, que, geralmente são difíceis de traduzir. Devem-se identificar expressões

equivalentes ou substituí-las na cultura-alvo.

Equivalência cultural: são as situações evocadas ou retratadas nos itens que devem corresponder às vivenciadas no meio/contexto cultural em estudo.

Equivalência conceitual: representa a coerência do item com relação ao domínio que ele pretende medir.

No presente estudo, foram adequadas as etapas propostas por Ferrer et al. (1996) ao processo de adaptação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), que avalia a sobrecarga física, emocional e social do cuidador de idosos. Dessa forma, obedecemos aos seguintes passos: 1. adaptação da versão original do português de Portugal para o português brasileiro; 2. avaliação pelo comitê de juízes (comparação da versão brasileira adaptada com a versão original, propondo uma nova versão, bem como a verificação das equivalências semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais); 3. análise semântica dos itens; 4. conservação da versão final proposta pelo comitê de juízes.

Após o processo de adaptação transcultural, as propriedades de medida de um instrumento devem ser avaliadas. Dentre as propriedades básicas, temos a validade e a confiabilidade. A **validade** de um instrumento é definida como a propriedade de medir o que se supõe medir por meio de instrumento de medida. Espera-se que os constructos descritos nos itens produzam medições úteis para a finalidade proposta, ou seja, analisa se os itens medem os atributos que se esperam. Também diz respeito ao que a escala avalia e se o faz de forma efetiva (CARDOSO, 2006; FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009; URBINA, 2007). Os critérios mais frequentes utilizados no processo de validação são: a validade de face, a validade de conteúdo, a validade de construto e a validade de critério.

Validade de face: refere-se à compreensão e à aceitação que as pessoas têm do que está sendo medido e à análise dos itens do instrumento após sua construção. Algumas questões podem auxiliar na avaliação: O que os indivíduos pensam que a escala mede? Eles entendem as questões? Eles se identificam com os itens e as respostas? (CARDOSO, 2006; CHWALOW, 1995).

Validade de conteúdo: demonstra se o conteúdo de um instrumento é adequado em termos de número e alcance dos seus itens. Avalia a relevância de cada domínio, considerando a definição conceitual dos constructos, a fim de assegurar a sensibilidade e a abrangência das questões (FAYERS; MACHIN, 2007).

As validades de Face e de Conteúdo devem ser realizadas por meio do Comitê de Juízes, que terá como finalidade elaborar a versão final do instrumento, procurando resguardar as equivalências das instruções, preenchimento, itens e escala de resposta entre as

duas versões do instrumento (original e adaptada) (CHWALOW, 1995; FAYERS; MACHIN, 2007).

Validade de construto ou de conceito: examina a relação teórica dos itens, ou seja, se constituem uma representação adequada do construto, e verifica a hipótese da representação comportamental. Podem-se usar correlações, mudanças fora do tempo e diferenças entre grupos, para avaliar a validade de construto, bem como utilizar dois principais métodos: validade convergente e validade divergente ou discriminante (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009).

A validade convergente representa um dos principais aspectos da validade de construto. Evidencia semelhanças em construtos avaliados, ou seja, confirma altas correlações entre escalas que avaliam um construto relacionado com a teoria. A correlação pode apresentar-se positiva ou negativa, dependendo do sentido do escore da escala (FAYERS; MACHIN, 2007; URBINA, 2007).

A validade divergente ou discriminante reconhece que dimensões antecipadamente conhecidas de uma medida não devem se relacionar com outras dimensões. Apresenta correlações baixas entre medidas que devem diferir, ou seja, a escala mede a não relação dos construtos (FAYERS; MACHIN, 2007; URBINA, 2007).

Realiza-se a validade de constructo por meio de testes de correlações entre escalas que avaliam construtos relacionados; pela comparação entre grupos distintos e pela análise fatorial. A análise fatorial é um método formal para investigar a estrutura interna de um instrumento e tem como aspecto relevante a avaliação da confiabilidade, pois fornece meios de examinar e testar a dimensionalidade da medida (FAYERS; MACHIN, 2007; FERREIRA; MARQUES, 1998; PASQUALI, 2009).

O objetivo fundamental da análise fatorial é reduzir o quantitativo de dimensões necessárias para se descrever dados originados de um grande número de escalas. Existem dois procedimentos básicos: análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória. A análise fatorial exploratória é realizada na escala original e permite ao pesquisador verificar a relação entre medidas, a fim de identificar os construtos implícitos que interpretam a variabilidade observada. Na análise fatorial confirmatória, busca-se testar hipótese e comprovar a teoria a respeito de elementos presumidamente existentes (PASQUALI 2009; URBINA, 2007).

Em outras palavras, enquanto a análise fatorial exploratória não necessita de uma teoria, nem a habilidade para a definição dos constructos antecipadamente, a análise fatorial confirmatória não pode ser realizada sem uma teoria de mensuração. Assim, na análise confirmatória, o pesquisador especifica a priori o número de fatores e como as variáveis

carregam sobre tais fatores. Todas as variáveis (itens) medidas são relacionadas com cada fator, estimando a carga fatorial e espera-se que os valores encontrados para cada carga fatorial sejam maiores do que 0,4. Quando um modelo da análise fatorial confirmatória se ajusta e demonstra validade de constructo, a teoria de mensuração é sustentada (HAIR JR et al., 2009). Considera-se, portanto, que a análise fatorial confirmatória nos permite confirmar ou rejeitar a teoria prévia, no caso de estudos de adaptação cultural e validação do instrumento isso se resume na confirmação da dimensionalidade da versão adaptada. No estudo de Longmire e Knight (2011), os autores utilizaram essa análise para testar a versão abreviada da escala de Sobrecarga de Cuidadores de Zarit em duas amostras raciais de cuidadores de idosos com demência.

As teorias de mensuração frequentemente são apresentadas por meio de diagramas visuais que representam graficamente os modelos teóricos testados segundo técnicas de modelagem estruturais como o LISREL, AMOS ou CALIS. Os modelos de equações estruturais ou *Structural Equation Modeling (SEM)* envolvem uma teoria de mensuração e uma teoria estrutural. Nos diagramas, os caminhos do constructo latente para os itens medidos são indicados com as setas, e cada um deles representa uma relação ou carga que deve existir com base na teoria de mensuração. Enquanto as técnicas de análise fatorial exploratória produzem uma carga para cada variável sobre cada fator, na análise fatorial confirmatória, apenas as cargas que teoricamente conectam um item medido ao seu fator latente correspondente são calculadas, e as demais cargas são assumidas como nulas (HAIR JR et al., 2009).

Para avaliar a adequação do modelo obtido, têm sido considerados diferentes indicadores. O valor de p associado ao valor do χ^2 indica a boa adequação do modelo quando não houver significância estatística. Outro indicador é a razão entre o valor do qui-quadrado e os graus de liberdade cujo valor, quando for menor do que cinco, sugere um modelo bem ajustado. Esses indicadores são sensíveis ao tamanho da amostra e, por isso, têm sido substituídos por outros índices de ajustamento (*fit*) menos sensíveis, tais como: *Comparative Fit Index (CFI)*, *Goodness of Fit Index (GFI)*, *Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)* e o *Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA)*. O modelo será adequado se o CFI e o AGFI forem superiores a 0,90 (KLINKE, 1994) ou ainda se o RMSEA apresentar coeficiente inferior a 0,05 (BROWNE; CUDECK, 1993).

Validade de critério: demonstra se os valores obtidos pelo instrumento encontram-se relacionados com uma medida de critério, ou seja, considera se a escala se relaciona de forma prática com critérios externos, tais como outros instrumentos estabelecidos. A relação entre

duas escalas pode ser observada por meio do coeficiente de correlação, que é dividida em duas modalidades: a validade concorrente, que observa se a escala se correlaciona com outras variáveis concomitantes, e a validade preditiva, que ressalta a capacidade da escala em prever outras variáveis (CHWALOW, 1995; FAYERS; MACHIN, 2007; URBINA, 2007).

Keszeia, Novaka e Streiner (2010) trazem uma nova maneira de olhar esses conceitos de validade e de confiabilidade. Eles chamam a atenção para o fato de que tanto a confiabilidade quanto a validade não são propriedades fixas de um instrumento/escala, mas sim, uma função entre o instrumento, o grupo onde ele está sendo usado e as circunstâncias da sua utilização. Referem, então, que uma escala pode ser confiável e válida em um conjunto de circunstâncias, mas não pode manter essas características em outra condição diferente.

A **confiabilidade** de um instrumento diz respeito à coerência das respostas obtidas em medições repetidas e o grau de independência entre os resultados quando aplicados em diferentes ocasiões. A confiabilidade de medida refere-se a resultados consistentes e precisos e pode ser avaliada por diferentes métodos: estabilidade (teste-reteste), consistência interna (alfa de Cronbach) e equivalência (FERREIRA; MARQUES, 1998; FIELD, 2009; URBINA, 2007).

O alfa de Cronbach é o método mais utilizado, pois permite avaliar se cada item da escala mede, de forma equivalente, o mesmo conceito, ou seja, se os itens estão positivamente relacionados, o que comprova a medida de um mesmo construto. Os valores do alfa de Cronbach variam de 0 a 1, e os considerados aceitáveis estão entre 0,70 e 0,90 (CUMMINGS; STWART; RULLEY, 2003).

A estabilidade do instrumento tem como objetivo averiguar se ele é capaz de medir o construto estudado após reaplicação posterior. Para isso, utiliza-se o teste-reteste, constatado entre os mesmos sujeitos e em condições idênticas à aplicação anterior. Essa confiabilidade é analisada por meio do coeficiente de correlação linear de Pearson (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Estudo metodológico, com delineamento transversal, cuja proposta foi adaptar e validar um instrumento - o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), elaborado para medir a sobrecarga física, emocional e social de cuidadores brasileiros.

Estudos metodológicos são desenvolvidos visando à elaboração de instrumentos de coleta de dados em geral e para medir constructos subjetivos. Eles utilizam a mensuração e a estatística, o que compreende as etapas de definição do constructo, formulação dos itens, desenvolvimento das instruções para os participantes do estudo e avaliação da confiabilidade e validade da ferramenta utilizada (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 Permissão dos autores para a adaptação e o uso do instrumento

A permissão para adaptar o instrumento QASCI para o uso no Brasil foi solicitada à Professora Teresa Martins, principal autora do instrumento. Em documento recebido no dia 02 de maio de 2011, por via eletrônica, a referida pesquisadora concedeu permissão para que o instrumento fosse testado em sua versão brasileira (ANEXO A).

4.3 Proteção aos sujeitos do estudo

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (PB) em reunião realizada no dia 17.05.2011, sob o protocolo nº 345/11, folha de rosto nº 428380, CAAE nº 0148,0,126,000-11(ANEXO B) e concedida a autorização por parte da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – PB.

Na abordagem ao participante (cuidador informal de idoso que apresentava alguma dependência funcional), apresentamos os objetivos da pesquisa. Com a sua concordância, entregamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A)

para os envolvidos assinarem - cuidador e pesquisador - em atendimento aos critérios preconizados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta a realização de pesquisas que envolvem seres humanos. Foram-lhe assegurados a privacidade durante o preenchimento do questionário, sua não identificação e o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

4.4 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de João Pessoa, estado da Paraíba (PB), especificamente nas áreas cadastradas das Equipes de Saúde da Família (ESF). João Pessoa encontra-se dividida em cinco Distritos Sanitários. Atualmente, o município tem um quantitativo de 180 ESF, perfazendo um índice de 80% de área coberta pelas Unidades de Saúde da Família.

4.5 População e amostra

A população deste estudo foi composta por cuidador informal (CI) domiciliar de idoso funcionalmente dependente. Nesse estudo, considerou-se a seguinte definição de cuidador informal - CI: “pessoa não remunerada, familiar ou amiga que se assuma como principal responsável pela organização ou assistência e cuidados prestados à pessoa dependente” (BRAITHWAITE, 2000, p.710).

O participante da pesquisa (cuidador de idoso dependente) foi identificado por meio do cadastro do Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde, que se encontrava descentralizado para os cinco Distritos Sanitários do município. As informações referentes aos idosos eram repassadas para esse serviço pelos agentes comunitários de saúde e, posteriormente, inseridas em uma planilha Excel, como: identificação do idoso, doenças apresentadas, medicamentos utilizados, se deambulava sozinho ou não, alimentação (oral, por sonda, tipo de dieta), eliminações (presença de sondas e estomias), se contava com ajuda de cuidador, entre outras.

Após o recebimento da autorização da Secretaria Municipal de Saúde, a pesquisadora percorreu os Distritos Sanitários a fim de selecionar os idosos com alguma dependência funcional, cadastrados no Serviço de Atenção Domiciliar. Posteriormente, ela procurou as Unidades de Saúde da Família e, depois de explicar os objetivos do estudo, agendava visita aos domicílios com o agente comunitário de saúde daquela área de abrangência.

Para integrar a amostra, os participantes deveriam reunir os seguintes critérios de inclusão:

Para o idoso dependente funcional:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 60 anos; ser de ambos os sexos; residir em João Pessoa;
- ✓ Apresentar há, pelo menos seis meses, situação de dependência funcional em pelo menos uma Atividade Básica da Vida Diária (ABVD) (KATZ et al., 1963) ou duas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (LAWTON; BRODY, 1969). Essas avaliações foram realizadas na perspectiva do cuidador informal.

Para o cuidador de idosos:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 18 anos, ser de ambos os sexos e residir em João Pessoa;
- ✓ Apresentar condições cognitivas avaliadas pelo Miniexame do estado mental – MEEM (BERTOLUCCI et al., 1994);
- ✓ Ser o principal responsável pelo cuidado e ajuda nas atividades da vida à pessoa familiar ou amiga, com 60 ou mais anos de idade;
- ✓ Não receber nenhuma remuneração para exercer a função de cuidador.

4.6 Adaptação semântica do QASCI para uso no Brasil

Para o processo de adaptação cultural do QASCI, utilizamos as etapas propostas por Ferrer et al. (1996), com a inclusão da etapa de adaptação/validação semântica sugerida por Pasquali (1999). Esse processo foi utilizado em outros estudos brasileiros (DANTAS; SILVA; CIOL, 2012; ESCHEVARRIA-GUANILO et al., 2006; FERREIRA et al., 2008; PELEGRINO et al., 2011) e contém as seguintes etapas:

Etapas 1 Adaptação semântica da versão original do português de Portugal (VOPP) (ANEXO C) para o português do Brasil (VPB-1) (APÊNDICE B);

Etapa 2 Avaliação pelo comitê de juízes das versões VOPP e VPB-1 para análise das equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual (validade de face e de conteúdo), com a obtenção da segunda versão para o português do Brasil (VPB-2) (APÊNDICE C);

Etapa 3 Análise semântica dos itens da VPB-2 por um grupo de cuidadores; e

Etapa 4 Obtenção da versão final para o português do Brasil (VFPB) (APÊNDICE D);

Etapa 5 Análise das propriedades psicométricas da VFPB.

Esses passos encontram-se esquematizados na Figura 1.

Figura 1 Processo de adaptação cultural do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).

4.6.1 Adaptação do QASCI

A versão original em português de Portugal (VOPP) do instrumento QASCI foi, primeiramente, adaptada semanticamente para o uso no nosso país pelas pesquisadoras do presente estudo. Essa primeira versão em português para o Brasil (VPB-1) foi apresentada para apreciação pelo Comitê de Juízes.

4.6.2 Avaliação pelo Comitê de Juízes

Participaram dessa etapa cinco juízes - quatro especialistas na temática (três enfermeiras e uma psicóloga) e uma especialista na metodologia. Os membros do Comitê de Juízes foram convidados para uma reunião, com a finalidade de avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento QASCI. Nesse encontro, a coordenação de pesquisadores procedeu à leitura da carta-convite (APÊNDICE I) com as definições das referidas equivalências, bem como de cada item segundo os seus domínios, da versão original do QASCI e da versão brasileira proposta.

Nessa etapa, além da avaliação das equivalências, realizou-se a concordância das validades de face e de conteúdo da versão proposta para o Brasil do QASCI. Durante a reunião, quando algum especialista discordava da redação da VPB-1, após sugestões de mudanças na redação do item, a aprovação ocorria quando, no mínimo, quatro participantes (acima de 85%) concordavam com a proposta de mudança apresentada. Após as modificações dos itens, obteve-se a versão do instrumento em português para uso no Brasil (VPB-2). Essa versão foi, então, submetida à análise semântica.

As modificações ocorridas na VPB-1 serão apresentadas detalhadamente na Seção Resultados.

4.6.3 Validação semântica do instrumento

Realizamos a validação semântica da VPB-2 do instrumento QASCI, com o objetivo de saber como os entrevistados compreendiam os itens ou se eles modificariam alguns deles. Para se compreenderem os itens para cuidadores de diferentes níveis de escolaridade, foi garantida a participação de cuidadores de idosos com diferentes níveis de escolaridade para participarem dessa etapa (PASQUALI, 1999). Assim, selecionamos 30 cuidadores de idosos com diversas patologias e que apresentavam alguma dependência funcional, segundo informações da ESF Viver Bem, os quais residiam na área de abrangência da equipe, localizada no Distrito Sanitário IV do município de João Pessoa – PB. A referida unidade de saúde foi escolhida por ser campo de estágio de ensino da pesquisadora principal.

A avaliação semântica foi realizada pela referida pesquisadora entre os meses de

novembro e dezembro de 2011. Antes da realização dessa etapa, os cuidadores foram informados acerca da finalidade da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Após a assinatura, apresentamos a versão adaptada (VPB-2) do QASCI. Essa etapa foi conduzida baseada em estudos prévios (CASTRO, 2007; PELEGRINO, 2009). Para a avaliação semântica do QASCI, foi elaborado um instrumento composto por duas partes. A parte geral - Parte A (APÊNDICE E), que continha questões para os cuidadores emitirem suas opiniões sobre o questionário informando seu entendimento aos itens, e a parte específica - Parte B (APÊNDICE F), em que eram obtidas respostas sobre a importância das perguntas, sua compreensão e aceitação do questionário. Os participantes foram divididos em três grupos similares em idade e sexo, cada um com 10 cuidadores. Todos responderam à parte referente à avaliação geral do questionário QASCI. Para a avaliação específica, cada grupo de 10 cuidadores respondeu os itens divididos de forma equitativa por domínios assim descritos: Grupo 1 - Sobrecarga emocional (4 itens), Sobrecarga financeira (2 itens) e Reações às exigências (5 itens); Grupo 2 - Implicações na vida pessoal (11 itens); e Grupo 3 - Mecanismos de eficácia e de controle (3 itens), Apoio familiar (2 itens) e Satisfação com o papel e com o familiar (5 itens).

As modificações advindas dessa etapa foram realizadas na versão VPB-2, o que resultou na versão final em português para uso no Brasil (VFPB) do QASCI. Essa versão foi utilizada na amostra selecionada de cuidadores de idosos dependentes para a análise das propriedades psicométricas, descritas após a apresentação do procedimento de coleta dos dados e dos instrumentos utilizados.

As modificações ocorridas na VPB-2 serão apresentadas detalhadamente na Seção Resultados.

4.7 Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais realizadas nos domicílios, no período diurno, entre os meses de setembro de 2012 a fevereiro de 2013. Participaram da coleta, além da pesquisadora principal, sete alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPB, que participavam do mesmo grupo de pesquisa da pesquisadora. Elas foram divididas em duplas, treinadas pela pesquisadora que participava da condução da

primeira entrevista. Após a conclusão da entrevista, as alunas esclareciam as dúvidas surgidas durante a observação da coleta realizada pela pesquisadora. As alunas acompanhavam a pesquisadora no contato com as unidades de saúde, com a finalidade de apresentá-las às ESF e de conhecer seus territórios.

Buscamos coletar os dados nas áreas de três Distritos Sanitários (III, IV e V) pelas seguintes razões: apresentarem populações distintas do ponto de vista socioeconômico, ser campo de atuação profissional da pesquisadora, o que implica conhecimento prévio dos agentes comunitários de saúde, e devido à facilidade de acesso das alunas que contribuíram com a coleta dos dados.

As entrevistas foram agendadas com os agentes comunitários de saúde, os quais acompanhavam a pesquisadora no momento da coleta dos dados. Para identificar quem seria o cuidador, a pesquisadora perguntava qual era a pessoa principal responsável pelo cuidado e pela ajuda ao idoso nas atividades de vida diária, tanto para ele quanto para o cuidador. Quando a indicação apontava para mais de um cuidador, a pesquisadora usava como critério de escolha o cuidador que era responsável pela realização da maior parte dos cuidados ao idoso e que despendia maior tempo na execução desses cuidados.

Após a seleção do cuidador participante do estudo, avaliávamos as suas funções cognitivas por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM), proposto por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e validado no Brasil (BERTOLLUCI et al., 1994). Composto por 23 itens distribuídos em sete categorias que avaliam funções cognitivas específicas: orientação temporal e orientação espacial – ambos com cinco itens, que valem um ponto cada um; registro de três palavras (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); recordação das três palavras (3 pontos); linguagem (9 pontos). Posteriormente, foi solicitado ao cuidador que pegasse uma folha com a mão direita, dobrasse e devolvesse ao pesquisador (1 ponto); outras duas atividades solicitadas foi para que ele escrevesse uma frase e desenhasse dois pentágonos intercalados, conforme figura mostrada ao cuidador (1 ponto cada item). O escore pode variar de 0 a 30, e seu resultado determina que, quanto menor o escore, maior o déficit cognitivo. Essa escala foi classificada em quatro escores: 13 pontos para analfabetas, 18 pontos para pessoas com escolaridade baixa e média, 26 pontos para escolaridade alta (BERTOLUCCI et al., 1994) (ANEXO D). Aquele que alcançava a pontuação desejada (no mínimo 13 pontos) era inserido no estudo.

Após a sua inserção no estudo, o cuidador respondia aos instrumentos referentes à avaliação do idoso: avaliação do desempenho nas ABVD e nas AIVD, quando se confirmava a dependência funcional do idoso a partir da perspectiva do cuidador. Depois, eram coletados

dados para a caracterização sociodemográfica do idoso: idade, sexo, escolaridade, com quantas pessoas residia e com quem residia. Também perguntamos ao cuidador se o idoso apresentava alguma comorbidade (APÊNDICE H).

O cuidador respondia às questões relacionadas à sua caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação/atividade) e ao seu papel de cuidador: grau de parentesco com o idoso; se residia com ele; há quanto tempo era cuidador; se contava com ajuda de alguém para cuidar do idoso; tempo dedicado ao cuidado (quantos dias da semana e do fim de semana eram dedicados para cuidar do idoso) (APÊNDICE G). A sobrecarga do cuidador foi analisada por meio da medida do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI; a qualidade de vida relacionada à saúde foi analisada pelo instrumento SF – 36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*), e os sintomas de ansiedade e depressão foram observados a partir da HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*).

Na aplicação da versão brasileira do QASCI, além da leitura do instrumento para facilitar a compreensão dos cuidadores, foram confeccionadas tarjetas com cada pergunta e suas respectivas opções de respostas com letras de tamanho nº 28. Assim, além de ouvir a questão elaborada pela entrevistadora, o cuidador podia acompanhar lendo as tarjetas e respondia qual a opção de resposta para cada pergunta. A resposta era então registrada no instrumento de coleta.

4.8 Descrição dos instrumentos de coleta de dados

4.8.1 Instrumentos respondidos pelo cuidador e referentes ao idoso

A - Instrumento para caracterização sociodemográfica do idoso: Instrumento composto pelos seguintes itens: idade, sexo, escolaridade, com quantas pessoas residia, com quem residia e comorbidades apresentadas (APÊNDICE H).

B - Instrumento de avaliação do desempenho para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): para avaliar o desempenho funcional do idoso na execução das ABVD, utilizamos o instrumento proposto por Katz et al. (1963), o qual tem sido usado

amplamente na literatura nacional e na internacional. Lino et al. (2008) adaptaram e validaram a versão da Escala de Katz de independência em atividades da vida diária para o português do Brasil.

Esse instrumento avalia o desempenho funcional em seis funções (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes, considerando os aspectos físicos. Na interpretação dos escores, temos a seguinte classificação (LINO et al., 2008) (ANEXO E):

- a. Pontuação 0 – independência em todas as seis funções;
- b. Pontuação 1 – independente em cinco funções e dependente em uma;
- c. Pontuação 2 - independente em quatro funções e dependente em duas;
- d. Pontuação 3 - independente em três funções e dependente em três;
- e. Pontuação 4 - independente em duas funções e dependente em quatro;
- f. Pontuação 5 - independente em uma função e dependente em cinco;
- g. Pontuação 6 - dependência em todas as seis funções.

Neste estudo, fizemos a seguinte categorização: classificamos os idosos como dependentes se eles tivessem pontuação maior do que zero em qualquer uma das seis funções, e independentes, os que pontuaram zero em todas as funções.

C - Instrumento de avaliação do desempenho para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): utilizamos a Escala de Lawton, para avaliar o desempenho do idoso nas AIVD, classificando-os como independentes ou dependentes no desempenho de sete funções. A Escala de AIVD foi desenvolvida por Lawton e Brody (1969), traduzida para o português, adaptada e validada por Santos e Virtuoso Júnior (2008) para o contexto brasileiro.

A escala inclui sete itens que avaliam o desempenho nas atividades instrumentais sobre como usar o telefone, utilizar transporte, fazer compras, preparar alimentos, fazer tarefas domésticas, tomar a medicação e manusear dinheiro. A classificação da escala é feita da seguinte forma: pontuação menor ou igual a sete indica dependência total; pontuação maior que sete e menor que 21 indica dependência parcial; e pontuação igual a 21 indica independência em todas as atividades. O método mais comum é a taxa dos itens (1= dependente (classificado como dependência total), 2 = necessita de ajuda (classificado como dependência parcial), 3 = independente) e a soma as sete respostas. A habilidade medida pela escala se baseia em qualquer função cognitiva ou física - quanto maior o escore, mais

habilidades a pessoa detém (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) (ANEXO F).

4.8.2 Instrumentos para a avaliação do cuidador

A - Instrumento para caracterização sociodemográfica: contém os itens idade, sexo, estado civil, escolaridade, grau de parentesco com o idoso, ocupação, se reside com o idoso, quanto tempo é cuidador, tempo dedicado ao cuidado (quantos dias da semana e fins de semana dedicados para cuidar do idoso), se conta com ajuda de alguém para cuidar do idoso (APÊNDICE G).

B – Versão final em português para o Brasil do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (VFPB - QASCI):

O QASCI é um instrumento destinado a aferir a sobrecarga física, emocional e social em CI de doentes com sequelas AVC, adaptado ao contexto social e cultural de Portugal (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

O QASCI é composto por 32 itens, que integram sete dimensões: Implicações na vida pessoal (11 itens); Satisfação com o papel e com o familiar (cinco itens); Reações às exigências (cinco itens); Sobrecarga emocional (quatro itens); Apoio familiar (dois itens); Sobrecarga financeira (dois itens) e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle (três itens). Cada item é avaliado por uma escala ordinal de frequência que varia de um a cinco categorias de respostas: “*Não/nunca*”, “*Raramente*”, “*Às vezes*”, “*Quase sempre*”, “*Sempre*”. Essas dimensões foram identificadas de acordo com a literatura, informações obtidas de cuidadores de doentes com sequelas depois de um AVC (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2004).

Nas subescalas de Sobrecarga emocional, Implicações na vida pessoal, Reação às exigências e Sobrecarga financeira, a pontuação refere-se ao valor estabelecido nos escores. Entretanto, esclarecemos que, nas três subescalas: Percepção dos mecanismos de eficácia e controle, Apoio familiar e Satisfação com o papel e com o familiar, os valores mais altos correspondem à maior autoeficácia, apoio e satisfação. Para o cálculo do escore final, é necessário inverter as pontuações das três dimensões positivas (Percepção dos mecanismos de eficácia e controle; Apoio familiar e Satisfação com o papel e com o familiar), somado às pontuações das demais dimensões e dividido pelos sete domínios. Na pontuação das subescalas do QASCI, o escore total varia de 32 a 160. Os resultados são interpretados

considerando-se que os valores mais altos correspondem a situações com maior peso ou maior sobrecarga (APÊNDICE D).

C - Instrumento para avaliar sintomas de ansiedade ou depressão: foi utilizada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), em sua versão em português validada no Brasil (BOTEGA et al., 1998) para mensurar os sintomas de ansiedade e depressão nos cuidadores. A HADS contém 14 questões (sete para ansiedade e sete para depressão), que abordam sintomas somáticos e psicológicos, com escala de resposta de quatro pontos. Os valores das respostas variam de 0 a 3, e sua soma pode variar de 0 a 21 pontos para cada um dos transtornos emocionais pesquisados. Assim, a avaliação das respostas pode ser feita com o valor total de cada subescala (HADS-Ansiedade e HADS-Depressão), sendo que, quanto maior o valor, mais sintomas de ansiedade e de depressão (ANEXO G).

D - Instrumento para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS): foi aplicado o instrumento SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*) idealizado por Ware e Sherbourne (1992), na versão adaptada para o português (CICONELLI et al., 1999). O SF-36 é um questionário multidimensional composto por 36 itens que abrangem oito domínios: Capacidade funcional (10 itens), Aspectos físicos (quatro itens), Dor (dois itens), Estado geral de saúde (cinco itens), Vitalidade (quatro itens), Aspectos sociais (dois itens), Aspectos emocionais (três itens), Saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Na pontuação das subescalas, o escore total varia de 0 a 100. Os resultados são interpretados considerando-se que os valores mais altos correspondem a situações com melhor qualidade de vida relacionada à saúde. Essa escala avalia tanto os aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade) quanto os aspectos positivos (bem-estar) (WARE; SHERBOURNE, 1992) (ANEXO H).

4.9 Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do QASCI

As análises descritas a seguir foram escolhidas visando confirmar evidências da validade de constructo da versão brasileira do QASCI e de sua consistência interna segundo as definições e as análises propostas por Fayers e Machin (2007).

4.9.1 Validade de constructo: foi verificada por três métodos:

Dimensionalidade: a dimensionalidade da versão adaptada do QASCI foi testada usando-se a análise fatorial confirmatória (AFC), que é um caso especial dos modelos de equações estruturais (MES), uma vez que a estrutura da análise fatorial é previamente especificada, e o objetivo principal da modelagem é de testar ou confirmar o quanto os dados se ajustam bem ao modelo proposto (FAYERS; MACHIN, 2007; TABACHNICK; FIDELL, 2007).

Existem dois tipos de análise fatorial: uma que é exploratória e outra que é confirmatória. A análise fatorial exploratória busca verificar quantos construtos comuns são necessários para explicar as intercorrelações dos itens. Já a AFC estabelece previamente a estrutura teórica preliminar e verifica em seguida se ela se adapta aos dados (FAYERS; MACHIN, 2007; TABACHNICK; FIDELL, 2007). Porém toda essa análise é baseada em técnicas de estatística multivariada.

A AFC busca explorar as correlações entre os itens e permite também que o pesquisador estabeleça as relações entre as variáveis dependentes (ou observadas) e as latentes (construtos). Assim, podemos, através da AFC, determinar a validade de construto de um teste pela grandeza das cargas fatoriais (que são correlações que vão de -1 até 1) dos itens com os traços latentes.

Para verificar o ajuste do modelo final relativo à versão adaptada do QASCI em uma amostra de cuidadores brasileiros, analisamos a estrutura fatorial do constructo, assumida no instrumento original pelos valores obtidos do *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) (TABACHNICK; FIDELL, 2007), ou seja, a raiz quadrada média residual padronizada, o *Goodness-of Fit Index* (GFI) e o *Comparative Fit Index* (CFI) (TABACHNICK; FIDELL, 2007).

Para interpretar os valores obtidos, seguimos os valores preconizados por Ho (2006) e Tabachnick e Fidell (2007). Os valores da RMSEA variando entre 0,05 e 0,08, com valor próximo a zero, considerados aceitáveis; entre 0,08 e 0,10, indicam ajuste mediano e maiores do que 0,10 são considerados ajustes precários (HO, 2006); o *Goodness-of Fit Index* (GFI) e o *Comparative Fit Index* (CFI) (TABACHNICK; FIDELL, 2007), ambos com variação de zero a um em que o valor zero indica ajuste precário/fraco e o valor um, o ajuste perfeito (HO, 2006). Valores maiores do que 0,95 são indicativos de bons ajustes do modelo (TABACHNICK; FIDELL, 2007).

O procedimento PROC CALIS do software SAS® foi utilizado para realizar a

técnica de Equação Estrutural. Esse procedimento é indicado para estimar parâmetros e testar hipóteses como a realização da análise fatorial confirmatória (HAIR JR et al., 2009).

Validade de constructo convergente: é analisada considerando-se as correlações existentes entre as medidas de sobrecarga do cuidador (QASCI), a qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36), a depressão (HADS-Depressão) e a ansiedade (HADS-Ansiedade).

As hipóteses que foram estabelecidas referentes ao sentido e à força das correlações entre as medidas citadas estão apresentadas a seguir, no Quadro 1 (para o SF-36) e no Quadro 2 (HADS-Depressão e HADS-Ansiedade).

Para estabelecer o sentido das correlações, consideramos que o instrumento QASCI tem como direção maiores valores indicando maior sobrecarga do cuidador, e o SF-36, maiores valores indicando melhor QVRS em cada domínio. Assim, o sentido da correlação esperada seria negativo - maior sobrecarga, menor QVRS.

	Capacidade funcional	Aspectos físicos	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
QASCI	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada
	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)

(-) Correlação inversa ou negativa entre as medidas

Quadro 1 - Hipóteses do sentido e da força das correlações entre a medida de sobrecarga do QASCI e os domínios do SF-36

Com as subescalas de ansiedade (HADS-Ansiedade) e depressão (HADS-Depressão), maiores valores indicam maior presença de sintomas. Assim, o sentido da correlação esperada seria positivo, ou seja, maior sobrecarga, mais sintomas de ansiedade e de depressão.

	HADS - Ansiedade	HADS - Depressão
QASCI	Moderada	Moderada
	(+)	(+)

(+) Correlação direta ou positiva entre as medidas

Quadro 2 - Hipóteses do sentido e da força das correlações entre a medida de sobrecarga do QASCI e as medidas de ansiedade e depressão do HADS-A e HADS-D.

Validade por grupos conhecidos: consideram-se a idade do cuidador; o tempo em que desempenha o papel de cuidador e o grau de dependência do idoso.

Assim, estabelecemos as seguintes hipóteses, que foram testadas conforme as análises realizadas para a versão original do instrumento (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003):

Quanto ao grau de dependência do idoso: Os cuidadores de idosos dependentes apresentarão maior sobrecarga do que os de idosos independentes.

Quanto à idade do cuidador: Há correlação positiva e de grau moderado entre a idade dos cuidadores e a sobrecarga (QASCI) (Quadro 3), e cuidadores idosos terão maior sobrecarga do que cuidadores não idosos.

Quanto ao tempo em que desempenha o papel de cuidador: Há correlação positiva e de grau moderado entre o tempo do papel de cuidador e a sobrecarga (QASCI) (Quadro 3).

	Idade do cuidador	Tempo de cuidado
QASCI	Moderada	Moderada
	(+)	(+)

(+) Correlação direta ou positiva entre as medidas

Quadro 3 - Hipóteses do sentido e da força das correlações entre a medida de sobrecarga do QASCI e a idade do cuidador e o tempo que desempenha o papel de cuidador.

4.9.2 Análise da consistência interna dos itens da versão brasileira do QASCI

Foi verificada pelo coeficiente Alfa de Crobach, que é o indicador mais frequentemente utilizado na análise da consistência interna de instrumentos, pois reflete o grau de covariância dos itens entre si. Ou seja, é um coeficiente de correlação que tem como premissa para sua análise que os itens que compõem os instrumentos são positivamente relacionados entre si e medem o mesmo atributo. Há vários fatores que podem interferir nos coeficientes de alfa de Cronbach, como a extensão (quanto maior o teste, maior o número de itens e maior o número do alfa) e a variância do teste (quanto maior a variância, maior o valor do alfa).

4.10 Processamento e análise dos dados

Os dados foram processados e analisados pelo Programa de Software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0, para Windows 7.0. Todas as variáveis sofreram análises descritivas de frequência simples (variáveis categóricas) e de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão), quando variáveis numéricas discretas/contínuas.

Para avaliar a validade de constructo referente à dimensionalidade da versão brasileira do QASCI, foi investigada sua estrutura fatorial por meio da análise fatorial confirmatória, utilizando a técnica de modelagem estrutural *The CALIS Procedure*, como o software *SAS System*.

Na validade de constructo, foram usados os testes de correlação de Pearson (entre as medidas de sobrecarga, qualidade de vida relacionada à saúde, depressão, ansiedade, idade do cuidador e tempo que o cuidador desempenha seu papel) e o teste t de *Student* para comparar as médias de sobrecarga segundo a idade do cuidador (idoso e não idoso), tempo do cuidado (até cinco anos; seis anos ou mais) e o grau de dependência do idoso (dependente e independente (LINO et al., 2008) e dependente parcial e dependente total (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

Para a interpretação dos valores de correlação positiva e negativa entre as medidas, consideramos a classificação de Ajzen e Fishbein (1998): valores menores que 0,30 correspondem a correlações fracas e de pouca aplicabilidade clínica; valores entre 0,30 e 0,50, a correlações moderadas, e acima de 0,50, correlações fortes.

No que se refere à análise da consistência interna da versão adaptada para o Brasil do QASCI, foram calculados os alfas de Cronbach para o instrumento total e seus domínios. Os valores do alfa de Cronbach foram considerados aceitáveis quando presentes no intervalo de 0,70 a 0,90 (FAYERS; MACHIN, 2007).

O nível de significância adotado para os testes de hipóteses do estudo foi de 0,05.

5. RESULTADOS

5.1 Resultados relacionados à identificação dos cuidadores e dos idosos

Participaram do estudo 132 cuidadores informais de idosos que apresentavam dependência nas atividades básicas ou instrumentais de vida diária. A média de idade dos cuidadores foi de 49,74 anos (variando de 19 a 83), a maioria era do sexo feminino (87,1%) e 47,7% eram casados. Quanto à escolaridade, 31,8% apresentavam ensino médio completo, com média de 8,3 anos de estudo (variando de 0 a 15) e 57,6% referiram o trabalho doméstico como a principal atividade/ocupação (Tabela 1).

Tabela 1- Análise descritiva das características sociodemográficas dos cuidadores de idosos. João Pessoa, 2012-2013 (n= 132).

Variáveis	n (%)	Média (D.P.)*	Mediana	Intervalo
Idade (em anos)		49,74 (13,58)	49,50	19 - 83
Sexo				
Feminino	115 (87,1)			
Masculino	17 (12,9)			
Estado civil				
Casado	63 (47,7)			
Solteiro	49 (37,1)			
Separado/divorciado/desquitado	12 (9,1)			
Viúvo	5 (3,8)			
União estável	3 (2,3)			
Escolaridade (em anos)		8,32 (4,59)	10,5	0 - 15
Analfabeto	8 (6,1)			
Sabe ler/escrever informal	14 (10,6)			
1 a 4 anos	11 (8,3)			
5 a 8 anos	28 (21,2)			
Ensino médio incompleto	5 (3,8)			
Ensino médio completo	42 (31,8)			
Ensino superior incompleto	9 (6,8)			
Ensino superior completo	15 (11,4)			
Ocupação/atividade principal				
Do lar	76 (57,6)			
Outras	27 (20,4)			
Autônomo (a)	8 (6,0)			
Vendedor (a)	5 (3,8)			
Estudante	4 (3,0)			
Aposentado (a)	3 (2,3)			
Professor (a)	3 (2,3)			
Enfermeiro (a)	3 (2,3)			
Agente de saúde	3 (2,3)			

*D.P: Desvio-padrão

Em relação ao grau de parentesco com o idoso, 62,9% eram filhos, e 88,6% residiam no mesmo domicílio. A média de tempo dedicado ao cuidado com o idoso foi de 6,87 anos (intervalo de seis meses a 30 anos). Em relação à possibilidade de contar com ajuda

para cuidar do idoso, 47,7% referiram que sempre ou quase sempre contavam com alguma ajuda de outra pessoa, entretanto, 38,6% referiram não terem ajuda. No que se refere à quantidade de dias dispensados ao cuidado com o idoso durante a semana e fins de semana, os cuidadores apresentaram médias de 4,95 dias da semana (intervalo de 3 a 5) e de 1,89 dias no fim de semana (intervalo de 0 a 2), respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis relacionadas ao cuidado do idoso. João Pessoa, 2012-2013 (n= 132).

Variáveis	n (%)	Média (D.P.)*	Mediana	Intervalo
Grau de parentesco				
Filho (a)	83 (62,9)			
Esposo (a)	18 (13,6)			
Genro (nora)	9 (6,8)			
Outro familiar	9 (6,8)			
Neto (a)	7 (5,3)			
Irmão (a)	5 (3,8)			
Cunhado (a)	1 (0,8)			
Reside com o idoso				
Sim	117(88,6)			
Não	15 (11,4)			
Tempo de cuidado (em anos)		6,87 (5,61)	5,0	0,5 - 30,0
Conta com ajuda para cuidar				
Não	51 (38,6)			
Às vezes	18 (13,6)			
Sempre/quase sempre	63 (47,7)			
Dias que realizava o cuidado				
Durante a semana		4,95 (0,29)	5,0	3 - 5
Durante o fim de semana		1,89 (0,39)	2,0	0 - 2

*D.P: Desvio-padrão

Na Tabela 3, apresentamos os resultados da caracterização sociodemográfica dos idosos, cujos cuidadores participaram do estudo. A média de idade foi de 80 anos (intervalo de 64 a 100), com predomínio de mulheres idosas (68,2%), com tempo médio de escolaridade de quatro anos, ou seja, não haviam completado o ensino fundamental (43,2%). A média de pessoas que residia com o idoso foi de 3,8 indivíduos (intervalo de 1 a 13). Entre eles, constatamos que 22,7% eram de familiares de arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) e 19,7% eram filhos.

Tabela 3 - Análise descritiva das características sociodemográficas dos idosos cujos cuidadores participaram do estudo. João Pessoa, 2012-2013 (n= 132).

Variáveis	n (%)	Média (DP)*	Mediana	Intervalo
Idade (em anos)		80,39 (7,39)	81,0	64 - 100
Sexo				
Feminino	90 (68,2)			
Masculino	42 (31,8)			
Escolaridade (em anos)		4,15 (3,78)	4,0	0 - 15
Analfabeto	32 (24,2)			
Sabe ler/escrever informal	6 (4,5)			
1 a 4 anos	57 (43,2)			
5 a 8 anos	22 (16,7)			
9 a 12 anos	10 (7,6)			
13 ou mais	5 (3,8)			
Com quantas pessoas residiam		3,81 (1,62)	4,0	1 - 13
Com quem residiam				
Outros familiares	33 (25,0)			
Arranjos trigeracionais (idosos, filhos, netos)	30 (22,7)			
Somente com o filho	26 (19,7)			
Cônjuge, filho, genro ou nora	14 (10,6)			
Cônjuge e filho	10 (7,6)			
Somente com o cônjuge	8 (6,0)			
Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos)	5 (3,8)			
Somente com os netos (sem filhos)	4 (3,0)			
Sozinho	1 (0,8)			
Não familiares	1 (0,8)			

*DP = Desvio-padrão

A categorização dos idosos, segundo a presença de comorbidades e o grau de dependência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, foi verificada a partir da visão dos respectivos cuidadores.

Quanto à presença de comorbidades, 71,96% dos idosos tinham mais de uma comorbidade. As mais prevalentes eram a hipertensão arterial (64,4%), a diabetes (26,5%) e as doenças osteomusculares (22%) (Tabela 4). Constatamos, ainda, que sete (5,3%) idosos estavam acamados na ocasião da entrevista.

Tabela 4 - Frequência das comorbidades dos idosos, segundo o relato dos cuidadores. João Pessoa, 2012-2013 (n= 132).

Presença de comorbidades (sim)	n (%)
Hipertensão arterial	85 (64,4)
Diabetes	35 (26,5)
Doenças osteomusculares	29 (22,0)
Outras comorbidades	25 (18,9)
Acidente vascular encefálico	20 (15,2)
Doenças oftálmicas	17 (12,9)
Alzheimer/Demência	13 (9,8)
Cardiopatia	10 (7,6)
Deficiência visual/auditiva	9 (6,8)

A dependência dos idosos para as atividades básicas foi identificada por meio do Índice de Katz. Constatamos que, do total de idosos, 65,9% (87) apresentavam dependência em alguma atividade, e 34,1% (45) eram independentes. Em todas as atividades, a maioria dos idosos não necessitava de ajuda. No grupo de idosos dependentes, as atividades que eles eram menos capazes de realizar sozinhos foram as atividades de continência (47%) e higiene pessoal (43,9%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos idosos segundo a capacidade de executar as atividades básicas da vida diária, propostas pelo Índice de Katz, na avaliação dos cuidadores. João Pessoa, 2012-2013 (n= 132).

Atividades básicas	Independente (45 idosos)	Dependente (87 idosos)
	n (%)	n (%)
Banho	85 (64,4)	47 (35,6)
Vestuário	78 (59,1)	54 (40,9)
Higiene pessoal	74 (56,1)	58 (43,9)
Transferência	83 (62,9)	49 (37,1)
Continência	70 (53,0)	62 (47,0)
Alimentação	112 (84,8)	20 (15,2)

*Escala de Katz (1963).

Nas atividades instrumentais da vida diária, avaliada pela Escala de Lawton, segundo a análise de seus cuidadores, verificamos que todos os idosos apresentaram dependência em alguma atividade instrumental da vida diária, que são aquelas que requerem um maior nível de complexidade em relação às atividades básicas. Do total de idosos, 84,1% (111) eram totalmente dependentes em alguma atividade, e 15,9% (21) eram parcialmente dependentes. Na tabela 6, observamos que a maioria dos idosos apresentou dependência parcial nas atividades de uso de transporte e telefone. Porém, nas demais atividades (fazer compras, preparar alimentos, realizar tarefas domésticas, usar medicação e administrar o dinheiro), mais da metade dos idosos dependiam de cuidador na realização dessas atividades.

Tabela 6 - Distribuição dos idosos segundo a habilidade para realizar as atividades instrumentais da vida diária, na avaliação dos cuidadores. João Pessoa, 2012-2013.

Atividades instrumentais*	Totalmente dependente (111 idosos)	Parcialmente dependente (21 idosos)
	n (%)	n (%)
Usar o telefone	45 (34,1)	65 (49,2)
Transporte	59 (44,7)	71 (53,8)
Compras	97 (73,5)	34 (25,8)
Preparar alimentos	89 (67,4)	28 (21,2)
Tarefas domésticas	94 (71,2)	34 (25,8)
Medicação	59 (44,7)	35 (26,5)
Dinheiro	76 (57,6)	48 (36,4)

*Escala de Lawton e Brody (1969).

5.2 Resultados do processo de validação semântica da versão portuguesa do QASCI (total e seus domínios) para o Brasil

Os resultados obtidos pela análise do comitê de juízes e na etapa de validação semântica por um grupo de cuidadores de idosos sobre as versões em português para o Brasil (VPB-1 e VPB-2) do QASCI serão descritos a seguir.

Primeiramente, no Quadro 4, apresentam-se os resultados da adaptação semântica e cultural realizada pelos autores (VPB-1) da versão original do QASCI e as modificações propostas pelos juízes para a primeira versão e que resultaram na segunda versão em português para o Brasil (VPB-2).

Versão original do QASCI para Portugal (VOPP) Domínios e itens	Versão proposta pelos autores do estudo para uso no Brasil (VPB-1) Domínios e itens	Versão após apreciação pelo Comitê de Juízes (VPB-2) Domínios e itens
<u>Sobrecarga emocional</u>	<u>Sobrecarga emocional</u>	<u>Sobrecarga emocional</u>
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?	1. Mantida redação VPB-1
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	2. Mantida redação original	2. Mantida redação original
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar a cuidar do seu familiar?	3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por cuidar do seu familiar?	3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar cuidando do seu familiar?
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	4. Entra em conflito consigo mesmo por tomar conta do seu familiar?	4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?
<u>Implicações na vida pessoal</u>	<u>Implicações na vida pessoal</u>	<u>Implicações na vida pessoal</u>
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por cuidar do seu familiar?	5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	6. Mantida redação original	6. Mantida redação original
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	7. Mantida redação da VPB-1
8. Os planos que tinha feito para essa fase da vida têm sido alterados em virtude de estar tomando conta do seu familiar?	8. Os planos que tinha feito para essa fase da vida têm sido alterados em virtude de tomar conta do seu familiar?	8. Os planos que tinha feito para essa fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si ?	9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você ?	9. Mantida redação da VPB-1
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida ?	10. Sente que a vida lhe pregou uma peça ?	10. Mantida redação da VPB-1
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis) ?	11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar que são imprevisíveis ?	11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis ?
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa (o)?	12. Tomar conta do seu familiar lhe dá a sensação de estar presa (o)?	12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa (o)?
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	13. Mantida redação original	13. Mantida redação original

continua...

Versão original do QASCI para Portugal (VOPP) Domínios e itens	Versão proposta pelos autores do estudo para uso no Brasil (VPB-1) Domínios e itens	Versão após apreciação pelo Comitê de Juízes (VPB-2) Domínios e itens
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por cuidar do seu familiar?	14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?
15. Sente-se só e isolada (o) por estar a cuidar do seu familiar?	15. Sente-se só e isolada (o) por cuidar do seu familiar?	15. Sente-se só e isolada (o) por estar cuidando do seu familiar?
<u>Sobrecarga financeira</u>	<u>Sobrecarga financeira</u>	<u>Sobrecarga financeira</u>
16. Tem sentido dificuldades econômicas por estar a tomar conta do seu familiar?	16. Tem sentido dificuldades econômicas por tomar conta do seu familiar?	16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?
17. Sente que o seu futuro econômico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	17. Sente que o seu futuro econômico é incerto, por cuidar do seu familiar?	17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?
<u>Reações a exigências</u>	<u>Reações às exigências</u>	<u>Reações às exigências</u>
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	18. Mantida redação original	18. Mantida redação original
19. Já se sentiu embaraçada (o) com o comportamento do seu familiar?	19. Já se sentiu envergonhada (o) com o comportamento do seu familiar?	19. Mantida redação versão VPB-1
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	20. Sente que o seu familiar a(o) solicita muito para situações desnecessárias?	20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?
21. Sente-se manipulada (o) pelo seu familiar?	21. Sente-se usada (o) pelo seu familiar?	21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar	22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por cuidar do seu familiar?	22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?
<u>Percepção dos mecanismos de eficácia e controle</u>	<u>Percepção dos mecanismos de eficácia e controle</u>	<u>Percepção dos mecanismos de eficácia e controle</u>
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta para tomar conta do seu familiar?	23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	24. Sente-se capaz para continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?
<u>Suporte familiar</u>	<u>Apoio familiar</u>	<u>Apoio familiar</u>
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	25. Mantida redação original	25. Mantida redação original

continua...

Versão original do QASCI para Portugal (VOPP) Domínios e itens	Versão proposta pelos autores do estudo para uso no Brasil (VPB-1) Domínios e itens	Versão após apreciação pelo Comitê de Juízes (VPB-2) Domínios e itens
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	27. Mantida redação original	27. Mantida redação original
Satisfação com o papel e com o familiar	Satisfação com o papel e com o familiar	Satisfação com o papel e com o familiar
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	28. Sente-se bem por tomar conta do seu familiar?	28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	29. O seu familiar mostra gratidão pelo que faz por ele?	29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se mostra agradecido por pequenas coisas (como agrados)?	30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por cuidar dele?	31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar cuidando dele?
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	32. Mantida redação versão VPB-1

conclusão.

Quadro 4 – Apresentação das versões do QASCI para uso em Portugal e no Brasil. João Pessoa, 2012 – 2013.

A seguir, apresentaremos os resultados da etapa de avaliação semântica da VPB-2, realizada com 30 cuidadores de idosos que tinham diversas condições crônicas de saúde e apresentavam alguma dependência funcional. Essa avaliação resultou na versão final em português do Brasil (VFPB) do instrumento QASCI.

A caracterização dos participantes dessa etapa do estudo encontra-se na Tabela 7. A média de idade dos cuidadores foi de 58,77 anos, sendo que 50% tinham 60 anos ou mais, 70% eram mulheres, 33,4%, analfabetos e 76,7 %, casados. No grupo de cuidadores, a maioria era composta por cônjuges (46,7%) e filhos (36,7%) dos idosos e 86,7% relataram ser o cuidador principal.

Tabela 7 - Caracterização dos cuidadores de idosos que participaram da análise semântica. João Pessoa, 2012 (n= 30)

Variáveis	n (%)	Média (D.P.)*	Mediana	Intervalo
Idade (em anos)		58,77 (18,3)	60,0	20 – 86
Faixa etária				
< 60 anos	15 (50,0)			
≥ 60 anos	15 (50,0)			
Sexo				
Feminino	21 (70,0)			
Masculino	9 (30,0)			
Escolaridade				
Analfabeto	8 (26,0)			
Sabe ler/escrever	2 (6,7)			
1 a 4 anos	9 (30,0)			
5 a 8 anos	6 (20,0)			
9 a 12 anos	3 (10,0)			
13 ou mais	2 (6,7)			
Estado civil				
Casado	23 (76,7)			
Solteiro	4 (13,3)			
Viúvo	2 (6,7)			
Separado	1 (3,3)			
Ocupação				
Do lar	18 (60,0)			
Aposentado	6 (20,0)			
Auxiliar operacional	2 (6,7)			
Outro	4 (13,2)			
Grau de parentesco				
Esposo (a)	14 (46,7)			
Filho (a)	11 (36,7)			
Outros	5 (16,5)			
Reside com o idoso				
Sim	27 (90,0)			
Não	3 (10,0)			
Principal cuidador				
Sim	26 (86,7)			
Não	4 (13,3)			
Tempo que é cuidador				
Menos de 1 ano	5 (16,7)			
de 1 a 3 anos	8 (26,7)			
de 4 a 5 anos	6 (20,0)			
de 6 a 10 anos	5 (16,7)			
> 10 anos	6 (20,0)			

*D.P: Desvio-padrão

Na etapa de análise semântica, os 30 cuidadores responderam à avaliação geral da versão brasileira do questionário QASCI. Esses resultados encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição das respostas dos 30 cuidadores na avaliação geral da versão brasileira do QASCI. João Pessoa, 2012

Avaliação Geral	Categorias	n (%)
1. De modo geral, como você avalia o questionário?	bom	26 (86,7)
	regular	4 (13,3)
	ruim	0
2. Como você considera as questões do questionário?	fáceis	17 (56,7)
	regular	12 (40,0)
	difíceis	1 (3,3)
3. Você teve alguma dificuldade em responder a escala de respostas?	sim	2 (6,7)
	mais ou menos	13 (43,3)
	não	15 (50,0)
4. Você considera as perguntas importantes para avaliação da situação do cuidador?	sim	29 (96,7)
	mais ou menos	1 (3,3)
	não	0
5. Você mudaria alguma pergunta do questionário?	não	30 (100,0)
	sim	0
6. Você acrescentaria alguma pergunta ao questionário?	não	30 (100,0)
	sim	0
7. No questionário, houve alguma pergunta que você não quis responder?	não	30 (100,0)
	sim	0

Na avaliação geral da segunda versão brasileira do QASCI, 86,7% dos entrevistados avaliaram o instrumento como bom, 13,3% como regular. Quando questionados como consideravam as questões, 56,7% as avaliaram como sendo fáceis, 40% como regulares e 3,3% como difíceis. Em relação à dificuldade em responder à escala de respostas, 50% responderam não apresentar dificuldades, 43,3% disseram apresentar mais ou menos dificuldades e 6,7% afirmaram ter dificuldade para respondê-la. Um percentual significativo dos participantes (96,7%) consideravam as perguntas importantes para avaliar a situação do cuidador. Os 30 cuidadores referiram que não mudariam ou acrescentariam alguma questão e que não houve pergunta no instrumento que não quisessem responder (Tabela 8).

Para a análise da importância e da dificuldade de compreender cada item dos domínios, os participantes foram divididos, igualmente, em três grupos, considerando as semelhanças de idade e sexo. Assim, os grupos foram compostos por um homem e quatro mulheres na faixa etária menor de 60 anos, e dois homens e três mulheres na faixa etária maior ou igual a 60 anos.

Cada grupo analisou um conjunto de itens/domínios. Visando manter uma equidade entre os números de itens avaliados pelos três grupos, fizemos a seguinte distribuição: Grupo I – analisou os domínios Sobrecarga emocional (4 itens), Sobrecarga financeira (2 itens) e Reações às exigências (5 itens) (Tabela 9); Grupo II – analisou os 11 itens do domínio Implicações na vida pessoal (Tabela 10); e Grupo III – analisou os itens dos domínios Mecanismos de eficácia e de controle (3 itens), Apoio familiar (2 itens) e Satisfação com o papel e com o familiar (5 itens) (Tabela 11).

A primeira indagação na avaliação específica do instrumento dizia respeito à importância dos itens para a avaliação da situação do cuidador (“Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?”). Todos os cuidadores concordaram com a importância dos 32 itens (Tabelas 9, 10 e 11).

Tabela 9 – Distribuição das respostas de 10 cuidadores (Grupo I) na avaliação específica do instrumento de validação semântica, considerando os itens dos domínios Sobrecarga emocional, Sobrecarga financeira e Reações às exigências da versão brasileira do QASCI. João Pessoa - 2012

Itens dos domínios	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim
1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?	10	0	0	3
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	10	0	0	0
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar cuidando do seu familiar?	10	0	0	0
4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?	10	0	0	2
16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?	10	0	0	1
17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?	10	0	0	1
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	10	0	0	0
19. Já se sentiu envergonhada (o) com o comportamento do seu familiar?	10	0	0	0
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?	10	0	0	2
21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?	10	0	0	4
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?	10	0	0	4

Em relação à questão “Teve dificuldade para compreender essa pergunta?”, observando os resultados da Tabela 9, referentes aos domínios Sobrecarga emocional, Sobrecarga financeira e Reações às exigências, os itens 2, 3, 18 e 19 não apresentaram dificuldade de compreensão na avaliação dos 10 cuidadores. Os itens 21 e 22 foram considerados de difícil compreensão por quatro cuidadores.

Tabela 10 - Distribuição das respostas de 10 cuidadores (Grupo II) na avaliação específica do instrumento de validação semântica considerando os itens do domínio Implicações na vida pessoal da versão brasileira do QASCI. João Pessoa - 2012.

Itens dos domínios	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?	10	0	0	0
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	10	0	0	0
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	10	0	0	1
8. Os planos que tinha feito para essa fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?	10	0	0	2
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?	10	0	0	1
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça?	10	0	0	3
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?	10	0	0	3
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa (o)?	10	0	0	1
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	10	0	0	0
14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?	10	0	0	1
15. Sente-se só e isolada (o) por estar cuidando do seu familiar?	10	0	0	1

Nos resultados da Tabela 10, referentes ao domínio Implicações na vida pessoal, quanto à questão “Teve dificuldade para compreender essa pergunta?”, os cuidadores não tiveram dificuldades de respondê-la nos itens 5, 6 e 13, entretanto, nos itens 10 e 11, três apresentaram dificuldades de compreensão.

Tabela 11 - Distribuição das respostas de 10 cuidadores (Grupo III) na avaliação específica do instrumento de validação semântica considerando os itens dos domínios Mecanismos de eficácia e de controle, Apoio familiar e Satisfação com o papel e com o familiar da versão brasileira do QASCI. João Pessoa - 2012

Itens dos domínios	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?	10	0	0	0
24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	10	0	0	0
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	10	0	0	1
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?	10	0	0	0
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	10	0	0	0
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?	10	0	0	0
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?	10	0	0	1
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?	10	0	0	1
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar cuidando dele?	10	0	0	0
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a (o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	10	0	0	2

Nos resultados dos domínios Mecanismos de eficácia e de controle, Apoio familiar e Satisfação com o papel e com o familiar, mostrados na Tabela 11, observamos que, quando os cuidadores foram questionados em relação à pergunta “Teve dificuldade para compreender essa pergunta?”, nos itens 23, 24, 26, 27, 28 e 31, nenhum cuidador apresentou dificuldade de compreender. Apenas no item 32, dois cuidadores tiveram dificuldade de responder.

O terceiro ponto da avaliação específica refere-se à pergunta: “As respostas são claras e de acordo com as perguntas?”. Os resultados obtidos dos 30 participantes foram os seguintes: no grupo I (itens 4 e 22) e no grupo III (itens 26 e 27), três cuidadores, respectivamente, consideraram que as respostas aos itens informados não se encontravam claras e de acordo com as perguntas. No grupo II, em relação aos itens 7 e 11, dois cuidadores também responderam não a essa questão.

Como não houve sugestões de mudanças na redação dos itens da VPB-2 do QASCI, a versão foi considerada como sendo a final em português para o Brasil (VFPB), a qual foi utilizada para a coleta dos dados visando a sua validação psicométrica (APÊNDICE D).

5.3 Resultados das análises descritivas e de validação psicométrica da versão brasileira do instrumento QASCI

5.3.1 Resultados das análises descritivas e da consistência interna

Na análise dos resultados da versão brasileira do QASCI, o escore final resultou da soma total das respostas obtidas para os 32 itens (intervalo possível de 32 a 160) referentes a cada domínio, divididos pelo número total de domínios ou por meio da média dos itens (intervalo de um a cinco), após a inversão das pontuações dos itens das três dimensões positivas. Aferimos que os valores mais altos correspondem a situações com maior peso ou maior sobrecarga. Na Tabela 12, encontram-se as análises da versão brasileira do QASCI: total da escala, média dos 32 itens e de cada um dos itens.

Constatamos que a média (66,84) e a mediana (65,0) do total da escala tiveram valores semelhantes, e as médias de respostas aos itens apresentaram pouca variação (1,24 – 2,89). Em relação à mediana dos itens, o valor a ser obtido nesse intervalo seria três, mas elas variaram de um a três, sendo que a maioria dos itens (4, 5, 7, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32) apresentou mediana com valor um.

Tabela 12 - Análise descritiva da versão adaptada do QASCI* (escore total e itens) para os 132 cuidadores de idosos. João Pessoa - 2012-2013

QASCI	Intervalo obtido	Mediana	Média	Desvio-padrão
Total dos 32 itens	32 – 131	65,0	66,84	22,86
Média dos 32 itens	1 – 4,09	2,03	2,08	0,71
Item 1	1 - 5	2,0	2,23	1,31
Item 2	1 - 5	3,0	2,65	1,40
Item 3	1 - 5	3,0	2,44	1,37
Item 4	1 - 5	1,0	1,97	1,18
Item 5	1 - 5	1,0	1,92	1,28
Item 6	1 - 5	3,0	2,70	1,47
Item 7	1 - 5	1,0	2,03	1,38
Item 8	1 - 5	2,0	2,40	1,42
Item 9	1 - 5	2,0	2,43	1,35
Item 10	1 - 5	1,0	2,27	1,56
Item 11	1 - 5	3,0	2,89	1,45
Item 12	1 - 5	3,0	2,74	1,54
Item 13	1 - 5	1,0	1,99	1,49
Item 14	1 - 5	2,0	2,35	1,39
Item 15	1 - 5	1,0	1,95	1,45
Item 16	1 - 5	1,0	2,01	1,27
Item 17	1 - 5	1,0	1,94	1,28
Item 18	1 - 5	2,0	2,39	1,36
Item 19	1 - 5	1,0	1,60	1,07
Item 20	1 - 5	1,0	2,20	1,44
Item 21	1 - 5	1,0	1,67	1,24
Item 22	1 - 5	1,0	2,19	1,44
Item 23	1 - 5	2,0	2,27	1,33
Item 24	1 - 5	1,0	1,58	1,02
Item 25	1 - 5	1,0	1,64	1,04
Item 26	1 - 5	2,0	2,41	1,56
Item 27	1 - 5	2,0	2,24	1,38
Item 28	1 - 5	1,0	1,39	0,75
Item 29	1 - 5	1,0	2,14	1,43
Item 30	1 - 5	1,0	1,32	0,77
Item 31	1 - 5	1,0	1,24	0,66
Item 32	1 - 5	1,0	1,64	0,98

*QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais) - versão adaptada para o Brasil.

Na tabela 13, apresentamos a frequência de respostas dos cuidadores aos 32 itens da versão adaptada do QASCI, conforme a escala de valores de um a cinco. Verificamos que a maioria dos itens apresentou mais de 50% de suas respostas para os valores extremos da escala de respostas (Não/Nunca ou Sempre), como ocorreu em 19 dos 32 itens. Vários participantes assinalaram o valor um (Não/Nunca) na escala de respostas, perfazendo um total de 12 itens (4, 5, 7, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22). Em sete itens (24, 25, 28, 29, 30, 31, 32), eles pontuaram o valor cinco (Sempre). As maiores frequências na escala de respostas corresponderam aos itens 30 e 31 com valores de 81,8% e 84,8%, respectivamente.

Tabela 13 - Distribuição do percentual dos itens às respostas da versão adaptada para o Brasil do QASCI* para os 132 cuidadores de idosos. João Pessoa, 2012-2013.

Itens do QASCI	Não / Nunca %	Raramente %	Às vezes %	Quase sempre %	Sempre %
1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?	45,5	9,1	30,3	6,8	8,3
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	32,6	9,8	31,8	11,4	14,4
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar cuidando do seu familiar?	38,6	9,8	31,8	8,3	11,4
4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?	51,5	15,2	22,7	6,1	4,5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?	59,8	8,3	17,4	8,3	6,1
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	30,3	15,9	26,5	7,6	19,7
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	6,8	9,1	18,9	4,5	10,6
8. Os planos que tinha feito para essa fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?	41,7	9,8	28,8	6,1	13,6
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?	37,1	13,6	28,8	9,8	10,6
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça?	54,5	6,1	13,6	9,8	15,9
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?	28,0	6,1	36,4	8,3	21,2
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa (o)?	34,8	8,3	25,8	9,8	21,2
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	64,4	4,5	12,9	3,8	14,4
14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?	43,2	8,3	31,1	5,3	12,1
15. Sente-se só e isolada (o) por estar cuidando do seu familiar?	63,6	7,6	11,4	4,5	12,9
16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?	55,3	6,1	28,8	2,3	7,6
17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?	59,1	6,1	25,0	1,5	8,3
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	40,2	10,6	28,8	10,6	9,8
19. Já se sentiu envergonhada (o) com o comportamento do seu familiar?	72,7	5,3	13,6	6,1	2,3
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?	51,5	9,8	18,2	8,3	12,1
21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?	73,5	4,5	11,4	3,0	7,6

continua...

Itens do QASCI	Não / Nunca %	Raramente %	Às vezes %	Quase sempre %	Sempre %
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?	52,3	7,6	21,2	6,8	12,1
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?	9,8	10,6	14,4	27,3	37,9
24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	3,0	3,0	12,9	10,6	70,5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	3,0	4,5	10,6	17,4	64,4
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?	17,4	10,6	13,6	12,1	46,2
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	9,8	11,4	16,7	17,4	44,7
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?	0,0	1,5	12,1	10,6	75,8
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?	11,4	7,6	18,9	7,6	54,5
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?	0,8	3,0	5,3	9,1	81,8
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar cuidando dele?	0,8	1,5	3,8	9,1	84,8
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a (o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	2,3	3,0	13,6	18,2	62,9

conclusão.

*QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais) - versão adaptada para o Brasil.

Os resultados do escore total e os domínios do QASCI estão apresentados na Tabela 14, junto com os valores dos valores do Alfa de Cronbach, utilizados como medida da consistência interna do instrumento. Verificamos que os intervalos obtidos dos domínios da versão adaptada do QASCI apresentaram valores semelhantes e muito próximos aos intervalos possíveis.

Encontramos forte consistência interna para a medida total do instrumento ($\alpha = 0,92$) e para os domínios: “Implicações na vida pessoal” ($\alpha = 0,88$), “Sobrecarga emocional” ($\alpha = 0,80$), “Apoio familiar” ($\alpha = 0,80$), “Reações às exigências” ($\alpha = 0,76$) e “Satisfação com o papel e com o familiar” ($\alpha = 0,76$). Os domínios “Sobrecarga financeira” e “Percepção dos mecanismos de eficácia e controle” apresentaram valores de alfa de Cronbach de 0,59 e 0,51, respectivamente.

Tabela 14 - Análise descritiva e consistência interna do QASCI* escore total e de seus domínios para a amostra estudada (n= 132). João Pessoa, 2012-2013.

Domínios QASCI (nº itens, intervalo possível)	Alfa de Cronbach	Intervalo obtido	Mediana	Média (Desvio- padrão)
QASCI escore total (32 itens, 32 a 160)	0,92	32 – 131	65,0	66,8 (22,86)
Sobrecarga emocional (4 itens, 4 a 20)	0,80	4 – 20	9,0	9,29 (4,21)
Implicações na vida pessoal (11 itens, 11 a 55)	0,88	11 – 54	23,5	25,68 (10,86)
Sobrecarga financeira (2 itens, 2 a 10)	0,59	2 – 10	3,5	3,94 (2,16)
Reações às exigências (5 itens, 5 a 25)	0,76	5 – 22	9,0	10,04 (4,73)
Percepção dos mecanismos de eficácia e controle (3 itens, 3 a 15)	0,51	3 – 12	5,0	5,49 (2,44)
Apoio familiar (2 itens, 2 a 10)	0,80	2 – 10	4,0	4,65 (2,69)
Satisfação com o papel e com o familiar (5 itens, 5 a 25)	0,76	5 – 20	7,0	7,72 (3,46)

*QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais) - versão adaptada para o Brasil

Na Tabela 15, observamos os resultados dos coeficientes de correlação item-total (índice de homogeneidade corrigido), o valor do alfa total para o total da escala e os valores de alfa quando cada item foi excluído do instrumento.

Tabela 15 - Coeficiente de correlação do item – total, Alfa de Cronbach total dos itens do QASCI e alfa quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013.

QASCI total (α total = 0,92)	Correlação item- total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?	0,60	0,92
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	0,57	0,92
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar cuidando do seu familiar?	0,69	0,92
4. Entra em conflito com você mesmo (o) por estar tomando conta do seu familiar?	0,59	0,92
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?	0,64	0,92
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	0,43	0,92
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	0,70	0,92
8. Os planos que tinha feito para essa fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?	0,62	0,92
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?	0,65	0,92
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça?	0,59	0,92
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?	0,56	0,92
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa (o)?	0,62	0,92
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	0,51	0,92
14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?	0,63	0,92
15. Sente-se só e isolada (o) por estar cuidando do seu familiar?	0,64	0,92
16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?	0,37	0,92
17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?	0,29	0,92
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	0,58	0,92

continua...

QASCI total (α total = 0,92)	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
19. Já se sentiu envergonhada (o) com o comportamento do seu familiar?	0,55	0,92
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?	0,44	0,92
21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?	0,43	0,92
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?	0,53	0,92
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?	0,26	0,92
24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	0,38	0,92
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	0,29	0,92
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?	0,28	0,92
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	0,33	0,92
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?	0,58	0,92
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?	0,60	0,92
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?	0,38	0,92
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar cuidando dele?	0,37	0,92
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a (o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	0,54	0,92

conclusão.

Os resultados obtidos apontam forte consistência interna e precisão das respostas para o total da medida obtida pela versão adaptada para o Brasil do instrumento QASCI com Alfa de Cronbach de 0,92. As correlações entre os itens e o total da escala apresentaram magnitudes variadas: de forte magnitude (20 itens), moderada magnitude (oito itens) e fraca magnitude (quatro itens). O item que apresentou maior valor de correlação foi o número 7 – “Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu” ($r = 0,70$), o que se obteve menor valor de correlação foi o item 23 – “Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar” ($r = 0,26$). Embora os resultados dos coeficientes de correlação de Pearson contenham níveis variados (0,26 a

0,70), a exclusão de cada item não interferiu no valor de Alfa de Cronbach que se manteve em 0,92.

A seguir, apresentaremos os resultados do coeficiente de correlação de item-total, o valor de Alfa de Cronbach para cada um dos domínios do instrumento adaptado e os alfas quando cada item foi excluído: Sobrecarga emocional (Tabela 16), Implicações na vida pessoal (Tabela 17), Reações às exigências (Tabela 18), Percepção dos mecanismos de eficácia e controle (Tabela 19), e Satisfação com o papel e com o familiar (Tabela 20).

Tabela 16 - Coeficiente de correlação do item- total, alfa de Cronbach para o total e os itens do domínio Sobrecarga emocional e quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013.

QASCI total (α total = 0,80)	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?	0,64	0,75
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	0,56	0,79
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar cuidando do seu familiar?	0,69	0,72
4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?	0,60	0,77

O valor do alfa total dos itens do domínio Sobrecarga emocional foi de 0,80, e nos quatro itens observamos que a exclusão de cada um deles apresentou alfa com variação de 0,72 a 0,79, o que implica forte consistência interna. A correlação item-total, representada pela relação de cada item com o total da escala, quando o item é eliminado, apresentou correlações de forte intensidade entre cada um dos itens, com valores variando de 0,56 a 0,69 (Tabela 16).

Tabela 17 - Coeficiente de correlação do item - total, alfa de Cronbach para o total e os itens do domínio Implicações na vida pessoal e quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013

QASCI total (α total = 0,88)	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?	0,61	0,88
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	0,38	0,89
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	0,70	0,87
8. Os planos que tinha feito para essa fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?	0,66	0,87
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?	0,63	0,88
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça?	0,62	0,88
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?	0,65	0,87
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa (o)?	0,68	0,87
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	0,47	0,89
14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?	0,69	0,87
15. Sente-se só e isolada (o) por estar cuidando do seu familiar?	0,61	0,88

No domínio Implicações na vida pessoal, o valor do alfa total dos itens foi de 0,88, e nos 11 itens, verificamos que a exclusão de cada um deles proporcionou alfa com variação de 0,87 a 0,89, também demonstrando forte consistência interna. A correlação item-total mostrou correlações fortes entre cada um dos itens, com valores variando de 0,61 a 0,70, exceto os itens de números 6 e 13, que apresentaram correlações moderadas ($r = 0,38$ e $r = 0,47$, respectivamente). Entretanto, mesmo com a exclusão desses dois itens, o alfa permaneceu 0,89 (Tabela 17).

Na Tabela 18, apresentamos os resultados do domínio Reações às exigências. Constatamos que o valor do alfa para o total dos itens foi de 0,76, e nos cinco itens, a exclusão de cada um deles apresentou alfa com variação de 0,70 a 0,74, representando forte

consistência interna. A correlação item-total apresentou correlações fortes entre cada um dos itens, com variações de 0,52 a 0,57, exceto o item 22, que apresentou correlação de moderada intensidade com valor de $r = 0,48$, porém, a exclusão desse item não ocasionou alteração no valor de alfa, que foi de 0,74.

Tabela 18 - Coeficiente de correlação do item - total, alfa de Cronbach para o total e os itens do domínio Reações às exigências e quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013.

QASCI total (α total = 0,76)	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	0,57	0,70
19. Já se sentiu envergonhada (o) com o comportamento do seu familiar?	0,54	0,72
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?	0,52	0,73
21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?	0,57	0,71
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?	0,48	0,74

O valor do alfa total dos itens do domínio Percepção dos mecanismos de eficácia e controle foi de 0,51. Nos três itens, vimos que a exclusão de cada um deles resultou na variação dos valores do alfa de 0,22 a 0,56. Na correlação item-total, verificamos correlações de moderada intensidade no item 24 ($r = 0,47$) e de fraca intensidade nos itens 23 ($r = 0,27$) e 25 ($r = 0,29$) (Tabela 19).

Tabela 19 - Coeficiente de correlação do item- total, alfa de Cronbach para o total e os itens do domínio Percepção dos mecanismos de eficácia e controle e quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013.

QASCI total (α total = 0,51)	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?	0,27	0,56
24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	0,47	0,22
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	0,29	0,48

A Tabela 20 mostra os resultados relacionados ao domínio Satisfação com o papel e com o familiar. O alfa total dos itens teve valor de 0,76 e nos cinco itens, na exclusão de cada um deles, o alfa variou de 0,68 a 0,75, o que aponta boa consistência interna. Nas correlações de cada um dos itens com o total da medida, constatamos que houve correlação de forte intensidade com variações de 0,53 a 0,67, exceto para o item 30, que apresentou correlação moderada ($r = 0,47$). Mesmo assim, a exclusão desse item não interferiu no valor do alfa, que foi de 0,75.

Tabela 20 - Coeficiente de correlação do item- total, alfa de Cronbach para o total e os itens do domínio Satisfação com o papel e com o familiar e quando cada um dos itens foi excluído. João Pessoa, 2012 – 2013.

QASCI total (α total = 0,76)	Correlação item- total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?	0,60	0,71
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?	0,60	0,74
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?	0,47	0,75
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar cuidando dele?	0,53	0,74
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a (o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	0,67	0,68

Nos dois domínios compostos por apenas dois itens, Sobrecarga financeira e Apoio Familiar, os alfas de Cronbach foram, respectivamente, 0,59 e 0,80. A correlação dos itens com o total, no domínio Sobrecarga financeira, foi moderada ($r = 0,43$) e forte ($r = 0,68$) para o domínio Apoio Familiar.

5.3.2 Resultados da validação de constructo da versão brasileira do QASCI

Apresentaremos, a seguir, os resultados das análises da validade de constructo que foram realizados considerando: as análises da validade de constructo convergente que foram verificadas por meio das correlações existentes entre os escores dos domínios e o total da

escala e dos itens com o total do domínio a que pertence; das correlações entre as medidas de sobrecarga do cuidador (QASCI), qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36), depressão (HADS-Depressão) e ansiedade (HADS-Ansiedade); a análise da validade de grupos conhecidos (considerando a idade do cuidador; o tempo que desempenha o papel de cuidador e o grau de dependência do idoso) e as análises dos componentes principais (dimensionalidade do instrumento), por meio da análise fatorial confirmatória.

5.3.2.1 Análise da validade de constructo convergente

Primeiramente, mostraremos as correlações existentes entre o total da medida de sobrecarga com os domínios propostos pelos autores da versão original do QASCI (Tabela 21).

Os valores obtidos para as correlações variaram de forte a moderada intensidade ($r=0,92$ a $0,39$) e foram estatisticamente significantes. Verificamos correlações fortes entre o total da medida de sobrecarga e quatro domínios: Implicações na vida pessoal ($r=0,92$; $p=0,001$), Sobrecarga emocional ($r=0,81$; $p=0,001$), Reações às exigências ($r=0,76$; $p=0,001$) e Satisfação com o papel e com o familiar ($r=0,72$; $p=0,001$).

Quanto aos domínios entre si, observamos que as correlações variaram de forte a fraca, porém existe maior correlação entre os domínios Sobrecarga emocional com: Implicações na vida pessoal ($r=0,71$; $p=0,001$), Reações às exigências ($r=0,58$; $p=0,001$) e Satisfação com o papel e com o familiar ($r=0,56$; $p=0,001$). Implicações na vida pessoal com Reações às exigências ($r=0,63$; $p=0,001$) e Satisfação com o papel e com o familiar ($r=0,58$; $p=0,001$). Reações às exigências com Satisfação com o papel e com o familiar ($r=0,52$; $p=0,001$) (Tabela 21).

A força das correlações foi de moderada intensidade entre os domínios: Sobrecarga emocional com Percepção dos mecanismos de eficácia e controle ($r=0,32$; $p=0,001$), Implicações na vida pessoal com Sobrecarga financeira ($r=0,37$; $p=0,001$) e com Percepção dos mecanismos de eficácia e controle ($r=0,35$; $p=0,001$), Sobrecarga financeira com Percepção dos mecanismos de eficácia e controle ($r=0,31$; $p=0,001$), Percepção dos mecanismos de eficácia e controle com Apoio familiar ($r=0,31$; $p=0,001$) e com Satisfação com o papel e com o familiar ($r=0,33$; $p=0,001$). Outros domínios apresentaram correlações fracas com valores que variaram de $0,14$ a $0,26$ (Tabela 21).

Tabela 21 - Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do QASCI[•] e o total da escala. João Pessoa, 2012-2013.

Domínios	QASCI total	Sobrecarga emocional	Implicações na vida pessoal	Sobrecarga financeira	Reações às exigências	Percepção dos mecanismos de eficácia e controle	Apoio familiar	Satisfação com o papel e com o familiar
	r	r	r	r	r	r	r	r
QASCI escore total	1	0,81*	0,92*	0,45*	0,76*	0,49*	0,39*	0,72*
Sobrecarga emocional		1	0,71*	0,22**	0,58*	0,32*	0,22**	0,56*
Implicações na vida pessoal			1	0,37*	0,63*	0,35*	0,23**	0,58*
Sobrecarga financeira				1	0,26**	0,31*	0,20**	0,18**
Reações às exigências					1	0,18**	0,14***	0,52*
Percepção dos mecanismos de eficácia e controle						1	0,31*	0,33*
Apoio familiar							1	0,26**
Satisfação com o papel e com o familiar								1

•QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais) - versão adaptada
Valores de p: *p=0,001; **p≤0,05 e ***p>0,05

A análise da validação de constructo convergente considerou as correlações existentes entre as medidas de sobrecarga do cuidador (QASCI), qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36), depressão (HADS-Depressão) e ansiedade (HADS-Ansiedade). Apresentamos as análises da validação de constructo convergente após a apresentação das análises descritivas e da consistência interna das referidas escalas (Tabela 22).

Os resultados da medida de QVRS apontam que as médias apresentaram variações de 53,3 a 79,3. O domínio que apresentou melhor avaliação foi Aspectos emocionais (79,3), e a menor média foi no domínio Estado geral de saúde (53,3). Os valores do Alfa de Cronbach variaram de 0,67 a 0,91 para os oito domínios do instrumento. Em relação à HADS-Depressão e a HADS-Ansiedade, observamos que as médias foram próximas para as medidas (5,53 e 5,85, respectivamente). O valor do alfa de Cronbach foi de 0,75 para as duas subescalas (Tabela 22).

Tabela 22 - Análise descritiva e consistência interna dos instrumentos SF-36^ω e HADS-Ansiedade e HADS-Depressão[‡] para a amostra estudada (n= 132). João Pessoa, 2012-2013

Domínios QASCI	Alfa de Cronbach	Intervalo Obtido	Mediana	Média (Desvio-padrão)
SF-36				
Capacidade funcional	0,91	5 – 100	77,50	70,5 (26,14)
Aspectos físicos	0,86	0 – 100	75,00	64,2 (40,53)
Dor	0,89	0 – 100	62,0	63,3 (25,46)
Estado geral de saúde	0,56	5 – 90	56,00	53,3 (17,32)
Vitalidade	0,82	10 – 100	65,0	64,0 (19,88)
Aspectos sociais	0,67	0 – 100	75,0	76,0 (23,50)
Aspectos emocionais	0,80	0 – 100	100,0	79,3 (34,59)
Saúde mental	0,80	20 – 100	72,00	70,9 (18,56)
HADS – Depressão	0,75	0 – 17	5,0	5,53 (3,83)
HADS – Ansiedade	0,75	0 – 16	5,0	5,85 (3,70)

*QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais) - versão adaptada

^ω SF – 36 (Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde)

[‡] HADS (Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar)

No que se refere às correlações obtidas entre as medidas dos instrumentos para a verificação da validação de constructo convergente, os resultados encontram-se na Tabela 23. Como havíamos hipotetizado, constatamos correlações negativas entre o escore total da versão brasileira do QASCI (maior escore, maior sobrecarga do cuidador) e as medidas dos domínios SF-36 (maior escore, melhor avaliação da QVRS no domínio analisado) e correlações positivas com as medidas de ansiedade e depressão (maior escore nas subescalas

do HADS, maior presença de sintomas).

Quanto às hipóteses iniciais sobre as forças de correlações entre as medidas dos constructos analisados, estabelecemos que houvesse correlações, no mínimo, de grau moderado, entre a medida de sobrecarga total e os domínios da QVRS. Obtivemos correlações de forte intensidade para os domínios Vitalidade ($r = -0,57$; $p=0,001$) e Saúde mental ($r = -0,55$; $p=0,001$) e de moderada intensidade com os domínios Aspectos sociais ($r = -0,45$; $p=0,001$), Aspectos emocionais ($r = -0,33$; $p=0,001$) e Capacidade funcional ($r = -0,30$; $p=0,001$). Não confirmamos nossa hipótese para os demais domínios (Dor, Estado geral de saúde e Aspectos físicos) (Tabela 23).

Confirmamos o sentido positivo das correlações entre as medidas de sobrecarga e ansiedade ($r = 0,50$; $p=0,001$) e de sobrecarga e depressão ($r = 0,61$; $p=0,001$) entre os cuidadores, além da força entre as medidas (Tabela 23).

Tabela 23 - Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais versão adaptada e os domínios do SF-36[⊖] e a medida total da HADS-Depressão e HADS-Ansiedade[•]. João Pessoa, 2012-2013.

Domínios	QASCI total	Sobrecarga emocional	Implicações na vida pessoal	Sobrecarga financeira	Reações às exigências	Percepção dos mecanismos de eficácia e controle	Apoio familiar	Satisfação com o papel e com o familiar
QASCI	r	r	r	r	r	r	r	r
SF-36								
Capacidade funcional	-0,30*	-0,26**	-0,31*	-0,13***	-0,06***	-0,24**	-0,29*	-0,18**
Aspectos físicos	-0,20**	-0,13***	-0,20**	-0,03***	-0,15***	-0,13***	-0,11***	-0,16***
Dor	-0,23**	-0,18**	-0,28*	-0,07***	-0,08***	-0,13***	-0,06***	-0,14***
Estado geral de saúde	-0,19**	-0,15***	-0,18**	-0,07***	-0,12***	-0,21**	-0,08***	-0,14***
Vitalidade	-0,57*	-0,51*	-0,53*	-0,10***	-0,35*	-0,43*	-0,29*	-0,46*
Aspectos sociais	-0,45*	-0,40*	-0,41*	-0,23**	-0,32*	-0,29*	-0,13***	-0,34*
Aspectos emocionais	-0,33*	-0,23**	-0,35*	-0,11***	-0,33*	-0,01***	-0,02***	-0,23**
Saúde mental	-0,55*	-0,49*	-0,48*	-0,20**	-0,40*	-0,29*	-0,22**	-0,46*
HADS-D total	0,61*	0,45*	0,59*	0,24**	0,42*	0,30*	0,25**	0,50*
HADS-A total	0,50*	0,46*	0,44*	0,26**	0,35*	0,31*	0,14***	0,36*

⊖ SF – 36 (Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde)

• HADS (Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar) - Valores de p: *p=0,001; **p<0,05 e ***p>0,05

5.3.2.2 Análise da validação de grupos conhecidos

A validade do construto de grupos conhecidos foi estudada por meio das médias obtidas entre a sobrecarga do cuidador e o nível de dependência do idoso nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e pelas correlações entre as medidas de sobrecarga e as variáveis idade do cuidador e tempo de cuidado.

Constatamos que as médias da sobrecarga total e dos domínios do QASCI foram maiores no grupo de cuidadores que prestavam assistência a idosos que apresentavam dependência nas atividades da vida diária do que no grupo de cuidadores de idosos independentes. Essa diferença é, estatisticamente significativa, para o escore total ($p=0,001$) e os domínios Implicações na vida pessoal ($p=0,001$), Satisfação com o papel e com o familiar ($p=0,001$) e Percepção dos mecanismos de eficácia e controle ($p=0,032$) (Tabela 24). Esse resultado confirma a hipótese inicial de que existe maior sobrecarga entre os cuidadores de idosos dependentes do que nos cuidadores de idosos independentes.

Tabela 24 - Comparação entre as médias das variáveis do QASCI* (total e domínios) e nível de dependência dos idosos nas atividades básicas da vida diária propostos pelo Índice de Katz. João Pessoa, 2012 – 2013 (n= 132).

QASCI (total e domínios)	Classificação de independência		Valor de $p^{\#}$
	Dependente (n= 87)	Independente (n= 45)	
	Média (Desvio-padrão)	Média (Desvio-padrão)	
Escore total	71,4 (22,7)	58,0 (20,7)	0,001
Sobrecarga emocional	9,8 (4,0)	8,3 (8,3)	0,58
Implicações na vida pessoal	27,8 (10,7)	21,5 (9,9)	0,001
Sobrecarga financeira	4,0 (2,3)	3,7 (1,8)	0,253
Reações às exigências	10,6 (4,8)	9,0 (4,4)	0,061
Percepção dos mecanismos de eficácia e controle	5,8 (2,6)	4,9 (2,0)	0,032
Apoio familiar	4,9 (2,8)	4,1 (2,5)	0,086
Satisfação com o papel e com o familiar	8,4 (3,7)	6,5 (2,6)	0,001

*QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais) - versão adaptada

$^{\#}$ Valor de p proveniente do teste t de Student

Vale ressaltar que não confirmamos a nossa hipótese quando avaliamos o nível de dependência do idoso nas atividades instrumentais da vida diária pela Escala de Lawton. Os valores entre os grupos foram semelhantes (Tabela 25).

Tabela 25 - Comparação entre as médias das variáveis do QASCI* (total e domínios) e nível de dependência dos idosos nas atividades instrumentais da vida diária propostos por Lawton. João Pessoa, 2012 – 2013 (n= 132).

QASCI (total e domínios)	Classificação de independência		Valor de $p^{\#}$
	Parcialmente dependente	Totalmente dependente	
	(n= 21)	(n= 111)	
	Média (DP)**	Média (DP)**	
Escore total	68,7 (22,9)	66,5 (22,9)	0,686
Sobrecarga emocional	9,5 (4,5)	9,3 (4,2)	0,840
Implicações na vida pessoal	27,9 (10,6)	25,3 (10,9)	0,317
Sobrecarga financeira	3,7 (1,8)	4,0 (2,2)	0,460
Reações às exigências	9,5 (4,6)	10,1 (4,8)	0,578
Percepção dos mecanismos de eficácia e controle	5,1 (2,4)	5,6 (2,5)	0,411
Apoio familiar	5,0 (2,7)	4,6 (2,7)	0,478
Satisfação com o papel e com o familiar	8,0 (3,5)	7,7 (3,5)	0,650

*QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais) - versão adaptada para o Brasil

** DP = Desvio-padrão $\#$ Valor de p proveniente do teste t de Student

Quando correlacionamos a medida da versão adaptada do QASCI total com as variáveis idade do cuidador (em anos) e tempo de cuidado (em anos), observamos que os valores das correlações foram menores do que 0,30, indicando correlação fraca ou inexistente, mesmo quando estatisticamente significativa. Entretanto, o sentido positivo entre as correlações pode sugerir que nossa hipótese poderia ser confirmada para a relação entre tempo de cuidado e sobrecarga (Tabela 26).

Tabela 26 - Coeficientes de correlação de Pearson entre o escore total do QASCI* e as variáveis, idade do cuidador e tempo de cuidado- João Pessoa, 2012-2013.

Variáveis	r	p
Idade do cuidador	0,119	0,175
Tempo de cuidado	0,217	0,012

*QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais) - versão adaptada.

Optamos por testar as relações entre essas variáveis comparando a sobrecarga segundo a idade do cuidador agrupada (menor que 60 anos; 60 ou mais) e o tempo de cuidado (até cinco anos ou mais). Verificamos que o grupo de cuidadores idosos apresentou média maior que o grupo de cuidadores adultos. Essa diferença é estatisticamente significativa ($p=0,046$). Contrário ao resultado da Tabela 26, na comparação entre os grupos segundo o tempo que desempenha o papel de cuidador (até cinco anos ou mais) não se constatou

diferenças entre eles (Tabela 27).

Tabela 27 – Comparação das médias de sobrecarga (QASCI escore total)* segundo grupos conhecidos (idade do cuidador e tempo de cuidado). João Pessoa, 2012-2013.

Variáveis		Média	Desvio-padrão	Valor de <i>p</i>
Idade do cuidador	< 60 anos (n= 102)	64,5	21,84	0,046
	≥ 60 anos (n= 30)	74,8	24,80	
Tempo de cuidado	≤ 5 anos (n= 77)	64,7	22,0	0,208
	> 5 anos (n= 55)	69,8	23,89	

*QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais) - versão adaptada para o Brasil

5.3.2.3 Dimensionalidade da versão adaptada do QASCI usando a Análise Fatorial Confirmatória

A análise fatorial confirmatória foi realizada baseada nos dados coletados com a versão adaptada do QASCI. O modelo hipotetizado está apresentado na Figura 2, os círculos representam as variáveis latentes (domínios do QASCI), e os retângulos representam as variáveis mensuradas (itens do QASCI). O modelo teórico de sete fatores (domínios) da versão original do instrumento foi testado pela AFC usando os dados dos 132 cuidadores. Os parâmetros do modelo foram estimados considerando-se o método de máxima verossimilhança utilizando o procedimento PROC CALIS do Programa SAS[®].

Como resultados, observamos que a raiz quadrada média residual padronizada (RMSEA) teve um valor de 0,0709, o qual é considerado como aceitável. Os índices *Goodness Fit Index* (GFI) e *Bentler's Comparative Fit Index* (CFI) obtiveram valores de 0,7533 e 0,8328, respectivamente. Ambos os resultados também indicaram bom ajuste do modelo de medida da versão validada para o Brasil do QASCI com correlações entre suas dimensões e o constructo, sobrecarga do cuidador.

Figura 2: Análise Fatorial Confirmatória da versão adaptada do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A finalidade do nosso estudo foi de realizar a adaptação e a validação das propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI - em cuidadores brasileiros. No Brasil, o crescimento do número de idosos acarreta o envelhecimento populacional, o que representa mudanças no padrão de morbidade, como o aumento de doenças crônicas e incapacitantes. Por conseguinte, passam a existir mais idosos em situação de dependência no contexto familiar (GORDILHO et al., 2001; RAMOS, 2003).

Nessa perspectiva, considerou-se a necessidade de adaptar e validar o QASCI para uso em cuidadores de idosos que apresentam dependência funcional. A escolha dessa escala de medida foi incentivada por ser um instrumento válido e confiável e por ter sido testada em cuidadores de idosos com dependência funcional e em portadores de doenças crônicas (ABREU; RAMOS, 2007; MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003; PEREIRA, 2011).

O processo de adaptação cultural fundamentou-se nas literaturas nacional e internacional, que embasaram os estudos conduzidos anteriormente por pesquisadores do Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida em que estamos inseridos (DANTAS; SILVA; CIOL, 2012; ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006; FERREIRA et al., 2008; PELEGRINO et al., 2011).

Em relação à caracterização sociodemográfica dos cuidadores participantes, podemos afirmar que não houve grandes diferenças tanto quando analisamos os 30 que participaram da etapa de validação semântica quanto os 132 que participaram da etapa da validação psicométrica da versão adaptada do QASCI. Constatamos o predomínio de mulheres, casadas, na faixa etária dos 40 aos 60 anos, com baixa e média escolaridade. A maioria era de cuidadores principais, tendo como principal ocupação as atividades do lar, grau de parentesco com o idoso (cônjuges e filhos), residiam com o idoso e assumiam o cuidado pelo período de um a sete anos. Em geral, os cuidadores acumulavam as atividades da casa e a tarefa de cuidar, assemelhando-se ao referido na literatura nacional e na internacional (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; BREINBAUER et al., 2009; GARRIDO; MENEZES, 2004; GONÇALVES et al., 2006; GUEDEA et al., 2009; LENARDT et al., 2011; LUCHETTI et al., 2011; PIMENTA et al., 2009; PRIETO et al., 2010; SANTOS; PAVARINI, 2010; RICARTE, 2009; TAUB; ANDREOLI; BERTOLUCCI, 2004; VELÁSQUEZ et al., 2011; ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009).

Embora coubesse ao cuidador a responsabilidade de cuidar do idoso, mais da metade referiu ter como principal ocupação as atividades do lar, ou seja, os afazeres domésticos. Resultados semelhantes foram ratificados por outros autores (GARRIDO;

MENEZES, 2004; LENARDT et al., 2011; PIMENTA et al., 2009; PRIETO et al., 2010; ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009).

No Brasil, por causas predominantemente históricas e culturais, a sociedade atribui à mulher a função de cuidar (KARSCH, 2003). O cuidar é uma função inerente ao papel de mãe, esposa e filha e constitui uma das atividades exercidas pela mulher na esfera doméstica (CALDAS, 2003; GONÇALVES et al., 2006). Com a emancipação feminina, houve a inserção da mulher no mercado de trabalho, e muitas delas passaram a chefiar suas famílias. Mesmo assim, a mulher ainda assume as responsabilidades com o lar e com a saúde de seus familiares, desde as crianças até os idosos (LOUREIRO, 2011).

Pontuada tal reflexão, Brêtas (2003, p. 300) diz que “cuidar é mais que um ato é uma atitude”. A atitude de cuidar baseia-se em relações de afetividade, responsabilidade, ocupação, preocupação e de obrigação com a pessoa dependente (BRAZ; CIOSAK, 2009; BRÊTAS, 2003; SOMMERHALDER, 2001). Para o cônjuge, o cuidado é visto como consequência normal, própria do matrimônio, e para os filhos, o dever moral tem sido propulsor do compromisso assumido com o idoso, fundamentado no respeito, na gratidão e no amor (BRAZ; CIOSAK, 2009).

Diversos estudos referem que a família é a principal fonte de apoio aos idosos, refletindo-se em subsídio social, funcional, afetivo e financeiro (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011; CALDAS, 2003; LEITE et al., 2008; NARDI; OLIVEIRA, 2009; RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006). Braz e Ciosak (2009) ressaltam que o cuidar implica comprometimento com a pessoa alvo dos cuidados.

A literatura evidencia que os cuidadores encontram-se na faixa etária adulta, de meia-idade e até mesmo de idosos. Alguns estudos têm constatado cuidadores com média de idade superior a 50 anos (CASSIS et al., 2007; GRATÃO et al., 2013; INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008; RONDINI et al., 2011). Outras pesquisas têm identificado cuidadores com média de idade acima de 60 anos (BRAZ; CIOSAK, 2009; DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011; FRATEZI; GUTIERREZ, 2011; QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010; SALGUEIRO; LOPES, 2010).

A despeito disso, cada vez mais se constata pessoas idosas cuidando de idosos (CALDAS, 2003; INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008). Dispensar cuidados a um idoso dependente demanda esforço físico e mental, pode predispor a riscos à saúde e a distúrbios de comportamento, principalmente em se tratando de um cuidador em processo de envelhecimento (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006; SOMMERHALDER, 2001). Pesquisadores advertem que o ato de cuidar pode ser um fator de risco para cuidadores idosos

que cuidam de idosos, além disso, a idade representa principal determinante para o surgimento de doenças crônicas (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012; VERAS, 2009).

Embora os estudos prossigam registrando a maior prevalência de mulheres desempenhando o cuidado ao idoso, neste estudo, observou-se que a participação masculina alcançou índice de 12,9%. O crescimento de homens exercendo a função de cuidar tem sido demonstrado em pesquisas como a de Gratão et al. (2013) e Vilela et al. (2006), que encontraram valores de 14,4% e 12,5%, respectivamente. Também em Portugal, estudo realizado com cuidadores de idosos dependentes evidenciou que 14,1% dos cuidadores eram do sexo masculino (RICARTE, 2009).

Quanto ao estado conjugal, a maior parte dos cuidadores referiu ser casada. Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) evidenciaram, na cidade de São Paulo, que 62,2% dos cuidadores de pessoas dependentes eram casados. Esses autores reconhecem que a presença de companheiro pode servir de suporte e contribuir para diminuir sentimentos de solidão, que pode ser causado pela atividade de cuidar.

No que se refere à escolaridade, entre os cuidadores, houve maior prevalência do ensino médio completo, seguido do ensino fundamental, o que não diferiu de outros estudos (CASSIS et al., 2007; GARRIDO; MENEZES, 2004; PRIETO et al., 2010). Entretanto, 18,9% dos cuidadores apresentaram até quatro anos de ensino formal. Esses dados demonstram o pouco acesso à educação por parte dos cuidadores.

A dificuldade de acesso à educação tem sido explicada pela organização social existente até os anos setenta, quando não se priorizava o ingresso da mulher na escola (LOUREIRO, 2011). Por isso, diversas pesquisas têm verificado que os cuidadores apresentavam escolaridade reduzida, com ensino fundamental completo e incompleto, tais como: Gonçalves et al. (2006); Pimenta et al. (2009); Rondini et al. (2011); Santos e Pavarini (2010); Velásquez et al. (2011); Vilela et al. (2006); Zem-Mascarenhas e Barros (2009).

Vale ressaltar a relação direta entre a escolaridade e o conhecimento imprescindível para o exercício do cuidado. Para Mafra (2011), o cuidador necessita compreender o significado de cuidar, ter acesso a informações, a recursos de enfrentamento, ser hábil e administrar circunstâncias estressantes. Nessa perspectiva, conclui-se que o nível de instrução do cuidador interfere no processo de cuidar dos idosos, visto que a baixa escolaridade pode acarretar impacto nessa atividade. Por outro lado, o indivíduo com um nível mais alto de escolaridade tem mais cuidado com a saúde e os hábitos de higiene saudáveis (SILVA et al., 2011).

A maioria dos cuidadores residia com o idoso. Essa condição tem sido amíu

demonstrada na literatura por Figueiredo, Lima e Sousa (2009); Gratão et al. (2013); Lenardt et al. (2011); Queiroz, Lemos e Ramos (2010); Santos e Pavarini (2010); Vilela et al. (2006). No contexto brasileiro, Caldas (2003) adverte que tem sido identificado declínio na qualidade de vida, maior morbidade e, inclusive, risco de mortalidade no idoso que reside sozinho. De acordo com Ramos (2003), o idoso que apresenta melhor nível socioeconômico vive com o cônjuge ou sozinho, sem representar ausência de suporte familiar, entretanto, nas famílias de baixa renda, o idoso vive com filhos ou filhos e netos, o que significa mais que uma alternativa sociocultural, mas um modo de sobrevivência.

Quanto à dispensação do cuidado, identificamos que a média de tempo dedicado ao cuidado com o idoso foi de mais de seis anos. Do mesmo modo, Loureiro (2011); Ricci, Kubota e Cordeiro (2005) encontraram resultado idêntico em seus trabalhos. Estudos verificaram cuidadores que prestavam assistência aos idosos por tempo médio acima de dois anos, como por exemplo: Cassis et al. (2007); Fratezi e Gutierrez (2011); Lenardt et al. (2011); Martins, Ribeiro e Garrett (2004); Prieto et al. (2010); Queiroz, Lemos e Ramos (2010); Ricarte (2009). A literatura também se refere a situações em que os cuidados destinados ao idoso ocorrem há mais de nove anos (BREINBAUER et al., 2009; VELÁSQUEZ et al., 2011).

Tendo em vista a importância do apoio ou ajuda, o estudo mostrou que, na maioria das vezes, os cuidadores contavam com ajuda de outra pessoa na dispensação do cuidado ao idoso. Contudo, chama-se atenção para a situação identificada com mais de 30% dos cuidadores que não contavam com qualquer ajuda. Percentuais semelhantes de cuidadores que desempenhavam a atividade de cuidado desprovida de ajuda têm sido relatados por outros autores (LENARDT et al., 2011; QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010; SANTOS; PAVARINI, 2010).

No que se refere à quantidade de dias dispensados ao cuidado com o idoso durante a semana e nos fins de semana, os cuidadores apresentaram médias de 4,95 e 1,89 dias da semana e fins de semana, respectivamente. Como se pode observar, a maioria dos cuidadores encontrava-se à disposição do idoso diuturnamente durante a semana e nos fins de semana, evidenciando que a atitude de cuidar determina constante disponibilidade e tempo de dedicação por parte do cuidador.

Perracini e Neri (2006) consideram que a demanda de cuidados está relacionada à frequência, à duração e às horas dispensadas no período diurno e noturno, por serem ininterruptos, devido às dificuldades, ao esforço físico e financeiro exigidos, ao grau de exigência das atividades e ao comportamento do indivíduo alvo dos cuidados. Oliveira e

D'elboux (2012) relatam que a falta de assistência para atender às necessidades do ser cuidado, adicionada à condição de ser cuidador único e exercer a função de cuidar por tempo prolongado, pode contribuir para o adoecimento ou agravamento de problemas de saúde pré-existent nos cuidadores.

Embora a literatura aponte algumas ressalvas acerca do cuidado desempenhado de modo isolado e por longo período de tempo, estudos nacionais e internacionais têm identificado essa realidade: Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005) registraram que, em Minas Gerais, as mulheres cuidavam dos seus maridos idosos de modo integral, individual, improvisado e diuturnamente. Vilela et al. (2006) verificaram que a maioria dos 238 cuidadores de idosos eram mulheres, de meia idade ou idosas, que atuavam permanentemente como únicas cuidadoras por dez anos ou mais, e metade delas não recebia ajuda pelo cuidado dispensado ao idoso. Em São Paulo, Santos e Pavarini (2010) encontraram cuidadores de idosos que viviam em contextos de alta vulnerabilidade social, a maioria mulheres, adultas, casadas, com ensino fundamental incompleto e mais da metade não recebia ajuda pelo cuidado dispensado ao idoso. Em Portugal, a maioria dos cuidadores cuidava do idoso de forma permanente, como único responsável, por um período de três a 10 anos; estudaram até quatro anos e também se dedicavam aos afazeres domésticos (PIMENTA et al., 2009).

No cotidiano do cuidado no domicílio, existem diversos problemas enfrentados pelo cuidador, como, por exemplo, ambiente familiar inadequado, resistência do idoso aos cuidados, deficiência de recursos materiais e financeiros, a falta de acesso às informações, a transporte disponível para levar o idoso à unidade de saúde e aos medicamentos (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Gonçalves et al. (2006) avaliam que cuidar de um idoso por tempo prolongado expõe o cuidador ao risco de adoecer, principalmente quando é o único responsável por essa função. Mafra (2011) adverte que, se essa função for exercida de forma solitária e persistir por muito tempo, passa a sobrecarregar o cuidador. Sommerhalder (2001) ressalta, ainda, que, na atividade de cuidar, existem tarefas que demandam esforço físico, mental e o auxílio de outras pessoas.

Corroborando essa assertiva, Fernandes e Garcia (2009) identificaram cuidadores que apresentavam diversos sinais e sintomas psicossomáticos e doenças crônicas, tais como: dores no corpo, alterações no peso corporal, modificações no funcionamento do intestino e problemas cardiovasculares. Cerca de 30% referiram piora na saúde após assumirem a função de provedores de cuidados ao idoso dependente.

Em Curitiba, Lenardt et al. (2011) desenvolveram estudo para avaliar a condição

de saúde e satisfação com a vida de 208 cuidadores de idosos. Mais da metade dos cuidadores mencionou ter uma ou mais doenças, no entanto, houve relatos da presença de até seis comorbidades, prevalecendo a hipertensão e a depressão; registrou-se também que cerca de 24,5% dos cuidadores encontravam-se insatisfeitos com a vida. Outros autores também identificaram a hipertensão arterial como principal problema de saúde referido pelos cuidadores (SANTOS; PAVARINI, 2010; VILELA et al., 2006).

Estudos têm evidenciado que a maioria dos cuidadores apresentava autopercepção de saúde regular (LENARDT et al., 2011; PIMENTA et al., 2009; VELÁSQUEZ et al., 2011). Ramos (2003) alerta que a autoavaliação subjetiva negativa de saúde e a positividade para depressão são decisivas para influenciar no risco de mortalidade. Na cidade de Porto-Portugal, buscando investigar a sobrecarga de 78 cuidadores informais de idosos dependentes, constatou-se que 47,4% dos cuidadores referiram que a sua saúde era fraca, e 41% apresentavam níveis de sobrecarga intensa (RICARTE, 2009).

Na maioria das vezes, o cuidador deixa de lado seus cuidados pessoais para realizar as tarefas do cuidar (YUASO, 2006). Por sua vez, as tarefas oriundas da função de cuidador e as modificações que acontecem na vida pessoal, familiar e social advindas do exercício dessa função produzem sobrecarga no cuidador (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

O envelhecimento difere para os homens e as mulheres no mundo e no Brasil, visto que as mulheres são mais longevas que os homens (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005). No contexto desta investigação, entre os idosos, prevaleceram as seguintes características: sexo feminino, idade avançada (média de idade acima de 80 anos), baixa escolaridade (um a quatro anos e analfabetos), residiam em média com mais de três pessoas, distribuídas nos seguintes arranjos familiares: arranjos trigeracionais (idosos, filhos, netos) e somente com o filho.

Tem sido identificado que as mulheres vivem cinco anos ou mais que os homens. Tal fenômeno denomina-se “feminização da velhice” (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011; CAMARGOS; PERPÉTUO; MACHADO, 2005; PAPALÉO NETTO; YUASO; KITADAI, 2005; PEDRAZZI et al., 2010). Esse acontecimento decorre de diversos motivos, como por exemplo: a taxa de mortalidade é maior entre os homens; existe maior consumo de álcool, fumo e outras drogas entre os homens, o que os expõe mais aos acidentes (domésticos, trânsito e de trabalho) e à violência; a atitude em relação a saúde difere entre os sexos, a mulher procura mais o serviço de saúde, o que facilita a detecção precoce de agravos à saúde. Outro facilitador é o atendimento obstétrico às mulheres, além da existência do fator protetor do hormônio feminino sobre as doenças cardiovasculares (PAPALÉO NETTO; YUASO;

KITADAI, 2005).

Em nosso estudo, a média de idade dos idosos foi superior à média nacional de expectativa de vida (BANCO MUNDIAL, 2011). Esses resultados são confirmados em estudos nacionais e internacionais, como os de Araújo, Paúl e Martins (2011); Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2008); Luchetti et al. (2011); Pedrazzi et al. (2010); Queiroz, Lemos e Ramos (2010); Ricci, Kubota e Cordeiro (2005). Outros estudos têm registrado média de idade em idosos superior a 70 anos (ALVES et al., 2007; GRATÃO et al., 2013; MINOSSO et al., 2010; RODRIGUES et al., 2008; SILVA et al., 2011).

No tocante à baixa escolaridade que os idosos apresentaram nesta investigação, esse fato tem sido constatado em outros estudos por Campolina et al. (2013); Gratão et al. (2013); Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2008); Pedrazzi et al. (2010); Rodrigues et al. (2008); Silva et al. (2011). Conjecturas em que a maior prevalência era de idosos analfabetos foram divulgadas em outros trabalhos (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; ROSA et al., 2003; SILVA et al., 2006).

O analfabetismo entre a população idosa é muito frequente, devido à dificuldade de acesso à escola, vivenciada, principalmente, pelas mulheres, considerando que culturalmente a prioridade era prepará-las para serem boas esposas, mães e donas de casa (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008). É sabido que a baixa escolaridade interfere na capacidade de entendimento e na prática do autocuidado e influencia na condição econômica e, conseqüentemente, no acesso a bens e a serviços essenciais (MEIRELES et al., 2007).

Estudo desenvolvido no interior de São Paulo, para identificar a dependência funcional de 574 idosos e a sobrecarga do cuidador, observou que o pouco acesso à escolaridade é um fator forte, negativo e independentemente associado à necessidade de cuidador (GRATÃO et al., 2013). Resultado semelhante foi constatado no interior de Minas Gerais em estudo realizado com 1.742 idosos (GIACOMIN et al., 2005).

Em relação ao ambiente de vivência, a maioria dos idosos residia com familiares. Do mesmo modo, circunstância idêntica foi observada por outros pesquisadores (CAMPOLINA et al., 2013; LEITE et al., 2008; MINOSSO et al., 2010; RODRIGUES et al., 2008). Esse estudo registrou que os idosos residiam com média de três ou mais pessoas. Ao avaliar a população de idosos no interior de São Paulo, Pedrazzi et al. (2010) verificaram média de duas ou mais pessoas residindo com os idosos.

Evidenciamos que somente 1% dos idosos morava sozinho. Inquérito populacional realizado na cidade de São Paulo verificou que mais de 50% dos idosos residiam em domicílios com filhos e netos, e apenas uma minoria, ou seja, 10% dos idosos residiam

sozinhos (RAMOS, 2003). Outros trabalhos encontraram idosos que residiam sozinhos no interior do Paraná e de São Paulo, com prevalências maiores de 17% e 14%, respectivamente (MEIRELES et al., 2007; PEDRAZZI et al., 2010).

Conforme Pedrazzi et al. (2010), o idoso pode apresentar necessidades de auxílio, que podem ser físicas, emocionais ou financeiras, na maioria das vezes, induzindo-o a residir com familiares. Por outro lado, pesquisas têm apontado a idade como fator de risco para o comprometimento da capacidade funcional, o que justifica o idoso residir com familiares (PARAHYBA; SIMÕES, 2006; SILVA et al., 2011). Reconhece-se também que a baixa escolaridade aumenta as chances de o idoso apresentar implicações na capacidade funcional (ROSA et al., 2003; SILVA et al., 2011).

No presente estudo, constatou-se a presença de comorbidades e o grau de dependência dos idosos nas atividades básicas e instrumentais da vida diária a partir da visão dos seus respectivos cuidadores. A maioria dos idosos apresentou mais de uma comorbidade, porém prevaleceram a hipertensão arterial, a diabetes e as doenças osteomusculares. Diversos estudos têm apontado a hipertensão arterial como a doença mais prevalente entre os idosos (ALVES et al., 2007; GONÇALVES et al., 2006; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; MEIRELES et al., 2007). Por meio dos dados obtidos no Projeto SABE, estudiosos constataram que as doenças que mais acometiam os idosos na cidade de São Paulo foram: hipertensão, doença articular, queda e doença cardíaca (CAMPOLINA et al., 2013).

Chama-se a atenção para as seguintes evidências apontadas na literatura: a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas (BRASIL, 2011), e o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado à maior incapacidade funcional, todavia a hipertensão arterial aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas AIVDs (ALVES et al., 2007).

No interior de São Paulo, pesquisadores buscaram identificar a interferência de morbididades na capacidade funcional de 195 idosos. Houve prevalência das seguintes doenças: hipertensão arterial, dislipidemia, artrose, artrite e diabetes. As morbididades que interferiram em sete ou mais ABVD foram: AVC, catarata, osteoporose e HAS; as que interferiram em três ou mais AIVD foram: AVC, catarata, cardiopatias e doença de Chagas (RODRIGUES et al., 2008).

No que se refere às atividades básicas da vida diária (ABVD), identificamos que mais de 60% dos idosos apresentavam dependência em alguma atividade. Outros pesquisadores identificaram resultados semelhantes (FIGUEIREDO; LIMA; SOUSA, 2009; QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010; VELÁSQUEZ et al., 2011). Além disso, conferimos

que todos os idosos apresentaram dependência em alguma atividade instrumental da vida diária (AIVD), sendo que mais de 80% eram totalmente dependentes, e os demais, parcialmente. Esses resultados não diferiram de outros estudos (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006; RICARTE, 2009). A versão portuguesa do QASCI foi aplicada em 210 indivíduos com sequelas de AVC com média de idade de 74,8 anos. A maioria apresentou dependência nas ABVD (65,2%) e nas AIVD (81,4%) (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Os valores expressivos de incapacidade funcional apontados neste estudo podem estar relacionados à média de idade entre os idosos, que foi superior a 80 anos. Conforme Aires, Paskulin e Moraes (2010); Duarte, Lebrão e Lima (2005); Parahyba e Simões (2006); Parahyba, Veras e Melzer (2005); Rosa et al. (2003); Silva et al. (2011), o desempenho funcional piora com o avançar da idade, principalmente na faixa etária acima de 80 anos.

Outro fato que pode justificar os índices de incapacidade funcional encontrados diz respeito ao local da coleta, que foi a Região Nordeste do país. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada de 1998 a 2003, comprovou que os menores percentuais de incapacidade funcional foram encontrados no Sul e no Sudeste, e os maiores, no Nordeste e no Norte (PARAHYBA; SIMÕES, 2006). Estudo realizado com 319 idosos, na cidade de Maceió - Região Nordeste - comprovou que 45,4% dos idosos apresentavam comprometimento na realização de, pelo menos, quatro Atividades da Vida Diária (AVD) (SILVA et al., 2011).

Segundo Camargos, Perpétuo e Machado (2005), o percentual de anos a serem vividos livres de incapacidade funcional diminui com o progresso da idade. Rosa et al. (2003); Silva et al. (2011) revelam que as mulheres apresentam mais chances de ocorrência de incapacidade funcional do que os homens.

Na cidade de Pelotas, os pesquisadores identificaram percentuais inferiores de dependência entre os idosos. O estudo foi realizado com 598 idosos, com ocorrência de incapacidade funcional nas atividades básicas e instrumentais em 26,8% e 28,8%, respectivamente (DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011). Em São Paulo, os pesquisadores verificaram que 19,2% dos idosos apresentaram limitações funcionais nas atividades básicas, e 26,5%, nas atividades instrumentais (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Considerando as atividades básicas da vida diária, os idosos apresentaram mais dependência nas atividades continência (47%) e higiene pessoal (43,9%). Estudo realizado também em João Pessoa-PB, com a finalidade de estimar a prevalência de sobrecarga entre os cuidadores familiares de idosos dependentes, evidenciou percentuais semelhantes nas

atividades continência (48,1%) e higiene pessoal (48%) (LOUREIRO, 2011). Em Portugal, estudo realizado para caracterizar o perfil de 120 cuidadores familiares de idosos identificou percentual similar de dependência funcional nas atividades de continência (PIMENTA et al., 2009).

Em São Paulo, Campolina et al. (2013) constataram que o maior índice de dependência foi nas atividades de se vestir e incontinência urinária, independentemente do sexo e da idade do idoso. Na periferia de Fortaleza, investigaram-se as AVDs de 385 idosos e foi constatada a presença de dependência em todas as áreas das AVDs, o que reforçou a necessidade de cuidador (SILVA et al., 2006).

As atividades básicas de vida diária são aquelas executadas diariamente, essenciais para o autocuidado e a sobrevivência (MORAES, 2012). Considerando o envelhecimento e a média de idade entre os idosos deste estudo, a presença de incapacidade funcional já era esperada, contudo, chama-se a atenção para o fato de que a dependência na higiene pessoal e, especificamente, a falta de controle dos esfíncteres, contribuem para o isolamento, a baixa autoestima e autoimagem no idoso (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

Entre os idosos totalmente dependentes nas atividades instrumentais da vida diária, as atividades fazer compras (73,5%) e realizar tarefas domésticas (71,2%) alcançaram maiores percentuais. Vale ressaltar que a maior presença de dependência parcial e total foi na atividade transporte, com valor de 98%. Em Portugal, verificou-se que a maioria dos idosos encontrava-se na faixa etária acima de 75 anos, com prevalências semelhantes de incapacidade funcional nas seguintes atividades: compras (84,6%), tarefas domésticas (76,9%) e uso de transporte (81%) (RICARTE, 2009). No município de Goiânia-GO, 72,6% dos idosos encontravam-se dependentes nas AIVDs, com predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos. A presença de dependência ocorreu nas atividades: tarefas domésticas (67%), compras (58%) e transporte (87%) (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006). A presença de incapacidade funcional nos idosos participantes do nosso estudo evidencia a necessidade de cuidador. Essa condição tem sido constatada por outros pesquisadores (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005; NERI; SOMMERHALDER, 2006).

De acordo com os resultados identificados, a versão brasileira do QASCI é um instrumento que congrega os critérios de validade e confiabilidade para avaliação da sobrecarga física, emocional e social de cuidadores de idosos com dependência funcional. Na análise descritiva da versão adaptada do QASCI, constatamos uma média total de sobrecarga elevada com valor de 66,84 (d.p.= 22,86), e as médias de respostas aos itens apresentaram

pouca variação. Maia (2010) aplicou o QASCI em 118 pais cuidadores de pacientes adultos com quadro de demência atendidos em Centros de Atividades Ocupacionais em Portugal e encontrou média de sobrecarga similar ($M= 67,65$; $d.p.= 23,08$).

O nosso resultado diferiu de outros estudos que utilizaram o QASCI em Portugal, obtendo uma média moderada no escore total de sobrecarga. Na reavaliação das características psicométricas do QASCI, em que seus autores verificaram que 253 cuidadores de pessoas com dependência funcional e doenças crônicas, com idade média de 54 anos, apresentaram média de sobrecarga de 43,70 ($d.p.= 15,67$) (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2004). No estudo em que foi empregado o QASCI em 52 cuidadores familiares de doentes de Alzheimer contatados no ambulatório de um Centro Hospitalar, a média de sobrecarga foi de 43,70 ($d.p.= 18,61$) (PEREIRA, 2011). Outra investigação da sobrecarga com o QASCI em 202 cuidadores de idosos dependentes, um mês após a alta hospitalar, constatou média de sobrecarga de 47,19 ($d.p.= 18,64$) (LOURO, 2009). Entretanto, pesquisa realizada em Portugal utilizando o QASCI para avaliar a sobrecarga de cuidadores familiares de pacientes com esquizofrenia e outras doenças neurodegenerativas, internados em um Hospital de Neurologia, encontrou média total de sobrecarga superior aos demais estudos que utilizaram o QASCI ($M= 95,33$; $d.p.= 14,87$) (ABREU; RAMOS, 2007).

Em relação às médias dos domínios, os valores mais altos obedeceram à seguinte sequência: Implicações na vida pessoal, Reações às exigências, Sobrecarga emocional e Satisfação com o papel e com o familiar. Os autores do QASCI encontraram resultado semelhante, porém com valores um pouco superiores (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2004). Outros estudos que utilizaram o QASCI em Portugal apresentaram maiores médias nos domínios já identificados em nosso estudo, não necessariamente, obedecendo à mesma sequência de valores. Foram acrescentados três outros domínios que também apresentaram principais médias: Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle, Sobrecarga financeira e Suporte Familiar (ABREU; RAMOS, 2007; LOURO, 2009; PEREIRA, 2011). Na versão adaptada e em todos os estudos que utilizaram o instrumento supracitado, o domínio com maior nível de sobrecarga identificado foi Implicações na vida pessoal do cuidador.

O intervalo possível da pontuação total do QASCI varia de 32-160. Na versão adaptada, o intervalo obtido do escore total foi de 32-131. Em relação às dimensões, os valores do intervalo foram semelhantes e muito próximos aos intervalos possíveis. Utilizando o QASCI em Portugal, Abreu e Ramos (2007) encontraram valor de 68-118 no intervalo do escore total, porém os valores dos intervalos das dimensões foram similares ao do nosso estudo.

Na frequência de respostas dos cuidadores aos 32 itens da versão adaptada do QASCI, conforme a escala de valores de um a cinco, verificamos uma tendência de concentração de respostas nos valores extremos da escala (Não/Nunca ou Sempre). As maiores frequências na escala de respostas corresponderam aos itens do domínio Satisfação com o papel e com o familiar: “Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?”; “Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar cuidando dele?”, com mais de 80% de respostas – “Sempre”.

No item “Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?”, embora 59,8% dos cuidadores tenham respondido “Não/Nunca”, mais de 30% deles referiram a resposta “Às vezes” nos seguintes questionamentos: Sente vontade de sair da situação em que se encontra?; Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?; Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar cuidando do seu familiar?. Somando as respostas “Às vezes”, “Quase sempre e Sempre” referentes às mesmas perguntas, alcançamos os seguintes percentuais: 45,4%, 57,6% e 51,5%, respectivamente.

A variação de respostas aos itens da escala também foi identificada em outro estudo, que avaliou a sobrecarga de cuidadores informais por meio da escala de Zarit. Os autores explicam que a interação do entrevistado com esse tipo de instrumento pode levar a reflexões sobre as questões e ocasionar a variação de respostas (TAUB; ANDREOLI; BERTOLUCCI, 2004). Em Portugal, Rodrigues (2011) utilizou os registros de dois estudos realizados com 455 cuidadores de pessoas funcionalmente dependentes, a fim de avaliar as propriedades psicométricas de duas versões experimentais do QASCI, tendo em vista obter uma versão reduzida. A autora identificou que os resultados dos percentuais de cada item da escala revelaram respostas extremas (Não/Nunca ou Sempre) em 27 itens. Vale ressaltar que os principais itens identificados com percentuais mais altos foram similares ao nosso estudo.

Rondini et al. (2011) aplicaram a escala de Zarit em cuidadores de idosos, evidenciando sobrecarga proveniente do cuidar nos seguintes questionamentos: “Tempo insuficiente para si” (49,7%); “Sentiam que o idoso solicitava o cuidador mais do que necessitava” (39,4%); “Referiam não ter tanta privacidade” (38,2%) e “Disseram que sua saúde foi afeta após o cuidado” (32,3%). Comparando com os dados da versão adaptada e somando os valores da escala de respostas (Às vezes, Quase sempre e Sempre), obtivemos resultados semelhantes em relação a essas mesmas perguntas: 49,2%; 38,6%; 40,1% e 31,8%, respectivamente. No processo de adaptação e validação da *Burden Interview Scale* para Portugal, Sequeira (2010) verificou que os itens da escala que mais contribuíram com a

sobrecarga do cuidador foram: a falta de tempo para si; não ter privacidade e ter a saúde afetada.

Louro (2009) investigou a sobrecarga de cuidadores de idosos dependentes por meio do QASCI e concluiu que 81,7% dos cuidadores relataram as seguintes dificuldades na função de cuidar: problemas financeiros, falta de ajuda nos cuidados diretos com o familiar dependente, no deslocamento do idoso ao serviço de saúde e na realização dos afazeres domésticos. Destacamos que, um mês após a alta hospitalar do idoso, mais da metade dos cuidadores avaliava seu estado de saúde como razoável.

No processo de validação de um instrumento, é muito importante a análise da confiabilidade. Na versão adaptada do QASCI, foram calculados os alfas de Cronbach do escore total e seus domínios, obtendo-se valores considerados adequados conforme classificação proposta por Fayers e Machin (2007).

A escala total apresentou uma forte consistência interna, com alfa de 0,92. Comparando os valores do alfa de Cronbach da versão brasileira do QASCI total com os resultados alcançados pelos autores na sua construção e na reavaliação psicométrica do QASCI, constatamos valores semelhantes com $\alpha = 0,90$ nos dois estudos (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003, 2004).

A literatura nacional e a internacional apresentam estudos que avaliam a sobrecarga de cuidadores informais utilizando diversas escalas de medidas e analisando a consistência interna por meio do alfa de Cronbach, obtendo correlações fortes e moderadas. A escala *Bakas Caregiving Outcomes Scale* (BCOS) foi utilizada em 153 cuidadores informais de pacientes de AVC com espasticidade, com a finalidade investigar a relação entre ansiedade, depressão e sobrecarga do cuidador, obtendo $\alpha = 0,94$ no escore total de sobrecarga (DENNO et al., 2013). Essa mesma escala de medida foi validada em duas amostras de cuidadores familiares de pacientes com sequelas de AVC, revelando valores de alfas de 0,90 na amostra com 12 itens e $\alpha = 0,77$, na amostra com 10 itens (BAKAS; CHAMPION, 1999).

Na adaptação e na validação das características psicométricas da escala *Caregiver Risk Screen* com 302 cuidadores informais de familiares dependentes, os resultados mostraram nível de consistência interna alto ($\alpha = 0,86$) (MARTINEZ-RODRIGUEZ et al., 2013). A escala de Zarit foi avaliada em outros estudos e obteve valores de consistência interna diferentes: a adaptação e a validação para a população portuguesa com 184 cuidadores de idosos que apresentaram dependência mental (demência) ou física, alcançou alfa de 0,93 no escore total (SEQUEIRA, 2010). Scazufca (2002) analisou a validade da versão brasileira em cuidadores de indivíduos com doenças mentais e identificou uma sobrecarga total de $\alpha =$

0,87. Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) avaliaram a consistência interna com 66 cuidadores familiares de pacientes dependentes em Santa Catarina e obtiveram escore total de sobrecarga de $\alpha = 0,86$. No interior de São Paulo, a análise da sobrecarga de cuidadores familiares de idosos apresentou $\alpha = 0,82$ (RONDINI et al., 2011). Taub, Andreoli e Bertolucci (2004) examinaram a sobrecarga de 50 cuidadores de pacientes com demência, acompanhados no ambulatório de um Hospital de Neurologia em São Paulo e obtiveram $\alpha = 0,77$.

Na construção da escala *Caregiving Burden Scale*, avaliando a sobrecarga de 89 cuidadores informais de pacientes psicogerítricos, obteve-se $\alpha = 0,84$ para o escore total (GERRITSEN; VAN DER ENDE, 1994). A versão latina dessa escala foi testada para avaliar a sobrecarga de 154 cuidadores familiares de pacientes com AIDS, alcançando confiabilidade interna de $\alpha = 0,77$ (LAND; GUADA, 2011). Então, podemos observar que, utilizando o mesmo instrumento de medida com populações semelhantes e da mesma região do país, os estudos apresentaram valores de consistência interna não tão próxima.

No que diz respeito aos domínios da versão adaptada, houve variação de 0,51 a 0,88, sendo que o domínio “Implicações na vida pessoal” alcançou o maior valor ($\alpha = 0,88$). Do total de sete domínios, dois apresentaram valores de consistência interna abaixo de 0,70, o domínio “Sobrecarga financeira” ($\alpha = 0,59$) e “Percepção dos mecanismos de eficácia e controle” ($\alpha = 0,51$), porém, pode-se considerar adequado pelo número de itens que compõem esses domínios, dois e três, respectivamente. Tal semelhança foi encontrada no estudo de desenvolvimento do QASCI, em que se obteve $\alpha = 0,57$ no domínio “Percepção dos mecanismos de eficácia e controle” (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003). Para Keszeia, Novaka e Streiner (2010), a consistência interna é uma medida otimista de confiabilidade, entretanto, seus índices são sensíveis ao comprimento da escala, ou seja, ao número de itens.

A comparação dos resultados do nosso estudo com os principais estudos do QASCI obteve os seguintes valores de alfas: no estudo da versão original e de reavaliação do QASCI, o domínio “Implicações na vida pessoal” também conseguiu o maior valor, $\alpha = 0,89$ e $\alpha = 0,88$, respectivamente. Apenas o domínio “Percepção dos mecanismos de eficácia e controle” apresentou valor de consistência interna abaixo de 0,70 nos dois estudos, com valores de $\alpha = 0,57$ e $\alpha = 0,62$, respectivamente (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003, 2004). Na versão reduzida do QASCI, o domínio “Implicações na vida pessoal” apresentou o maior valor ($\alpha = 0,88$), e dois domínios apresentaram consistência interna abaixo de 0,70, “Satisfação com o papel e com o familiar” ($\alpha = 0,68$) e “Percepção dos mecanismos de eficácia e controle” ($\alpha = 0,61$) (RODRIGUES, 2011).

Em nosso estudo, os resultados dos coeficientes de correlação item-total e os

valores de alfa quando cada item foi excluído apontaram forte consistência interna e precisão das respostas para o total da medida com Alfa de Cronbach de 0,92. As correlações entre os itens e o total da escala apresentaram magnitudes variadas: de forte magnitude (20 itens), moderada magnitude (oito itens) e fraca magnitude (quatro itens). Esses resultados foram superiores aos valores encontrados na versão reduzida do QASCI (RODRIGUES, 2011).

Embora os resultados dos coeficientes de correlação de Pearson contenham níveis variados, a exclusão de cada item não interferiu no valor de Alfa de Cronbach, que se manteve em 0,92. O maior valor de correlação esteve relacionado ao item “Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu”, e o menor, ao item “Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar”. Esses mesmos itens apresentaram o segundo maior e menor valor de correlação, no estudo que estabeleceu a versão reduzida do QASCI (RODRIGUES, 2011).

Constatamos que, nos domínios Sobrecarga emocional, Implicações na vida pessoal, Reações às exigências e Satisfação com o papel e com o familiar, mesmo com a exclusão de cada um dos itens, o valor de alfa resultou em forte consistência. A correlação item-total, representada pela relação de cada item com o total da escala, quando o item foi eliminado, apresentou moderada e forte intensidade entre cada um dos itens. No domínio Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle, com a exclusão de cada um dos itens, o valor de alfa apresentou consistência moderada. Na correlação item-total, quando o item foi eliminado, obtivemos valores de correlações de moderada e fraca intensidades entre cada um dos itens. A versão reduzida do QASCI encontrou resultado similar do alfa de Cronbach para esse domínio com a exclusão de cada um dos itens (RODRIGUES, 2011). Assim, podemos dizer que os resultados obtidos referentes à consistência interna da versão adaptada (escore total e domínios) indicam adequada intercorrelação entre os itens e a homogeneidade dos itens do instrumento (URBINA, 2007).

A validade de constructo convergente da versão brasileira do QASCI aponta para uma boa estabilidade, considerando os valores estabelecidos por Ajzen e Fishbein (1998). As correlações dos domínios com a medida geral da versão adaptada variaram de forte a moderada intensidade ($r = 0,92$ a $0,39$), todas estatisticamente significantes. Obtivemos a maior correlação no domínio Implicações na vida pessoal ($r = 0,92$), e o valor mais baixo referiu-se ao domínio Apoio familiar ($r = 0,39$). A versão original do QASCI também apresentou correlações fortes e moderadas, com valores que variaram de $0,87$ a $0,42$ (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Na análise de construto convergente da versão portuguesa que avalia a sobrecarga

em cuidadores, as correlações do escore global de sobrecarga e as dimensões da escala apresentaram variações de fraca a forte intensidade ($r = 0,20$ a $0,96$). A dimensão com maior correlação foi Impacto da prestação de cuidados ($r = 0,93$), e a que obteve menor correlação foi Percepção de autoeficácia ($r = 0,20$) (SEQUEIRA, 2010). Os itens relativos a essas dimensões se assemelham aos itens das dimensões Implicações na vida pessoal e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle do instrumento QASCI que, na versão adaptada, apresentaram maior correlação ($r = 0,92$) e correlação moderada ($r = 0,49$), respectivamente.

Um aspecto importante na avaliação de um instrumento com vários domínios é a relação entre eles. Houve sobrecarga no cuidar, sobretudo nas dimensões que apresentaram correlações fortes na seguinte sequência: Implicações na vida pessoal, Sobrecarga emocional, Reações às exigências e Satisfação com o papel e com o familiar. Os valores de correlações referentes a essas dimensões superaram os valores encontrados nos estudos dirigidos pelos autores do QASCI (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003, 2004). Destacamos, ainda, que as três primeiras dimensões com maiores valores foram as mesmas identificadas na versão original do QASCI (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Na versão adaptada para o Brasil, os domínios Apoio familiar, Sobrecarga financeira e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle apresentaram menos estabilidade, porém, estatisticamente significantes. Os valores relativos aos domínios Apoio familiar e Sobrecarga financeira se assemelharam aos valores da versão original do QASCI (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003). Constatamos forte correlação entre os domínios: Sobrecarga emocional, com Implicações na vida pessoal, Reações às exigências e Satisfação com o papel e com o familiar; Implicações na vida pessoal, com: Reações às exigências e Satisfação com o papel e com o familiar; e Reações às exigências com: Satisfação com o papel e com o familiar.

As correlações entre os domínios do nosso estudo foram semelhantes aos estudos das versões original e reduzida do QASCI. Verificamos correlações fortes e moderadas entre os domínios da versão original, Implicações na vida pessoal, com: Reações às exigências e Sobrecarga emocional (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003), e correlações fortes e moderadas entre os domínios da versão reduzida, Sobrecarga emocional, com: Implicações na vida pessoal e Reações às exigências (RODRIGUES, 2011).

A dimensão que mais contribui para a Sobrecarga física, emocional e social do cuidador foi Implicações na vida pessoal. Justificam-se essas correlações visto que esse domínio se refere a situações que afetam a saúde, a rotina e o tempo do cuidador para atender às necessidades do familiar. Por isso, está intrinsecamente relacionado com as dimensões

Sobrecarga emocional e Reações às exigências, que englobam sentimentos negativos tais como conflitos internos, vontade de fugir da situação que vivencia, percepção de estar sendo manipulado e comportamentos reprováveis do familiar. O outro domínio que apresentou correlação forte na versão adaptada foi Satisfação com o papel e com o familiar, que implica sentimentos positivos decorrentes da relação afetiva entre o cuidador e o familiar e da função de cuidar (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Utilizando o QASCI, Louro (2009) analisou a sobrecarga de cuidadores de pessoas com dependência em pelo menos uma atividade de vida diária e constatou correlação moderada com as dimensões que constituíram fatores de sobrecarga no cuidar: Implicações na vida pessoal, Sobrecarga emocional, Sobrecarga familiar, Sobrecarga financeira e Satisfação com o papel e como familiar. Outro estudo que aplicou o QASCI para avaliar a sobrecarga de 159 cuidadores de pacientes com diversos diagnósticos verificou correlações fortes do escore total de sobrecarga com as quatro dimensões da escala (Implicações na vida pessoal, Sobrecarga emocional, Reações às exigências e Sobrecarga financeira) (GARCIA, 2009).

Em relação à média da medida de qualidade de vida relacionada à saúde, tivemos variações de 53,3 a 79,3. O domínio Aspectos emocionais apresentou a melhor avaliação ($M=79,3$; $d.p.=34,59$) e o domínio Estado geral de saúde obteve a menor média ($M=53,3$; $d.p.=17,32$). Os valores do Alfa de Cronbach variaram de 0,56 a 0,91 para os oito domínios do instrumento. No estudo de reavaliação das propriedades psicométricas do QASCI, as médias das dimensões do SF-36 apresentaram valores inferiores quando comparadas ao nosso estudo (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2004).

Para avaliar o constructo convergente da versão adaptada do QASCI, correlacionamos a medida de sobrecarga com a medida de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). A hipótese que estabelecemos foi de que haveria correlação negativa, no mínimo, de grau moderado, entre a medida de sobrecarga total e a medida de QVRS. No nosso estudo, obtivemos correlações negativas e estatisticamente significantes de forte intensidade nos domínios Vitalidade e Saúde mental, de moderada intensidade nos domínios Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Capacidade funcional. Os demais domínios não confirmaram nossa hipótese.

Correlacionando o escore total de sobrecarga com as dimensões do instrumento de QVRS, observamos que as correlações com valores mais altos foram: Vitalidade, Saúde mental e Aspectos sociais. Os dois estudos desenvolvidos pelos autores do QASCI evidenciaram resultados similares (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003, 2004).

Diversos fatores relacionados à tarefa de cuidar podem aumentar a sobrecarga do

cuidador e, conseqüentemente, comprometer a sua qualidade de vida. Como por exemplo, as doenças crônicas acometem mais os indivíduos com o avançar da idade e podem trazer dependência funcional (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). A incapacidade funcional no idoso pode ocasionar implicações para a sua qualidade de vida (ALVES et al., 2007; CAMARGOS; PERPÉTUO; MACHADO, 2005). A dependência do familiar idoso afeta a saúde do cuidador (CALDAS, 2003).

Nossa hipótese inicial é de que existia correlação positiva entre a medida do QASCI e as subescalas de ansiedade (HADS-Ansiedade) e depressão (HADS-Depressão), ou seja, maior sobrecarga, mais sintomas de ansiedade e de depressão. A versão adaptada apresentou correlações positivas e estatisticamente significantes entre a medida total de sobrecarga e as duas subescalas ansiedade e depressão, com forte correlação entre a sobrecarga e a medida total de depressão e correlação moderada entre a sobrecarga e a medida total de ansiedade, portanto, confirmam nossa hipótese.

Os valores de correlações das duas subescalas ansiedade e depressão com o escore total de sobrecarga identificado por Martins, Ribeiro e Garrett (2003) foram contrários aos do nosso estudo. Houve forte correlação do escore total de sobrecarga com a subescala ansiedade e correlação moderada com a subescala depressão. Já os estudos de reavaliação das características do QASCI e da versão reduzida constataram correlações fortes da sobrecarga total com as duas subescalas ansiedade e depressão (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2004; RODRIGUES, 2011).

Em nosso estudo, correlacionando as subescalas depressão e ansiedade com os domínios do QASCI, obtivemos os seguintes resultados: a subescala depressão apresentou forte correlação com o domínio Implicações na vida pessoal e correlações moderadas na maioria dos domínios. A subescala ansiedade obteve correlação moderada em quase todos os domínios. Os domínios Sobrecarga financeira e Apoio familiar resultaram em correlações fracas com as duas subescalas ansiedade e depressão.

Encontramos resultados semelhantes aos obtidos pela versão reduzida do QASCI, em relação às correlações fracas das duas subescalas ansiedade e depressão com o domínio Apoio familiar e correlação fraca entre a subescala depressão e o domínio Sobrecarga financeira (RODRIGUES, 2011). Entretanto, nos estudos em que os autores aplicaram o QASCI, encontraram resultados diferentes na correlação das subescalas ansiedade e depressão com os domínios da escala. Verificando a correlação dos domínios Implicações na vida pessoal e Sobrecarga emocional, observamos que houve forte correlação com a subescala ansiedade e correlação moderada com a subescala depressão no estudo da versão original

(MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003). No estudo do QASCI com uma população específica, esses domínios apresentaram correlações moderadas com as duas subescalas ansiedade e depressão (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2004). E a versão reduzida do QASCI apresentou correlações fortes das subescalas ansiedade e depressão com os dois domínios mencionados (RODRIGUES, 2011).

Estudo de validação das versões original e abreviada da escala de sobrecarga de cuidadores chilenos encontrou valores de correlações do escore total de sobrecarga com depressão de $r = 0,51$, e $r = 0,67$, respectivamente (BREINBAUER et al., 2009).

Na versão brasileira, os valores médios dos domínios das dimensões do SF-36 variaram de 53,3 – 79,3; com alfa de Cronbach com valores de 0,56 – 0,91. As subescalas ansiedade e depressão apresentaram médias de 5,85 (d.p.= 3,70) e 5,53 (d.p.= 3,83), respectivamente. Esses valores diferiram do estudo de reavaliação do QASCI, que encontrou médias dos domínios do SF-36 com variações menores (41,3 – 66,3) e valores maiores das médias das subescalas ansiedade ($M = 10,5$; d.p.= 4,4) e depressão ($M = 9,2$; d.p.= 4,6) (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2004).

No estudo realizado para avaliar a sobrecarga de cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca, os valores das médias das subescalas ansiedade ($M = 7,31$; d.p.= 3,48) e depressão ($M = 4,80$; d.p.= 3,75) se aproximaram dos resultados encontrados no nosso estudo (MAKDESSI et al., 2011). No estudo de desenvolvimento do índice de tensão do Cuidador - *Caregiver Strain Questionnaire*, com familiares de pacientes submetidos a cirurgia de quadril e pacientes cardíacos com 65 anos e mais, obtiveram-se médias de ansiedade e de depressão de 0,62 e 0,32, respectivamente, demonstrando a presença de tensão dentro da amostra de prestadores de cuidados informais (ROBINSON, 1983). Martins, Ribeiro e Garrett (2004) consideram que a ansiedade e a depressão estão diretamente relacionadas às limitações da vida pessoal do cuidador e que, especificamente, a depressão pode implicar em sobrecarga.

A validade do constructo de grupos conhecidos foi obtida por meio das médias de sobrecarga do cuidador e o nível de dependência do idoso nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e pelas correlações entre as medidas de sobrecarga e as variáveis idade do cuidador e tempo de cuidado.

Na comparação da sobrecarga do cuidador com o nível de dependência do idoso nas atividades básicas da vida diária, constatamos maior sobrecarga nos cuidadores que prestavam assistência aos idosos dependentes, com valores estatisticamente significantes relacionados aos domínios da versão adaptada: Implicações na vida pessoal, Percepção dos mecanismos de eficácia e controle, Satisfação com o papel e com o familiar. Esse resultado

confirma a hipótese inicial de que existe uma sobrecarga maior entre os cuidadores de idosos dependentes do que nos cuidadores de idosos independentes.

A correlação da sobrecarga com as ABVDs tem sido observada em diversos estudos, confirmando que, quanto maior a dependência do idoso, maior a sobrecarga do cuidador. Abreu e Ramos (2007), aplicando o QASCI, evidenciaram significância entre o escore total de sobrecarga e as ABVDs. Resultado semelhante foi verificado utilizando a escala de Zarit (RICARTE, 2009).

Estudo realizado em Bogotá demonstrou que a aplicação de um programa educativo em cuidadores de idosos com incapacidade funcional nas ABVDs obteve resultado estatisticamente significativo, proporcionando um decréscimo no nível de sobrecarga dos cuidadores do grupo experimental, passando de grau leve para a ausência de sobrecarga (VELÁSQUEZ et al., 2011). Não confirmamos a nossa hipótese quando avaliamos o nível de dependência do idoso nas atividades instrumentais da vida diária por meio da Escala de Lawton. Entretanto, vale ressaltar que, no nosso estudo, todos os idosos apresentaram alguma dependência nessas atividades, evidenciando médias com valores altos entre o escore total de sobrecarga e as dependências parciais e totais, alcançando valores de 68,7 (d.p.= 22,9) e 66,5 (d.p.= 22,9), respectivamente.

Estudo realizado na cidade de São Paulo evidenciou correlação da sobrecarga de cuidadores de pacientes dementes com o grau de dependência do idoso nas AIVDs apresentando média de 32,1 (d.p.= 17,66), o que demonstra relação direta entre a sobrecarga e as AIVDs (CASSIS et al., 2007). Resultado similar foi observado na correlação do escore total de sobrecarga do cuidador com o nível de dependência do idoso nas AIVDs por meio da escala de Lawton, verificando-se que a classificação “totalmente dependente” e “parcialmente dependente” somou os maiores índices relacionados à sobrecarga (RICARTE, 2009).

A incapacidade funcional nas atividades da vida diária do idoso implica a necessidade de cuidador confirmada por diversos estudos. Em Portugal, Araújo, Paúl e Martins (2011) verificaram predomínio de idosas acamadas com idade média de 80 anos com grau muito elevado de dependência nas AVDs. Queiroz, Lemos e Ramos (2010) investigaram que, na cidade de São Paulo, 65,0% dos idosos apresentavam dependência total, e 35,0%, dependência parcial nas AVDs. Ricci, Kubota e Cordeiro (2005) chamam a atenção para o fato de que a condição de maior dependência do idoso nas AVDs implica mais riscos de mortalidade comparados com os indivíduos que mantêm sua capacidade funcional.

Quando correlacionamos o escore total do QASCI com a idade do cuidador e o tempo de cuidado, obtivemos correlações de fraca intensidade. Embora a correlação do tempo

de cuidado com o escore total tenha sido fraca, foi estatisticamente significativa, e o sentido positivo entre as correlações pode sugerir que nossa hipótese poderia ser confirmada para a relação entre tempo de cuidado e sobrecarga.

Resultado similar foi identificado em outros estudos. Pesquisa que aplicou o QASCI na avaliação de cuidadores de pacientes com Alzheimer constatou que houve correlação positiva e estatisticamente significativa entre o tempo de cuidado e a sobrecarga (PEREIRA, 2011). Estudos que avaliaram a sobrecarga em cuidadores de pacientes com demência verificaram que não houve alterações relacionadas entre a idade do cuidador e a sobrecarga, porém, observou-se que o maior tempo de cuidado aumentava a sobrecarga (CASSIS et al., 2007; GARRIDO; MENEZES, 2004). Mas o resultado do nosso estudo diferiu do estudo que utilizou a versão reduzida do QASCI, porquanto houve correlação positiva, de intensidade moderada e estatisticamente significativa entre a idade do cuidador e a sobrecarga ($r=0,32$) (RODRIGUES, 2011).

Martins, Ribeiro e Garrett (2004) correlacionaram as dimensões do QASCI com a idade do cuidador e o tempo de cuidado e obtiveram correlações de fraca intensidade, entretanto, a correlação da idade com a dimensão Satisfação com o papel e com o familiar foi estatisticamente significativa.

Ao compararmos a média da sobrecarga segundo grupos: idade do cuidador agrupada (menor que 60 anos; 60 ou mais) e o tempo de cuidado (até cinco anos ou mais do que cinco anos), verificamos que o grupo de cuidadores idosos apresentou uma média maior do que o grupo de cuidadores adultos. Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,046$). Entretanto, a comparação entre os grupos segundo o tempo que exerce o cuidado não apresentou diferenças.

Rondini et al. (2011) também encontraram diferença estatisticamente significativa entre a idade do cuidador e a sobrecarga. Houve maior sobrecarga entre os cuidadores com idades abaixo de 43 e acima de 61 anos, com médias de 29,6 (d.p.= 13,2) e 29,0 (d.p.= 14,9), respectivamente. No entanto, o nosso resultado difere do estudo que aplicou o QASCI na avaliação de cuidadores de pacientes com Alzheimer, que comparou a média da sobrecarga segundo a idade do cuidador agrupada (menor que 65 anos; 65 ou mais). O resultado mostrou diferenças estatisticamente significativas, com maior média de sobrecarga nos cuidadores com idade menor que 65 anos (PEREIRA, 2011). Garrido e Menezes (2004) relatam que alguns estudos não verificam a associação entre a sobrecarga e o tempo de cuidado, porque ocorre uma adaptação dessa condição com o passar do tempo.

Os resultados da análise fatorial confirmatória evidenciaram os seguintes valores:

RMSEA= 0,0709; GFI= 0,7533; CFI= 0,8328, o que indica bom ajuste do modelo de medida da versão validada para o Brasil do QASCI, apresentando correlação entre suas dimensões e o constructo sobrecarga do cuidador.

Outros estudos que realizaram a análise fatorial confirmatória encontraram valores maiores. Em Taiwan, em um estudo realizado para avaliar a escala de sobrecarga do cuidador familiar em uma amostra nacional representativa, a análise fatorial confirmatória identificou 15 itens da escala *Caregiver Burden Scale* (CBS-15). Os resultados indicaram bom ajuste com valores de CFI = 0,92 e RMSEA = 0,078 (LIN; WU, 2013). Na adaptação e validação das características psicométricas da escala *Caregiver Risk Screen* com 302 cuidadores informais de familiares dependentes, a análise fatorial confirmatória apresentou ajuste adequado com os seguintes valores: GFI= 0,91; CFI= 0,91; RMSEA= 0,097 (MARTINEZ-RODRIGUEZ et al., 2013).

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, desenvolvido originalmente no português de Portugal, foi culturalmente adaptado e validado em uma amostra de cuidadores de idosos residentes na capital do estado da Paraíba e seguiu as etapas preconizadas na literatura científica nacional e internacional.

Conforme os objetivos propostos e os resultados obtidos neste estudo metodológico, podemos concluir que a versão adaptada do QASCI para o Brasil:

- ✓ Conservou as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual conforme a versão original;
- ✓ Mostrou que manteve a validade de face e de conteúdo da versão original de acordo com a avaliação do comitê de juízes;
- ✓ Revelou valor adequado de alfa de Cronbach, constatando a confiabilidade da medida por meio da consistência interna de seus itens na amostra estudada;
- ✓ Comprovou a validade de constructo convergente, conforme os resultados dos coeficientes de correlação com as medidas de sobrecarga e de ansiedade e depressão;
- ✓ Confirmou a validade de constructo a partir da comparação da medida do QASCI entre os grupos conhecidos, apresentando os seguintes resultados: correlação positiva e estatisticamente significativa entre o tempo de cuidado e a sobrecarga; diferença estatisticamente significativa entre o grupo de cuidadores idosos em relação ao grupo de cuidadores adultos; maior sobrecarga entre os cuidadores que prestavam assistência aos idosos dependentes nas atividades básicas da vida diária; maiores médias entre a sobrecarga e o nível de dependência parcial e total dos idosos nas atividades instrumentais da vida diária;
- ✓ Evidenciou, por meio da análise fatorial confirmatória, que houve bom ajuste do modelo de medida proveniente da versão adaptada do instrumento, mantendo a estrutura fatorial inicialmente assumida no modelo proposto pelos autores da versão original.

Como considerações finais, destacamos a importância de disponibilizar uma medida de avaliação da sobrecarga física, emocional e social de cuidadores de idosos com alguma dependência funcional para ser usada no Brasil. A contribuição do estudo se justifica por constatarmos que, no Brasil, a maioria dos instrumentos de avaliação da sobrecarga de cuidadores já validados foi desenvolvida para avaliar a sobrecarga de cuidadores de pessoas com doenças psiquiátricas.

A versão adaptada do QASCI poderá ser útil na prática clínica, principalmente no

processo de trabalho dos profissionais da atenção básica de saúde e para identificar cuidadores familiares com risco de sobrecarga física, emocional e social. Sugere-se a aplicação futura em outros estudos, a fim de continuar na busca de evidências sobre a validade e a confiabilidade da versão adaptada do QASCI para o Brasil.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ABREU, E. P.; RAMOS, S. I. V. O regresso a casa do doente vertebro-medular: o papel do cuidador informal. **Psicologia.com.pt.**, Porto, p. 1-17, 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0366.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, jan./fev., 2010.

AJZEN, I; FISHBEIN, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. **New Jersey**: Prentice-Hall, 1998.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1924-1930, 2007.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-72, abr./jun., 2008.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev Esc Enferm**, USP, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 869-875, 2011.

AS PESSOAS que prestam...1992. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?tem=caregiver>. Acesso em: 20 mar. 2012.

BAKAS, T.; CHAMPION, V. Development and psychometric testing of the Bakas Caregiving Outcomes Scale. **Nursing Research**, v. 48, n. 5, p. 250-259, sep./oct., 1999.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais Velho**: implicações do envelhecimento populacional sobre crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas, prestação de serviços. Brasília, 2011. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf. Acesso: 10 abr. 2012.

BANDEIRA, M.; CALVAZARA, M. G. P.; VARELLA, A. B. Escala de sobrecarga dos

familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 206-214, 2005. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/lapsam/sobrecarga_familiar.php. Acesso em: 20 jul. 2013.

BANDEIRA, M.; CALVAZARA, M. G. P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 98-104, 2008.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures*. **Spine**, Toronto, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BERTOLUCCI, P. H. et al. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arq. Neuro-psiquiatr**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 1, p. 118-23, jan./mar., 2008.

BOTEGA, N. J. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **J. Bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 47, p. 285-289, 1998.

BRAITHWAITE, V. Contextual or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals. **Gerontologist**, Washington, v. 40, n. 6, p. 706-717, 2000. Disponível em: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/40/6/706.full.pdf+html>. Acesso em: 21 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96**: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1818. Acesso em: 20 mar. 2012.

BRAZ, E.; CIOSAK, S. I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 372-377, abr./jun., 2009.

BREINBAUER, H. K. et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. **Rev. Méd. Chile**, Santiago, v. 137, p. 657-665,

2009.

BRÊTAS, A. C. P. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 298-301, maio/jun., 2003.

BROWNE, M. W.; CUDECK, R. Alternative ways of assessing model fit. In: BOLLEN, K. A.; LONG, L. S. (Orgs.). **Testing structural equation models**. Newbury Park, Califórnia: Sage, 1993.

CALDAS, P. C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.773-781, 2003. Disponível em: revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci...pt. Acesso em: 5 jul. 2010.

CAMARGO, R. C. V. F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 6, n. 2, art. 2, 2010.

CAMARGOS, M. C. S.; PERPÉTUO, I.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 17, n. 5/6, p. 379–386, 2005.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1217-1229, jun., 2013.

CARDOSO, Ilda. Aspectos Transculturais na Adaptação de Instrumentos de Avaliação Psicológica. **Interacções**. Santarém, n. 10. p. 98-112, 2006.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.725-733, 2003.

CASSIS, S. V. A. et al. 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.

CASTRO, M. E. M. **Adaptação transcultural e validação do instrumento genérico de mensuração de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, DISABKIDS 37 para crianças/adolescentes mexicanos com doenças crônicas e seus pais/cuidadores: fase I**. 2007. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 254-271, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: 15 jun. 2012.

CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Educ. Counseling**, Ireland, v. 26, n. 1-3, p. 313-318, 1995. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/073839919500767T>. Acesso em: 10 set. 2010.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.143-150, 1999.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C. Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 149-154, 2009.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 43-45, 2006.

CUMMINGS, S. R.; STWART, A.; RULLEY, S. B. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007, 115p. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2007.

DANTAS, R. A. S.; GÓIS, C. F. L.; SILVA, L. M. Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 15-20, jan./fev., 2005.

DANTAS, R. A. S.; SILVA, F. S.; CIOL, M. A. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. **Journal of Clinical Nursing**, 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12157/pdf>. Acesso em: 19 jun. 2013.

DEL DUCA, G. F.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado

domiciliar a idosos. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 113-20, 2011.

DENNO, M. S. et al. Anxiety and Depression Associated With Caregiver Burden in Caregivers of Stroke Survivors With Spasticity. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 94, n. 9, sep., p. 1731-1736, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.03.014>. Acesso em: 5 nov. 2013.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 17, n. 5/6, p. 370-378, 2005.

DURU ASIRET, G.; KAPUCU, S. Burden of Caregivers of Stroke Patients. **Turkish Journal of Neurology**, v. 19, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.tjn.org.tr>. Acesso em: 5 nov. 2013.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E. et al. Adaptação transcultural da “Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS” para ser aplicada em pacientes queimados brasileiros. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 4, jul./ago., 2006.

ELMSTAHL, S.; MALMBERG, B.; ANNERSTEDT, L. Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 77, n. 2, p. 177-182, feb., 1996.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and Measurements: validity, reliability, sensitivity. In: _____. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. New York: Wiley, 2007.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 818-824, 2009.

FERREIRA, O. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, 2010.

FERREIRA, E. et al. The cultural adaptation and validation of the “Burn Specific Health Scale – Revised” (BSHS-R): version for Brazilian burn victims. **Burns**, v. 34, p.994-1001, 2008.

FERREIRA, P. L.; MARQUES, F. B. **Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais**. Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Faculdade de Economia, Coimbra. 1998. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9968/1/RD199801.pdf>. Acesso

em: 19 mar. 2012.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **Eur Respir J**, Spain, v. 9, n. 6, p. 1160-6, 1996.

FIELD, A. **Descobrimos a estatística usando o SPSS**. Tradução de Lorí Viali, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIGUEIREDO, D.; LIMA, M. P.; SOUSA, L. Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 97-112, jan., 2009.

FLORIANI, C. A. **Cuidador do idoso com câncer avançado: uma abordagem bioética**. 2004. 136f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p.527-534, 2006.

FONSECA, N. R; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente co seqüela de acidente vascular encefálico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1175-1180, 2008.

FONSECA, F. B.; RIZZOTTO, M. L. F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.2, p. 365-373, 2008.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini -Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.**, v. 12, p. 189-98, 1975.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: processo de morrer no domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3241-3248, 2011.

GALDEANO, L. E. et al. Adaptação e validação do Cardiac Patients Learnings Needs Inventory para pacientes brasileiros. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 116-121, 2012.

GARCIA, C. I. R. S. Tradução e Validação do Consequences of Care Index: um instrumento

de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador. **Pensar Enfermagem**, v. 13, n. 1, 1º semestre, 2009.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impact on caregivers of elderly patients with dementia treated at a psychogeriatric service. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004.

GEORGE, L. K.; GWYTHYER, L. P. Caregiver Well-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults. **The Gerontologist**, v. 26, n. 3, p. 253-259, 1986.

GERRITSEN, J. C.; VAN DER ENDE, P. C. The development of a care-giving burden scale. **Age Ageing**, v. 23, n. 6, p. 483-491, nov., 1994.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, set./out., 2005.

GIACOMIN, K. C. et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 80-91, jan./fev., 2005.

GIVEN, C. et al. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. **Res Nurs Health**, Portland, v. 15, n.4, p. 271-283, 1992.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-7, out./dez., 2006.

GONZÁLEZ, R. S. et al. Adaptación transcultural de un cuestionario para medir la calidad de vida de los pacientes con anticoagulación oral. **Aten Primaria**. Espanha, v. 34, n. 7, p. 353-359, 2004. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/adaptacion-transcultural-un-cuestionario-medir-calidad-vida-13067771-originales-2004>. Acesso em: 10 set. 2011.

GORDILHO, A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **Bahia Análise & Dados**: Salvador, v.10, n.4, p.138-153, 2001. Disponível em: <http://www.educacaoofisica.com.br/biblioteca/desafios-a-serem-enfrentados-no-terceiro-milenio-pelo-setor-saude-na-atencao-integral-ao-idoso.pdf>. Acesso: 15 out. 2011.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidado. **Rev Esc Enferm, USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013.

GUEDEA, M. T. D. et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 242-249, 2009.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, Ottawa, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

GULLO NETO, S. et al. Qualidade de vida dos pacientes diabéticos tipo 1 submetidos a transplante. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 3, p. 285-290, jul./set., 2009.

HAIR JR, J. F. et al. SEM: Análise fatorial confirmatória. In: HAIR JR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. Tradução de Adonai S. Sant'Anna. 6. ed. São Paulo: Bookman, 2009.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A Model of Equivalence in the Cultural Adaptation of HRQoL Instruments: The Universalist Approach. **Quality of Life Research**, v. 7, n.4, p.323-335,1998.
Disponível em: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A1024985930536.pdf>.
Acesso em: 10 jun. 2013.

HO, R. **Handbook of univariate and multivariate data analysis and interpretation with SPSS**. Londres: Chapman & Hall, 2006.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 350-357, 2008.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção a saúde. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:
<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>.
Acesso em: 05 out. 2011.

_____. **Projeções da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. (Serie Estudos e Pesquisas, Informação demográfica e socioeconômica; n. 24). Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao/projecao2008/projecao.pdf>. Acesso: 20 abr. 2012.

_____. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2011:** Breve análise da mortalidade no período 2000-2011. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2011/notastecnicas.pdf. Acesso em: 2 ago. 2013.

KALACHE, Alexandre. **Direitos humanos:** percepções da opinião pública: análises de pesquisa nacional. Organização de Gustavo Venturi. Secretaria de Direitos Humanos. Brasília, 2010. Disponível em: www.population.org/. Acesso em: 24 jun. 2010.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.861-866, 2003.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KESZEIA, A. P.; NOVAKA, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 68, p. 319-323, 2010.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. S. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. **Rev Esc Enferm**, USP, São Paulo, v. 43, (especial), p. 1098-1104, 2009.

KLINE, P. **An easy guide to factor analysis**. Londres: Routledge, 1994.

KOSBERG, J. I.; CAIRL, R. E. O Índice de Custo de Cuidados: uma ferramenta de gestão de processos para a seleção prestadores de cuidados informais. **The Gerontologist**, v. 26, n. 3, p. 273-278, 1986.

LAND, H.; GUADA, J. The Latina Caregiver Burden Scale: assessing the factor structure for rapid clinical assessment. **Social Work Research**, v. 35, n. 2, jun., 2011.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, Washington, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LAWTON, M. P. et al. Measuring caregiving appraisal. **Journal of Gerontology**, v. 44, n. 3, p. 61-71, mayo, 1989.

LEITE, M. T. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social.

Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 250-7, abr./jun., 2008.

LENARDT, M. H. et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colombia Médica**, v. 42, n. 2, (supl. 1), abr./jun., 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19 n. 3, p. 735-743, maio/jun., 2003.

LIN, L. N.; WU, S. C. Measurement structure of the caregiver burden scale: Findings from a national community survey in Taiwan. **Geriatr Gerontol Int**, v. 6, mayo, 2013.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

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

LONGMIRE, C. V. F.; KNIGHT, B. G. Confirmatory Factor Analysis of a Brief Version of the Zarit Burden Interview in Black and White Dementia Caregivers. **The Gerontologist**, v. 51, n. 4, p. 453-462, 2011.

LOUREIRO, L. S. N. **Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com vivência comunitária**. 2011, 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

LOURO, M. C. C. M. **Cuidados continuados no Domicílio**. 2009, 188f. Tese (Doutorado em Ciências). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar. Universidade do Porto. Porto, 2009. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26337>. Acesso em: 12 mar. 2012.

LUCHETTI, L. et al. Il carico soggettivo dei familiari (caregiver burden) di anziani con polipatologia ricoverati in una unità operativa di geriatria ospedaliera per acuti. **G. Gerontol.**, v. 59, p. 217-224, 2011.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Influência de fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 178-189, 2007.

MAFRA, Simone Caldas Tavares. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 353-363, 2011.

MAIA, S. D. B. **O bem-estar dos pais cuidadores de filhos adultos portadores de deficiência**. 2010, 58f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa. Lisboa, 2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10451/2743>. Acesso em: 9 mar. 2012.

MAIA, F. O. M. et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Rev Esc Enferm**, USP, São Paulo, v. 46, ed. Especial, p. 116-122, 2012.

MAKDESSI, A. et al. The Dutch Objective Burden Inventory: Validity and Reliability in a Canadian Population of Caregivers for People with Heart Failure. **Eur J Cardiovasc Nurs**, London, v. 10, p. 234-240, dez, 2011.

MARTINEZ-RODRIGUEZ, S. et al. Adaptation and analysis of psychometric features of the Caregiver Risk Screen: a tool for detecting the risk of burden in family caregivers. **International Psychogeriatrics**, v. 25, n. 5, p. 755-764, 2013.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa, v. 4, n.1, p. 131-148, 2003.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI): Reavaliação das Propriedades Psicométricas. **Rev. Referência**. Coimbra, n.11, 2004.

MEDEIROS, M. M. C. **Impacto da doença e qualidade de vida dos cuidadores primários de pacientes com artrite reumatoide: adaptação cultural e validação do Caregiver Burden scale**. 1998, 122f. Tese (Doutorado em Medicina). Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

MEDEIROS, M. M. C. et al. Adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação do "caregiver burden scale". **Rev Bras Reumatol**, São Paulo, v. 38, p. 193-199, 1998.

MEIRELES, V. C. et al. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.69-80, 2007.

MINOSSO, J. S. M. et al. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um centro de saúde-escola da Universidade de São Paulo. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 1, p. 12-8, jan./mar., 2010.

MORAES, E. N. **Atenção a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOTA, J. F.; NICOLATO, R. Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral – instrumentos de avaliação e seus resultados. **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 148-156, 2008.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. **Cienc Cuid Saúde**, Paraná, v.8, n.3, p. 428-435, 2009.

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L. et al.(Org.). **Cuidar de idosos no contexto familiar: questões psicológicas e sociais**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006.

NORWOOD, S. L. Using Frameworks in Research. In: _____. **Research strategies for advanced practice nurses**. New Jersey: Prentice Hall Health, 2000.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p.829-838, set./out., 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500017>. Acesso em: 10 maio 2013.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002**. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003.

_____. **Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital**. Brasília, 2005. Disponível em: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=328&Itemid=423. Acesso em: 10 mar. 2012.

PAPALÉO NETTO, M. Ciência do envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: _____. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007.

PAPALÉO NETTO, M.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 29, v. 29, n. 4, p. 594-607, 2005.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-391, 2005.

PASCHOAL, S. M. P.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: Manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, ed. Especial, p. 992-999, 2009.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiqu. Clí.** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 25, n. 5, ed. Especial, p. 206-213, set./out., 1998. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol38/n1/13.htm>. Acesso em: 10 set. 2011.

PEDRAZZI, E. C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, (08 telas), jan./fev., 2010.

PELEGRINO, F. M. **Adaptação cultural e validação do instrumento Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS)**: versão para brasileiros em uso de anticoagulação oral. 2009. 168f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PELEGRINO, F. M. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian–Portuguese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 17-18, p. 2509–2517, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03869.x/pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de

idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. et al.(Org.). **Cuidar de idosos no contexto familiar**: questões psicológicas e sociais. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006.

PEREIRA, M. F. C. **Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia**. 2011, 188f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto, 2011. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7152>. Acesso em: 9 mar. 2012.

PEREIRA, G. I. N. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa (Brasil) de instrumentos específicos para avaliação de qualidade de vida na doença do refluxo gastroesofágico. **Arq Gastroenterol**, v. 44, n. 2, abr./jun., 2007.

PEREIRA, M. J. S. B.; FILGUEIRAS, M. S. T. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. **Rev. APS**, Minas Gerais, v. 12, n. 1, p. 72-82, 2009.

PIMENTA, M. G. F. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal. **Rev. Esc Enferm**, USP, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 609-614, 2009.

POULSHOCK, S. W.; DEIMLING, T. Families caring for elders in residence: issues in the measurement of burden. **J Gerontol.**, v. 39, n. 2, p. 230-239, mar., 1984.

PRIETO, A. M. et al. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. Cartagena (Colombia). **Salud Uninorte**, Barranquilla, v. 26, n. 2, p. 212-222, jul./dic., 2010.

QUEIJO, A. F.; PADILHA, K. G. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm**, USP, São Paulo, v.43, ed. Especial, p. 1018-1025, 2009.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2815-2824, 2010.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, maio/jun., 2003.

REIMER, W. et al. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. **Stroke**, v. 29, p. 373-379, 1998.

REINHARD, S. C. et al. Burden assessment scale for families of the seriously mentally. **Evaluation and Program Planning**, San Diego, v. 17, n. 3, p. 261-269, 1994.

REZENDE, V. L. et al. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 1, p. 79-87, 2005.

RICARTE, L. F. C. S. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**. 2009, 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade de Porto, Porto, 2009.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 801-808, nov./dez., 2008.

ROBINSON, B. C. Validation of a Caregiver Strain Index. **Journal of Gerontology**, Washington, v. 38, n. 3, p. 344-348, 1983.

RODRIGUES, M. P. G. **Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – versão reduzida**. 2011. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Portugal, 2011.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-45, jul./set., 2007.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de Idosos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 643-648, 2008.

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. et al. Análise das relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadoras de idosos de Assis, SP. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, dez, 2011.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 26-32, mar., 2010.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 115-22, mar., 2010.

SANTOS, R. L., VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Rev Bras Promoç Saúde**. Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2002.

SCHMIDT, M. I. et al. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, n. 377, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2012.

SCHMIDT, S.; BULLINGER, M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 84, n. 4, suppl. 2, p.29-34, apr., 2003.

SEQUEIRA, C. A. C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**, Coimbra, série II, n.12, mar, p. 9-16, 2010.

SER cuidador é...Disponível em: ahavaafetonocuidar.blogspot.com.br/p/ser-cuidador-e.html. Acesso em: 15 nov. 2013.

SILVA, M. D. C. et al. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, p. 1137-44, 2011.

SILVA, M. J. et al. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.19, n.2, p. 201-6, 2006.

SOMMERHALDER, Cinara. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. 2001, 106f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. 5. ed. Boston (MA): Pearson Education, 2007.

TAUB, A.; ANDREOLI, S. B.; BERTOLUCCI, P. H. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 372-376, mar./abr., 2004.

TESSLER, R.C.; GAMACHE, G.M. The Family Burden Interview Schedule – Short Form (FBIS/SF). In: SEDERER, L.; DICKEY, B. (Orgs.). **Outcomes Assessment in Clinical Practice**. Baltimore: Williams & Williams, 1996.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, out./dez., 2012.

VELÁSQUEZ, V. et al. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. **Rev. Salud Pública**. v. 13, n. 3, p. 458-469, 2011.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio/jun., 2003.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p. 548-554, 2009.

VILELA, A. B. A. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2006.

YUAN, K. H.; BENTLER, P. M. Structural equation modeling. In: RAO, C. R.; SINHARAY,

S. **Handbook of statistics 26: psychometrics**. 2. ed. Netherlands: Elsevier, 2007.

YUASO, D. R. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, A. L. et al. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto familiar: questões psicológicas e sociais**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006.

ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. **Gerontologist**, Washington, v. 20, p. 649-55, 1980. Disponível em: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/by>. Acesso em: 23 abr. 2012.

ZARIT, S. H.; ANTHONY, C. R.; BOUTSELIS, M. Interventions with caregivers of dementia patients: comparison of two approaches. **Psychol Aging**, Washington, v. 5, p. 502-509, 1987.

ZEM-MASCARENHAS, S. H.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11, n. 1, p. 45-54, 2009.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica**, Scandinavica, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, London, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WHITLATCH, C. J.; ZARIT, S. H.; VON, E. A. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. **Gerontologist**, Washington, v. 31, p.9-14, 1991. Disponível em: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/by>. Acesso em: 23 abr. 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The uses of epidemiology in the study of the elderly**. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 1984.

_____. **WHO global report on falls prevention in older age**. Geneva, Switzerland, 2007.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Cuidador de Idoso

Eu, Edilene Araújo Monteiro, aluna da pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP desenvolvo a pesquisa “*Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal em uma amostra de cuidadores brasileiros*”, sob orientação da Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas, que tem por objetivo realizar a adaptação e validação da versão portuguesa do instrumento QASCI. Convidamos o(a) Sr(a) a participar dessa pesquisa, para isso, o(a) Sr(a) receberá em sua casa, a pesquisadora (que estará com crachá de identificação) para responder algumas questões sobre as implicações na vida pessoal no papel de cuidador. As visitas ao seu domicílio serão previamente agendadas por telefone conforme sua disponibilidade, o(a) Sr(a) não precisará se deslocar de sua residência e nem terá gastos com isso. Se o(a) Sr(a) aceitar participar dessa pesquisa deverá assinar esse termo e ficará com uma cópia assinada por nós. Caso precise entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa, deixamos abaixo o telefone. Sua participação é voluntária e o(a) Sr(a), como os demais participantes, serão mantidos em segredo e não serão citados ao final dessa pesquisa. O cuidador de idoso não receberá benefícios financeiros para participar da pesquisa. Ao finalizar a pesquisa, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação (como revistas científicas) e à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à disposição para qualquer informação adicional no telefone abaixo:

Edilene Araújo Monteiro
(Pesquisadora)
(edilenejc@bol.com.br)

Rosana Aparecida Spadoti Dantas
(Orientadora)
(rsdantas@eerp.usp.br)

*Rua. Cidade Universitária, s/n – Campus I - João Pessoa – Telefone: (0XX83) 3216-7109

João Pessoa, ____ de _____ de 20____.

Eu, _____, RG _____ estou devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Tenho a garantia que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto cause prejuízo de alguma forma.

Assinatura do participante (cuidador de idoso)

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)*: Versão para o Português do Brasil (VPB-1)

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor, indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram com você.

Nas últimas 4 semanas

	Não/ Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo mesmo por tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você ?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça ?	1	2	3	4	5
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar que são imprevisíveis ?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar lhe dá a sensação de estar presa (o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada (o) por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades econômicas por tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro econômico é incerto, por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu envergonhada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita muito para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se usada (o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO
CUIDADOR INFORMAL (QASCI)*: Versão para o Português do Brasil (VPB-1)**

	Não/ Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta para tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se capaz para continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que faz por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se mostra agradecido por pequenas coisas (como agrados) ?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

*Fonte: Versão Brasileira adaptada por Monteiro (2012) do questionário QASCI de Martins, Ribeiro e Garrett (2003).

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)*: Versão para o Português do Brasil (VPB-2)

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor, indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram com você.

Nas últimas 4 semanas

	Não/ Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você ?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça ?	1	2	3	4	5
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis ?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa (o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada (o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu envergonhada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)*: Versão para o Português do Brasil (VPB-2)

	Não/ Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças) ?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar cuidando dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

*Fonte: Versão Brasileira adaptada por Monteiro (2012) do questionário QASCI de Martins, Ribeiro e Garrett (2003).

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)*: Versão Final Português do Brasil (VFPB)

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor, indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram com você.

Nas últimas 4 semanas

	Não/ Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça?	1	2	3	4	5
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa (o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada (o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu envergonhada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5

**APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO
CUIDADOR INFORMAL (QASCI)*: Versão Final Português do Brasil (VFPB)**

	Não/ Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar cuidando dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

*Fonte: Versão Brasileira adaptada por Monteiro (2012) do questionário QASCI de Martins, Ribeiro e Garrett (2003).

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DA ANÁLISE SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO QASCI – PARTE A - AVALIAÇÃO GERAL

Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

Número do questionário: _____

Data da entrevista: _____

Duração da entrevista: () minutos

Idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade (em anos): _____

Há quanto tempo é cuidador (em anos): _____

PARTE A: Avaliação Geral

1) De modo geral, como você avalia o questionário? () bom () regular () ruim

2) Como você considera as questões do questionário?

() fáceis () regular () difíceis

3) Você teve alguma dificuldade em responder a escala de resposta?

() sim () mais ou menos () não

4) Você considera as perguntas importantes para avaliação da situação do cuidador?

() sim () mais ou menos () não

5) Você mudaria alguma pergunta do questionário?

() não () sim

6) Você acrescentaria alguma pergunta ao questionário?

() não () sim

7) No questionário, houve alguma pergunta que você não quis responder?

() não () sim

**APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO DA ANÁLISE SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO
QASCI – PARTE B - AVALIAÇÃO ESPECÍFICA**

Questões Domínio: Sobrecarga emocional	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação
1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?						
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?						
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar cuidando do seu familiar?						
4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?						
Escala de Resposta	Não/Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre (5)					
Questões Domínio: Implicações na vida pessoal	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?						
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?						
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?						
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?						
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?						
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça?						
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?						
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa (o)?						
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?						
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?						
Escala de Resposta	Não/Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre (5)					

**APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO DA ANÁLISE SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO
QASCI – PARTE B - AVALIAÇÃO ESPECÍFICA**

Questões Domínio: Implicações na vida pessoal	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	
15. Sente-se só e isolada (o) por estar cuidando do seu familiar?						
Escala de Resposta	Não/Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre (5)					
Questões Domínio: Sobrecarga financeira	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	
16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?						
17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?						
Escala de Resposta	Não/Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre (5)					
Questões Domínio: Reações a exigências	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?						
19. Já se sentiu envergonhada (o) com o comportamento do seu familiar?						
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?						
21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?						
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?						
Escala de Resposta	Não/Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre (5)					

**APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO DA ANÁLISE SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO
QASCI – PARTE B - AVALIAÇÃO ESPECÍFICA**

Questões Domínio: Percepção dos Mecanismos de eficácia e de controle	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?						
24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?						
Escala de Resposta	Não/Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre (5)					
Questões Domínio: Apoio familiar	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?						
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?						
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?						
Escala de Resposta	Não/Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre (5)					
Questões Domínio: Satisfação com o papel e com o familiar	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?						
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?						
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?						
Escala de Resposta	Não/Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre (5)					

**APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO DA ANÁLISE SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO
QASCI – PARTE B - AVALIAÇÃO ESPECÍFICA**

Questões Domínio: Satisfação com o papel e com o familiar	Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar cuidando dele?						
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?						
Escala de Resposta	Não/Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre (5)					

*Fonte: Martins, Ribeiro e Garrett (2003).

APÊNDICE G – ROTEIRO ESTRUTURADO

ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO CUIDADOR DE IDOSO	
Asseguramos ao (a) Sr. (a) que a entrevista é voluntária e confidencial mediante o termo de consentimento livre e esclarecido que foi assinado.	
Nº Questionário: _____ Data da Entrevista ____/____/____ Nome do (a) Entrevistador (a): _____ Endereço do cuidador: _____ Tel. _____	
1) Características do cuidador Idade: _____ (anos e meses) DN: ____/____/____ Sexo: 1. () masculino 2. () feminino Grau de parentesco do idoso: 1- () esposo (a) 2- () filho (a) 3- () irmão (ã) 4- () neto (a) 5- () genro (nora) 6- () cunhado (a) 7- () outro, especificar: _____	2) Estado civil: (1) - () Solteiro (a) (2) - () Casado (a) (3) - () Separado (a) / Divorciado (a) / desquitado(a) (4) - () Viúvo (a) (5) - () União estável (99) - () Dado perdido 3) Ocupação / Atividade Principal: _____
4) Escolaridade (em anos): (1) - () Analfabeto (2) - () Sabe ler/escrever informal (3) - () Anos de estudo _____ 5) Reside com o idoso: (0) - () Sim (1) - () Não Se não, por quê? _____ 6) Há quanto tempo é cuidador (em anos)? _____	Tempo dedicado: 7a) Quantos dias da semana dedica para cuidar do idoso (2ª a 6ª feira)? _____ 7b) Quantos dias no final de semana dedica para cuidar do idoso (sáb e dom)? _____ 7c) Quantas horas da semana dedica para cuidar do idoso (2ª a 6ª feira)? _____ 7d) Quantas horas no final de semana dedica para cuidar do idoso (sáb e dom)? _____
8) Conta com a ajuda de alguém para cuidar do idoso? 0 () não 1 () às vezes 2 () sempre/quase sempre 99 () dado perdido 8a) higiene corporal () 8g) sono e repouso () 8b) higiene oral () 8h) atividade física () 8c) eliminações () 8i) lazer () 8d) cuidados com a pele () 8j) serviço de fisioterapia () 8e) alimentação () 8l) retorno às consultas () 8f) medicação () 8m) outro: _____ ()	

APÊNDICE H – ROTEIRO ESTRUTURADO

ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E COMORBIDADE DO IDOSO											
<p>Asseguramos ao (a) Sr. (a) que a entrevista é voluntária e confidencial mediante o termo de consentimento livre e esclarecido que foi assinado.</p>											
<p>Nº Questionário: _____ Data da Entrevista ____/____/____ Nome do (a) Entrevistador (a): _____ Endereço do cuidador: _____ Tel _____</p>											
<p>1) Características do idoso</p>											
<p>2) Idade: _____ (anos e meses) DN: ____/____/____</p>											
<p>3) Sexo: 1. () masculino 2. () feminino</p>											
<p>4) Escolaridade (em anos): _____</p> <p>(1) - () Analfabeto (2) - () Sabe ler/escrever informal (3) - () 1 a 4 (4) - () 5 a 8 (5) - () 9 a 12 (6) - () 13 ou mais</p>											
<p>5) Quantas pessoas residem no domicílio com o idoso (incluindo o idoso)? _____</p>											
<p>6) Com quem o idoso reside:</p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>(1) – () Sozinho</td> <td>(6) – () Arranjos trigeracionais (idosos, filhos e netos)</td> </tr> <tr> <td>(2) – () Somente com o cônjuge</td> <td>(7) – () Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos)</td> </tr> <tr> <td>(3) – () Somente com o filho (s)</td> <td>(8) – () Cônjuge, filho, genro ou nora</td> </tr> <tr> <td>(4) – () Cônjuge e filho(s)</td> <td>(9) – () Outros familiares</td> </tr> <tr> <td>(5) – () Somente com os netos (sem filhos)</td> <td>(10) – () Não familiares (especifique): _____</td> </tr> </tbody> </table>		(1) – () Sozinho	(6) – () Arranjos trigeracionais (idosos, filhos e netos)	(2) – () Somente com o cônjuge	(7) – () Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos)	(3) – () Somente com o filho (s)	(8) – () Cônjuge, filho, genro ou nora	(4) – () Cônjuge e filho(s)	(9) – () Outros familiares	(5) – () Somente com os netos (sem filhos)	(10) – () Não familiares (especifique): _____
(1) – () Sozinho	(6) – () Arranjos trigeracionais (idosos, filhos e netos)										
(2) – () Somente com o cônjuge	(7) – () Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos)										
(3) – () Somente com o filho (s)	(8) – () Cônjuge, filho, genro ou nora										
(4) – () Cônjuge e filho(s)	(9) – () Outros familiares										
(5) – () Somente com os netos (sem filhos)	(10) – () Não familiares (especifique): _____										
<p>7) O idoso apresenta alguma doença/problema de saúde (comorbidade)? () sim () não. Se sim, qual (is)? _____</p>											

APÊNDICE I - CARTA AO COMITÊ DE JUÍZES

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

João Pessoa, 09 de junho de 2011.

Avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual da versão brasileira do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)

Prezado (a) colega,

Você foi convidado (a) a fazer parte desse comitê de juízes cujo objetivo é analisar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual de um instrumento de avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de doentes com sequelas de acidente vascular cerebral. Esse instrumento chamado de **Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)** foi desenvolvido em Portugal pelos pesquisadores Teresa Martins (Professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem de São João – Porto), José Luis Paes Ribeiro (Professor associado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto) e Carolina Garrett (Professora auxiliar da Faculdade de Medicina – Universidade do Porto). Os resultados da construção e validação psicométrica do instrumento já foram publicados*.

O QASCI é composto por 32 itens que integra sete dimensões: Implicações na vida pessoal do cuidador (11 itens); Satisfação com o papel e com o familiar (5 itens); Reações às exigências (5 itens); Sobrecarga emocional relativa ao familiar (4 itens); Apoio familiar (2 itens); Sobrecarga financeira (2 itens) e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle (3 itens). Cada item é avaliado por uma escala ordinal de frequência: “*não/nunca*” (valor=1), “*raramente*” (valor=2), “*às vezes*” (valor=3), “*quase sempre*” (valor=4), “*sempre*” (valor=5). Maiores valores indicam maior sobrecarga do cuidador.

A finalidade da adaptação cultural desse instrumento para a língua portuguesa, do Brasil, é disponibilizarmos o seu uso aos profissionais que atuam com idosos, especialmente aqueles que apresentam alguma dependência funcional, quando pretendem investigar a sobrecarga do cuidador informal desses idosos. Embora tenha sido desenvolvido em um país

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa, v. 4, n.1, p. 131-148, 2003.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI): Reavaliação das Propriedades Psicométricas. **Rev. Referência**. Coimbra, n.11, 2004.

de língua portuguesa como o Brasil, sabemos que há diferenças no idioma e na cultura dos dois países (Portugal e Brasil). Assim, antes de seu uso na nossa população faz-se necessária a adaptação lingüística e cultural do referido instrumento. Para que, posteriormente, sejam realizados os testes de suas propriedades psicométricas visando analisar se ele mantém-se válido e confiável para uso em cuidadores brasileiros.

Solicitamos assim, a sua colaboração para que tal avaliação se concretize e possamos avançar nesse processo de adaptação cultural e validação deste instrumento.

Sua participação nesse comitê consiste em avaliar as referidas equivalências da versão adaptada para o português do Brasil, considerando as seguintes orientações:

- *Equivalência semântica*: refere-se à equivalência dos significados das palavras. É a transferência de significado por meio da linguagem, obtendo-se um efeito similar sobre os respondentes que falam línguas diferentes ou a mesma língua em países distintos. O vocabulário e a gramática podem sofrer alterações na construção das sentenças.
- *Equivalência idiomática*: é aquela relativa aos significados das expressões idiomáticas e coloquiais, as quais devem ser substituídas por expressões equivalentes na cultura-alvo.
- *Equivalência cultural*: refere-se às situações evocadas ou retratadas nos itens que devem corresponder às vivenciadas em nosso meio/contexto cultural.
- *Equivalência conceitual*: representa a coerência do item com relação ao domínio que ele pretende medir.

A seguir analisaremos a presença destas equivalências comparando os itens da versão original usada em Portugal e a redação dos itens para uso no Brasil. Cada item está apresentado em seu respectivo domínio, conforme estabelecido pelos autores na versão original. As equivalências entre as versões do QASCI serão estabelecidas quando houver a concordância de, pelo menos, 80% dos avaliadores deste grupo.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas (orientadora)

Edilene Araújo Monteiro (doutoranda)

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa, v. 4, n.1, p. 131-148, 2003.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI): Reavaliação das Propriedades Psicométricas. **Rev. Referência**. Coimbra, n.11, 2004.

ANEXOS

ANEXO A - PERMISSÃO DA AUTORA PARA TRADUÇÃO E USO DO INSTRUMENTO

Cara colega
Edilene Araújo Monteiro
- DESPP/UFPB
Membro do Grupo Internacional de Estudos e
Pesquisa sobre Envelhecimento e Representações
Sociais - GIEPERS

Porto, 2 de Maio de 2011

Serve o presente documento para autorizar a aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) no seu trabalho de pesquisa integrada no Programa de Doutoramento da Escola de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Brasil, sob orientação da Profª Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas.

Para os autores, a aplicação do QASCI em novos contextos e lugares representa uma recompensa e um contributo para que esta área de actuação adquira maior relevância na prática dos cuidados.

Se tiver alguma dúvida ou precisar de algum esclarecimento não hesite em contactar.

Com os melhores cumprimentos,

Teresa Martins

ANEXO B - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP**

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 17/05/2011, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL EM UMA AMOSTRA DE CUIDADORES BRASILEIROS.** Protocolo CEP/HULW nº. 345/11, Folha de Rosto nº 428380, CAAE Nº 0148,0,126,000-11, das pesquisadoras **EDILENE ARAÚJO MONTEIRO e ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS (Orientadora).**

As pesquisadoras ficam, desde já, notificadas da obrigatoriedade de ao término da pesquisa entregar uma cópia a este Comitê.

João Pessoa, 30 de maio de 2011.

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167964 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - comitedeetica@hulw.ufpb.br

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)*: Versão Original do Português de Portugal (VOPP)

*Avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI)**

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor, indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

Nas últimas 4 semanas

	Não/ Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar Presa (o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada (o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

**ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR
INFORMAL (QASCI)*: Versão Original do Português de Portugal (VOPP)**

	Não/ Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a (o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada (o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a (o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

*Fonte: Martins, Ribeiro e Garrett (2003).

ANEXO D - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO TEMPORAL	PONTOS
1) Que dia é hoje? (1 ponto) _____	_____
2) Em que mês estamos? (1 ponto) _____	_____
3) Em que ano estamos? (1 ponto) _____	_____
4) Em que dia da semana estamos? (1 ponto) _____	_____
5) Qual a hora aproximada? (1 ponto) _____ *(considerar variação de mais ou menos 1 h)	_____
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	_____
6) Em que local nós estamos? (1 ponto) _____ *(consultório, dormitório – apontando para o chão)	_____
7) Que local é este aqui? (1 ponto) _____ *(apontando ao redor num sentido mais amplo – hospital, casa...)	_____
8) Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? (1 ponto) _____	_____
9) Em que cidade nós estamos? (1 ponto) _____	_____
10) Em que país nós estamos? (1 ponto) _____	_____
MEMÓRIA IMEDIATA	_____
11) Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: Carro (1 ponto), Vaso (1 ponto), Tijolo (1 ponto) (se houver erro, repetir as palavras até três vezes)	_____
CÁLCULO: subtração de setes seriadamente	_____
12) $100-7 =$ _____ (1 ponto) 13) $93-7 =$ _____ (1 ponto) 14) $86-7 =$ _____ (1 ponto)	_____
15) $79-7 =$ _____ (1 ponto) 16) $72-7 =$ _____ (1 ponto) 65	_____
(Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considerar correto se o paciente se autocorrigir)	_____
EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS	_____
17) Quais são as palavras que o Sr (a) acabou de repetir? _____ (Carro/ Vaso/ Tijolo (1 ponto para cada palavra))	_____
NOMEAÇÃO	_____
18) Qual o nome desses objetos? Mostrar o relógio (1 ponto) e a caneta (1 ponto)	_____
REPETIÇÃO	_____
19) Por favor, repita a frase “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 pto – se a repetição for perfeita)	_____
COMANDO	_____
20) Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e devolva-o para mim (1 ponto) (não dar dica para o paciente)	_____
LEITURA	_____
21) FECHE OS OLHOS (mostrar a frase e pedir para o indivíduo fazer o que é solicitado) (1 ponto)	_____
FRASE	_____
22) Escreva uma frase (1 ponto): _____ (alguma frase que tenha começo meio e fim, para a correção não considerar erros gramaticais ou ortográficos)	_____
23) CÓPIA DO DESENHO (1 ponto)	_____
_____
TOTAL	_____

Escore: 13 pontos: analfabeto; 18 pontos: até 8 anos de estudo; 26 pontos: acima de 8 anos de estudo

Fonte: Folstein, Folstein e McHugh (1975).

Adaptado para o Brasil por Bertolluci et al. (1994).

ANEXO E - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA - (ABVD) - KATZ

1. BANHO (1) I: não recebe assistência (2) A: assistência para uma parte do corpo (3) D: não toma banho sozinho
2. VESTUÁRIO (1) I: veste-se sem assistência (2) A: assistência para amarrar sapatos (3) D: assistência para vestir-se
3. HIGIENE PESSOAL (1) I: vai ao banheiro sem assistência (2) A: recebe assistência para ir ao banheiro (3) D: não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas
4. TRANSFERÊNCIA (1) I: deita, levanta e senta sem assistência (2) A: deita, levanta e senta com assistência (3) D: não levanta da cama
5. CONTINÊNCIA (1) I: controle esfincteriano completo (2) A: acidentes ocasionais (3) D: supervisão, uso de cateter ou incontinente
6. ALIMENTAÇÃO (1) I: sem assistência (2) A: assistência para cortar carne/manteiga no pão (3) D: com assistência, ou sondas, ou fluidos EV

Abreviações: I - Independência; A - Dependência parcial; D - Dependência total

Fonte: Katz et al. (1963).

Adaptado para o Brasil por Lino et al. (2008).

**ANEXO F - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS
DA VIDA DIÁRIA (AIVDS) – LAWTON**

1. USAR O TELEFONE I (0): Capaz de discar os números e atender sem ajuda A (1): Capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números D (2): Incapaz de usar o telefone
2. TRANSPORTE I (0): Capaz de dirigir seu próprio carro, de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda A (1): Capaz de usar transporte, porém não sozinho D (2): Incapaz de usar transporte
3. COMPRAS I (0): Cuida de todas as compras sozinho A (1): Capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda D (2): Incapaz de fazer compras
4. PREPARAR ALIMENTOS I (0): Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda A (1): Capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de cozinhá-las D (2): Incapaz de preparar qualquer refeição
5. TAREFAS DOMÉSTICAS I (0): Capaz de ajudar na realização de qualquer tarefa doméstica A (1): Capaz de executar tarefas domésticas mais leves D (2): Incapaz de executar qualquer trabalho doméstico
6. MEDICAÇÃO I (0): Capaz de utilizar a medicação de maneira correta A (1): Capaz de usar a medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda D (2): Incapaz de usar a medicação
7. DINHEIRO I (0): Capaz de pagar contas, aluguel, preencher cheques, controlar as necessidades diárias de compras A (1): Necessita de algum tipo de ajuda para pagar contas, preencher cheques, etc D (2): Incapaz de manusear o dinheiro

Abreviações: I = Independente; A = Com algum tipo de assistência; D = Dependente

Fonte: Lawton e Brody (1969).

Adaptada para o Brasil por Santos e Virtuoso Júnior (2008).

ANEXO G - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você se sente agora. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

ANEXO G - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

- D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
3 () Quase sempre
2 () Muitas vezes
1 () De vez em quando
0 () Nunca
- A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
0 () Nunca
1 () De vez em quando
2 () Muitas vezes
3 () Quase sempre
- D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
- A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
3 () Sim, demais
2 () Bastante
1 () Um pouco
0 () Não me sinto assim
- D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Um pouco menos do que antes
2 () Bem menos do que antes
3 () Quase nunca
- A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
3 () A quase todo momento
2 () Várias vezes
1 () De vez em quando
0 () Não sinto isso
- D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:
0 () Quase sempre
1 () Várias vezes
2 () Poucas vezes
3 () Quase nunca

Fonte: Zigmond e Snaith (1983).
Adaptada para o Brasil por Botega et al. (1998).

ANEXO H - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 - Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	sim, dificulta muito	sim, dificulta um pouco	não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

ANEXO H - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36

5 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6 - Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8 - Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 - Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6

ANEXO H - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36

9 - Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 - Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 - O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Fonte: Ware e Sherbourne (1992).

Adaptado para o Brasil por: Ciconelli et al. (1999).