

Adaptação transcultural do protocolo *Filial Responsibility* para uso no Brasil

Cross-cultural adaptation of the Filial Responsibility protocol for use in Brazil

Adaptación transcultural del protocolo Filial Responsibility para uso en Brasil

**Marines Aires¹, Fernanda Laís Fengler Dal Pizzol¹, Duane Mocellin¹, Idiane Rosset¹,
Eliane Pinheiro de Moraes¹, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin¹**

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre-RS, Brasil.

Como citar este artigo:

Aires M, Dal Pizzol FLF, Mocellin D, Rosset I, Moraes EP, Paskulin LMG. Cross-cultural adaptation of the Filial Responsibility protocol for use in Brazil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(6):1268-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0479>

Submissão: 30-11-2016

Aprovação: 27-01-2017

RESUMO

Objetivo: Realizar a adaptação transcultural do protocolo *Filial Responsibility* para uso no Brasil com filhos cuidadores de idosos. **Método:** Estudo metodológico que compreendeu as etapas de tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, comitê de especialistas, pré-teste, avaliação das medidas psicométricas e submissão aos autores. O protocolo é composto por uma etapa qualitativa, questões fechadas e sete escalas, entre elas: Expectativa Filial, Piedade Filial, Sobrecarga do Cuidador, Satisfação com a Vida, Bem-Estar Pessoal e Qualidade dos Relacionamentos. **Resultados:** A versão final em português foi aplicada, por meio de pré-teste, a uma amostra de 30 filhos cuidadores de idosos. Para verificar a consistência interna, utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach: Expectativa Filial ($\alpha=0,64$), Dever Filial ($\alpha=0,65$), Satisfação com a Vida ($\alpha=0,75$), Índice de Bem-Estar Pessoal ($\alpha=0,87$). **Considerações finais:** A versão brasileira apresentou boa equivalência conceitual e semântica. Os resultados demonstram que os conceitos utilizados no protocolo canadense são aplicáveis ao contexto brasileiro.

Descritores: Estudos de Validação; Envelhecimento; Cuidadores; Idoso; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: To carry out a cross-cultural adaptation of the *Filial Responsibility* protocol for use in Brazil with adult child caregivers for elderly parents. **Method:** A methodological study that included the steps of initial translation, synthesis of translations, back-translation, committee of experts, pre-test, evaluation of psychometric measures and submission to authors. The protocol comprises a qualitative step, closed questions and seven scales: Filial Expectation, Subsidiary Compassion, Caregiver burden, Life Satisfaction, Personal Well-being and Quality of Relationships. **Results:** The final version in Portuguese was applied, through a pre-test, to a sample of 30 caregivers for elderly parents. In order to verify internal consistency, we used Cronbach's alpha coefficient: Filial Expectation ($\alpha = 0.64$), Filial Duty ($\alpha = 0.65$), Satisfaction with Life ($\alpha = 0.75$), Personal Wellbeing ($\alpha = 0.87$). **Final considerations:** The Brazilian version presented good conceptual and face equivalence. The results demonstrate that the concepts used in the Canadian protocol are applicable in the Brazilian context.

Descriptors: Validation Studies; Aging; Caregivers; Elderly; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Realizar la adaptación transcultural del protocolo *Filial Responsibility* para uso en Brasil con hijos cuidadores de ancianos. **Método:** Estudio metodológico que comprendió las etapas de traducción inicial, síntesis de las traducciones, retrotraducción, comité de especialistas, pre test, evaluación de las medidas psicométricas y sumisión a los autores. El protocolo está compuesto por una etapa cualitativa, cuestiones cerradas y siete escalas, entre ellas: Expectativa Filial, Piedad Filial, Sobrecarga del Cuidador, Satisfacción con la Vida, Bien-Estar Personal y Calidad de las Relaciones. **Resultados:** La versión final en portugués fue aplicada, por medio de pre test, a una muestra de 30 hijos cuidadores de ancianos. Para verificar la consistencia interna, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach: Expectativa Filial ($\alpha=0,64$), Deber Filial ($\alpha=0,65$), Satisfacción con la Vida ($\alpha=0,75$), Índice de Bien-Estar Personal ($\alpha=0,87$). **Consideraciones finales:** La versión brasileña presentó buena equivalencia conceptual y semántica. Los resultados demuestran que los conceptos utilizados en el protocolo canadiense son aplicables al contexto brasileño.

Descritores: Estudios de Validación; Envejecimiento; Cuidadores; Anciano; Enfermería Geriátrica.

CORRESPONDING AUTHOR

Marines Aires

E-mail: marynesayres@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A responsabilidade filial pode ser conceituada como uma norma social e cultural e mensurada por meio das atitudes e comportamentos dos filhos para cuidar e apoiar seus pais nesse processo⁽¹⁻²⁾. Como norma social, a responsabilidade filial, além da expectativa de que os filhos devam apoiar seus pais idosos, reflete um comportamento próprio de obrigações que definem o papel social de filhos adultos com relação ao cuidado de seus pais durante o processo de envelhecimento⁽³⁾. Por outro lado, a responsabilidade filial também pode ser entendida como o direito dos pais de receber apoio e cuidado de seus filhos durante o processo de envelhecimento⁽¹⁾.

Nas diversas sociedades, o processo de envelhecimento e o cuidado aos pais idosos sofrem influências culturais. Nos países desenvolvidos, principalmente nas sociedades anglo-saxãs, os valores de individualismo e independência estão bastante arraigados e, de certo modo, reduzem as obrigações familiares dos filhos para com os pais idosos, sendo a tarefa do cuidado considerada uma responsabilidade do Estado⁽⁴⁾. Acredita-se que, nas culturas latinas e asiáticas, seja frequentemente instituída aos filhos a responsabilidade de cuidar de seus pais. Na sociedade latina, quando o Estado falha, a família assume⁽¹⁾. Já a sociedade asiática destaca-se por seus ensinamentos de piedade filial, que preveem o respeito e o cuidado aos pais idosos⁽¹⁾.

No Brasil, a Constituição Federal assinala o dever dos pais de assistir, criar e educar os filhos menores; de outro lado, os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Ressalta ainda a responsabilidade da sociedade e do Estado, juntamente com a família, de amparar as pessoas idosas, preferencialmente nos domicílios⁽⁵⁾. Esses direitos são assegurados também pelo Estatuto do Idoso e pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁽⁶⁻⁷⁾.

Apesar de ser culturalmente esperado, tanto no Brasil quanto em outros países latinos e asiáticos, que as famílias cuidem de seus idosos, observa-se que alguns fatores relacionados a mudanças sociais dificultam esse processo. Entre esses fatores, podem-se citar: a crescente individualização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, a redução dos membros da família e o acréscimo do número de mulheres inseridas no mercado de trabalho formal, ocasionando o arrefecimento de pessoas disponíveis para cuidar dos indivíduos mais velhos, quando necessário⁽⁴⁾. Para compreensão das mudanças sociais e de seu significado nas famílias, a responsabilidade dos filhos no cuidado aos pais idosos tem sido tema de algumas investigações⁽¹⁻²⁾.

A partir de investigação que desenvolveu e aplicou um protocolo de pesquisa para analisar a responsabilidade filial em outras culturas⁽²⁾, e por meio de parceria entre pesquisadores brasileiros e canadenses, a realização deste estudo justifica-se na medida em que se agrega a estudo internacional e possibilita adaptar um protocolo de pesquisa para uso no Brasil. Desse modo, contribui para o desenvolvimento de investigações em diferentes contextos, promovendo a integração de informações científicas entre núcleos de pesquisa, pesquisadores e suas universidades. A investigação fundamenta-se em referencial teórico-metodológico de adaptação transcultural de instrumentos⁽⁸⁾. A utilização desse protocolo no Brasil contribui com o desenvolvimento de pesquisas sobre

a temática, analisada em diferentes óticas e contextos de vida, e supre a escassez de pesquisas que abordem os aspectos relacionados à responsabilidade filial no Brasil. Conhecer as atitudes e os comportamentos dos filhos com relação aos pais idosos pode gerar subsídios para as ações dos profissionais da área da saúde e potencializar uma abordagem assistencial ampliada, considerando todos os aspectos no processo de cuidar dos pais idosos.

O presente estudo tem como objetivo descrever as etapas do processo de adaptação transcultural do protocolo *Filial Responsibility across cultures: interview schedule* para uso no Brasil com filhos cuidadores de pessoas idosas. O protocolo é composto por duas etapas: uma qualitativa e outra quantitativa. Na primeira, as questões abertas versam sobre as percepções dos filhos a respeito da responsabilidade no cuidado aos pais. A etapa quantitativa contempla questões fechadas e sete escalas de domínio público. Inicialmente, foi realizada a adaptação transcultural da etapa qualitativa do protocolo *Filial Responsibility*⁽⁹⁾, em um segundo momento, fez-se a adaptação da Escala de Sobrecarga do Cuidador⁽¹⁰⁾, que compõe a etapa quantitativa, e, no presente artigo, descreve-se a adaptação do instrumento como um todo.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Obteve-se autorização dos autores canadenses para realização do processo de adaptação transcultural. O Termo de Consentimento Livre e Informado foi lido e assinado em duas vias pelos membros do comitê de especialistas e filhos cuidadores.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico fundamentado no referencial teórico-metodológico de Adaptação Transcultural de Instrumentos⁽⁸⁾. O estudo desenvolveu-se no período de janeiro a junho de 2014.

Neste estudo, foram realizadas as seguintes etapas metodológicas: 1) Tradução Inicial; 2) Síntese das Traduções (T1, T2); 3) Retrotradução; 4) Comitê de Especialistas; 5) Pré-Teste; 6) Submissão do protocolo aos pesquisadores canadenses; 7) Avaliação das medidas psicométricas⁽⁸⁾.

Procedimentos metodológicos

Etapa 1 - Tradução Inicial

Nesta etapa, as escalas foram traduzidas para a língua portuguesa falada no Brasil, de forma independente por uma tradutora da área da saúde (T1) e uma professora de linguística (T2).

Etapa 2 - Síntese das Traduções

Nesta fase, as duas traduções foram comparadas por tradutores e pela pesquisadora, e, mediante consenso, elaborou-se uma versão-síntese em português.

Etapa 3 - Retrotradução

A versão final em português (versão-síntese) das escalas foi retraduzida para o idioma original por dois tradutores (R1 e R2)

bilíngues de forma independente (nenhum deles conhecia a versão original do instrumento), e um terceiro tradutor realizou um consenso e elaborou a versão final retrotraduzida (R3).

Etapa 4 - Comitê de Especialistas

Participaram do comitê quatro especialistas bilíngues com experiência na pesquisa, docência e assistência na área de saúde do idoso, além do pesquisador que fez a síntese das traduções iniciais.

O comitê realizou a avaliação da equivalência conceitual, de itens e semântica entre a versão em português e o instrumento original. Nesta etapa, foi realizada a validação de conteúdo por meio da análise minuciosa de cada item e conceito das escalas, e, mediante consenso, elaborou-se a versão final em português, a qual foi anexada à etapa qualitativa do protocolo *Filial Responsibility* validada em estudo anterior⁽⁹⁾.

Etapa 5 -Pré-Teste

A versão final em português do protocolo *Filial Responsibility* foi aplicada a uma amostra de 30 filhos cuidadores de pessoas idosas cadastradas numa unidade básica de saúde (UBS) vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A aplicação do pré-teste realizou-se por meio de entrevista estruturada no domicílio ou na unidade. Antes de iniciar a entrevista, o participante era informado desse objetivo e incentivado a manifestar qualquer dúvida em relação aos itens ou questões do protocolo *Filial Responsibility*. Utilizou-se, no final da entrevista, um instrumento de avaliação da compreensão do protocolo.

Os critérios de inclusão foram semelhantes aos do estudo original: ser filho(a) cuidador no mínimo há três meses de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e estar envolvido pelo menos três horas semanais com as atividades de cuidado aos pais (no âmbito instrumental, financeiro ou emocional). Constituíram critérios de exclusão: filhos cuidadores com idade menor que 18 anos, filhos não localizados após três tentativas de contato telefônico em horários e dias diferentes ou filhos cujos pais tivessem falecido no intervalo de tempo entre a realização/atualização do cadastro na unidade e coleta de dados.

Etapa 6 - Avaliação das medidas psicométricas

A confiabilidade foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach para verificar a consistência interna do protocolo. As análises estatísticas realizaram-se utilizando o Statistical Package for the Social Sciences, versão 18.0.

Etapa 7 - Submissão do protocolo aos pesquisadores canadenses

A versão retrotraduzida do protocolo *Filial Responsibility* foi enviada à autora canadense para comparação com o instrumento original.

Protocolo Filial Responsibility

O protocolo é composto por duas etapas: uma qualitativa e uma quantitativa. Na etapa primeira, as questões abertas versam sobre as atitudes do filho cuidador a respeito de: possibilidade de institucionalização dos pais e possibilidade/ocorrência de coresidência; percepção sobre a responsabilidade de cuidar dos pais;

tipo de apoio prestado e quem o realiza; satisfação em prestar cuidados aos pais; expectativas com relação ao seu próprio envelhecimento e de serem cuidados por seus filhos; como os filhos cuidadores avaliam a relação com seus pais e quais os sentimentos de responsabilidade pelo cuidado aos pais e conselhos para outros cuidadores. Há, ainda, uma questão aberta que permite ao cuidador acrescentar algum aspecto não abordado no instrumento. A etapa quantitativa contempla questões fechadas e sete escalas de domínio público, a saber: Escala de Expectativa Filial⁽¹¹⁾, Escala de Piedade Filial⁽¹²⁾, Escala de Sobrecarga do Cuidador⁽¹³⁾, Escala de Satisfação com a Vida⁽¹⁴⁾, o Index de Bem-Estar Pessoal⁽¹⁵⁾, Escala de mensuração da qualidade dos relacionamentos⁽¹⁶⁾, Escalas de Atividades Básicas da Vida Diária (AVDs) e Instrumentais da Vida Diária (AIVDs)⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. As escalas são aplicadas ao filho cuidador para avaliar os comportamentos de cuidado, em quais atividades e a frequência e o tempo utilizados para sua realização.

As questões fechadas abrangem o perfil sociodemográfico e econômico dos filhos cuidadores, aspectos relacionados ao arranjo domiciliar, local de moradia e modo de deslocamento do cuidador para a residência dos pais, apoio financeiro por parte do cuidador e apoio emocional da família e de outras pessoas da rede social em relação ao cuidador. Há, ainda, questões normalmente utilizadas em estudos gerontológicos para caracterizar aspectos relacionados à saúde/doença, tanto para as pessoas idosas quanto para seus cuidadores, sobre autoavaliação da saúde do cuidador, como ele avalia a saúde dos seus pais, investigando-se também a possibilidade de ocorrência de demência ou déficit cognitivo. Ainda é avaliado como o filho cuidador se sente em relação à sua vida familiar.

Atitudes de Responsabilidade Filial

Foram avaliadas pela Escala de Expectativa Filial e Escala de Piedade Filial.

Escala de Expectativa Filial

É a medida mais amplamente utilizada para avaliar as atitudes de responsabilidade filial e foi validada na América do Norte e em amostras com asiáticos⁽¹⁹⁻²⁰⁾. A escala é composta por cinco itens que avaliam aspectos relacionados a atitudes como viver perto dos pais, ter espaço para os pais viverem com ele(s), disposição para cuidar dos pais, ajuda financeira, morar perto ou visitar os pais na velhice. Os resultados são analisados pela soma contínua dos escores: quanto maior o escore, maior a expectativa filial. A escala possui pontuação máxima de 25 pontos (Questão 17).

Escala de Piedade Filial

A escala é composta por seis itens que avaliam os seguintes aspectos: ajudar os pais, seguir seus conselhos, prestar apoio financeiro, respeito, agradá-los, fazê-los felizes e manter contato com eles. Os escores são somados, e, quanto mais alto o escore, maior o dever filial em relação ao cuidado aos pais idosos. A escala possui pontuação máxima de 30 pontos (Questão 18).

Comportamentos de cuidado

Foram avaliados por meio das escalas AVDs e AIVDs, apoio financeiro, apoio emocional, companhia e visita. Os

filhos foram questionados sobre em quais atividades o idoso necessitava de ajuda, se eles ajudavam, com que frequência no último mês e qual o tempo despendido pelo cuidador (Questão 20b). O apoio financeiro foi mensurado com base nas respostas (sim ou não) (Questão 21a). O apoio emocional e a companhia foram avaliados com base nas respostas à seguinte pergunta: como você sente e satisfaz as necessidades de apoio emocional, companhia e visita aos seus pais? (Questão 20b, 20c).

Bem-estar do filho cuidador

Foi avaliado por meio das escalas de Sobrecarga do Cuidador, Satisfação com a Vida, Índice de Bem-Estar Pessoal e Escala de Mensuração da Qualidade dos Relacionamentos.

Escala de Sobrecarga do Cuidador

É composta por 24 questões fechadas que medem o impacto da sobrecarga nos cuidadores. Foi validada para uso com cuidadores de idosos no Brasil⁽¹⁰⁾. É avaliada em cinco domínios: sobrecarga de tempo dependente; sobrecarga à vida pessoal; sobrecarga física; sobrecarga social; sobrecarga emocional (Questão 22).

Escala de Satisfação com a Vida

Esta escala tem 10 itens e avalia a satisfação geral com a vida do cuidador, abrangendo aspectos positivos e negativos. As respostas negativas foram invertidas para que a pontuação fosse sempre 1 quando favorável ao sujeito. Dessa forma, quanto maior a pontuação, mais satisfação com a vida o cuidador apresentava (Questão 24).

Índice de Bem-Estar Pessoal

Esta escala avalia o nível de satisfação do filho cuidador em relação ao seu padrão de vida, saúde, relacionamentos pessoais, vivência em comunidade e segurança financeira (Questão 25).

Escala de Mensuração da Qualidade dos Relacionamentos

Esta escala avalia três itens: quão próximo e afetivo é o relacionamento dos filhos cuidadores com os pais idosos, quão agradável é o tempo que os filhos cuidadores passam junto aos seus pais e o quanto eles confiam em seus pais (Questão 28 a, b, c).

Cenário do estudo

O cenário do estudo foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) de Porto Alegre/RS.

RESULTADOS

Tradução inicial

Obtiveram-se duas versões traduzidas de forma independente por uma professora doutora da área da saúde e uma professora de linguística (T1, T2 respectivamente), ambas com domínio na língua inglesa.

Sínteses das traduções

Após terem sido realizadas as traduções, uma das pesquisadoras reuniu-se com as tradutoras a fim de analisar e avaliar as discrepâncias entre ambas as versões (T1 e T2) e compará-las com o instrumento original. Não houve dificuldades significativas de tradução, porém, as duas versões apresentaram algumas discrepâncias de tradução e houve a necessidade de adequação de alguns termos.

Retrotradução

Nesta etapa, obtiveram-se duas versões das escalas retrotraduzidas para a língua original (R1 e R2). A seguir, as versões foram analisadas e comparadas pelas pesquisadoras, e um terceiro tradutor avaliou as duas versões, obtendo-se uma versão-síntese retrotraduzida (R3). A versão-síntese foi analisada e comparada pelas pesquisadoras com as duas versões retrotraduzidas, constatando-se que não havia discrepâncias entre a versão retrotraduzida e o instrumento original.

Avaliação do comitê de especialistas

Nesta etapa, realizou-se a validação de conteúdo e de face por meio de uma análise minuciosa de cada conceito e item que abarca o instrumento. As modificações nas escalas foram realizadas somente mediante aprovação unânime de todos os membros do comitê, seguindo o mesmo critério adotado em outro estudo⁽⁹⁾.

O comitê optou por adaptar algumas palavras ou expressões das escalas de acordo com as características locais da população em estudo, o que não alterou o objetivo do estudo. A alteração mais significativa foi na Escala de Piedade Filial.

Piedade Filial é um termo usado na cultura oriental e tem um sentido coloquial diferente em nossa cultura. Na cultura chinesa, é entendida como responsabilidade filial e significa respeito aos pais idosos. Todavia, o comitê considerou que, na cultura brasileira, esse termo não é adequado por estar relacionado com sentimentos de caridade, solidariedade, compadecimento, compaixão pelo sofrimento alheio, presentes no respeito e na devoção religiosa. O comitê de especialistas considerou ainda que “piedade”, na nossa cultura, representa um sentido de “pena”, e não de respeito e gratidão.

Nesta etapa, foi solicitada a avaliação de um professor nativo do Canadá que reside no Brasil, o qual considerou que o termo “piedade filial” no contexto local precisa de uma compreensão maior, por parte da população em estudo, como respeito aos pais ou devoção aos pais. Desse modo, “piedade filial” foi adaptado para “dever filial”. O conceito de dever filial foi adotado principalmente em consideração à legislação vigente no nosso país, a qual estabelece, legalmente, como dever dos filhos, cuidar dos pais durante o processo de envelhecimento.

Dever filial foi definido na cultura brasileira como respeito aos pais ou devoção aos pais, o que envolve uma percepção de amor e carinho, como uma relação de reciprocidade e retribuição ao cuidado por eles dedicado aos filhos quando estes eram crianças. Assim, os filhos sentem-se no dever de retribuir o cuidado.

Outro aspecto que o comitê considerou é que, tanto na escala de expectativa filial quanto na de piedade filial, não há questões que abordem sentimentos de carinho para com os pais. Esses sentimentos estariam presentes na nossa cultura,

tornando necessária a inclusão de tal item na escala; todavia, optou-se por não incluí-lo, por impossibilitar a comparação transcultural com a versão original. Outro fator considerado foi que esses aspectos serão complementados com a etapa qualitativa do estudo misto.

Pré-teste

Nesta etapa, o protocolo *Filial Responsibility* foi aplicado a uma amostra de 30 filhos cuidadores. A finalidade foi avaliar como compreendiam o protocolo na íntegra e a qualidade da tradução, assim como verificar os aspectos práticos da sua aplicação. Nesta etapa, realizou-se a validação de face mediante a compreensão das questões por uma amostra da população em estudo.

Sete pessoas apresentaram dificuldade em apenas uma questão do instrumento, e cada uma apresentou dificuldade em questões diferentes. Portanto, esse fato foi considerado uma particularidade de cada filho, e não um problema na tradução do instrumento. Todos os participantes apresentaram dificuldade na questão 20 para contabilizar o tempo gasto para auxiliar os pais nas atividades básicas e instrumentais.

De modo geral, o protocolo foi considerado de fácil compreensão pela população e aplicável à realidade local, e não houve necessidade de alterações após a aplicação do pré-teste.

Caracterização da amostra

Com relação às características dos participantes, constatou-se que 24 (80%) eram do sexo feminino, 12 (40%) casados e nove (30%) solteiros. A média de idade foi de $58,26 \pm 9,78$; não possuíam emprego formal 19 (63,3%); e 29 (96,7%) moravam com outras pessoas. No que se refere aos anos de estudo, a média foi de $13,47 \pm 4,46$. Na situação conjugal dos idosos cuidados, eram 22 (73,3%) viúvos.

Submissão dos documentos aos autores

Os pesquisadores canadenses avaliaram a versão original do protocolo e identificaram que não houve mudanças nos itens e conceitos abordados no instrumento que pudessem comprometer ou alterar o objetivo do estudo.

Medidas Psicométricas

A confiabilidade das escalas que compõem o protocolo foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach e resultou em uma consistência interna para as escalas: Expectativa Filial ($\alpha=0,64$), Dever Filial ($\alpha=0,65$), Satisfação com a Vida ($\alpha=0,75$) e Índice de Bem-Estar Pessoal ($\alpha=0,87$).

DISCUSSÃO

O protocolo canadense foi elaborado na língua inglesa e, posteriormente, adaptado para o mandarim pelos pesquisadores da investigação original para realização do estudo com três grupos culturais: os cuidadores canadenses, os chineses residentes na China e os cuidadores chineses residentes no Canadá⁽¹⁻²⁾. A primeira experiência com o tema no Brasil foi a adaptação da etapa qualitativa⁽⁹⁾. O objetivo da presente investigação foi adaptar o protocolo como um todo, ou seja, incluindo as etapas qualitativa e as quantitativas. Essa adaptação

permite aos pesquisadores examinar as relações entre atitudes e comportamentos de cuidado no contexto brasileiro, promovendo a integração de informações científicas com o contexto internacional.

Conforme já destacado, a responsabilidade filial tem recebido considerável atenção na literatura internacional⁽²¹⁾. Todavia, no Brasil, a inserção dessa temática nas pesquisas ainda é recente. De modo semelhante ao estudo original, a responsabilidade filial foi avaliada quantitativamente (atitudes de responsabilidade filial e comportamentos de cuidar) e qualitativamente (questões abertas que avaliam a responsabilidade filial na concepção dos filhos)⁽²⁾, o que propiciou uma compreensão ampliada sobre a temática.

O processo de adaptação transcultural⁽⁸⁾ mostrou-se aplicável ao contexto local. A avaliação de várias equivalências, o detalhamento das etapas e o rigor metodológico são também salientados em outros estudos que empregaram o mesmo referencial para adaptar instrumentos⁽¹⁰⁻²²⁾.

Destaca-se a importância de analisar se os conceitos utilizados na versão original do instrumento tinham o mesmo significado na nova cultura, conforme enfatizado por outros pesquisadores⁽⁸⁾. Verifica-se que a maior parte dos conceitos utilizados é aplicável ao contexto brasileiro, entretanto, no presente estudo, houve diferenciação na interpretação do termo “piedade filial”, o qual foi substituído pelo comitê de especialistas para “dever filial”. Na China, piedade filial significa respeito e obediência aos pais idosos, sendo considerada uma norma social no país, a qual é ensinada às crianças para que, no futuro, cuidem dos pais idosos⁽²³⁻²⁴⁾. Dever filial foi conceituado e validado pelo comitê para uso na cultura brasileira como respeito ou devoção aos pais, o que envolve uma percepção de amor, carinho, gratidão, relação de reciprocidade e retribuição do cuidado que tiveram com os filhos quando crianças.

Em relação à temática em estudo, é importante salientar que autores internacionais⁽²⁵⁻²⁶⁾ argumentam que a literatura sobre a responsabilidade filial reflete uma falta de clareza conceitual sobre quais conceitos devem ser mensurados, além da inconsistência em como os pesquisadores devem operacionalizá-los e medir tais construtos. De modo semelhante ao presente estudo, durante a adaptação do Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso no Brasil, também se salientou que a existência de diferenças culturais entre os países pode fazer com que um instrumento que está sendo adaptado careça de dimensões presentes na cultura-alvo que também deveriam ser investigadas, como foi o caso do domínio financeiro, que na versão original não era abordado⁽¹⁰⁾. No presente estudo, também se identificou que, tanto na escala de expectativa filial quanto na de dever filial, deveriam ser incluídas questões sobre carinho para com os pais, aspectos presentes na cultura brasileira. Contudo, o comitê optou por não incluí-las, por impossibilitarem a comparação transcultural com a versão original e porque esses aspectos seriam complementados na etapa qualitativa do estudo.

Na etapa de tradução inicial, o referencial metodológico utilizado sugere que sejam realizadas pelo menos duas traduções independentes do instrumento da língua original (inglês) para a língua-alvo (português), assim como realizado também

em outros estudos do grupo de pesquisa ao qual a pesquisadora está vinculada, o que se mostrou efetivo^(9-10,22). A escolha dos tradutores nesta etapa, sendo um profissional da área e outro das ciências linguísticas, foi de extrema importância para a qualidade da tradução, o que vem ao encontro de outros estudos que destacam a influência do perfil dos tradutores no processo de adaptação^(9,27).

Em relação à versão-síntese das traduções (T1 e T2), é recomendada a revisão conjunta das versões⁽⁸⁾. No presente estudo, essa estratégia permitiu uma discussão entre pesquisador e tradutores sobre as discrepâncias entre a versão traduzida de forma literal, e outra com profissional da área da saúde com uma tradução mais flexível em alguns aspectos, considerando a compreensão dos sujeitos e os termos que mais se adequariam ao contexto local.

A retrotradução analisa se a versão traduzida reflete, com precisão, o conteúdo do instrumento original, além de identificar as inconsistências ou erros conceituais da tradução⁽²⁸⁾. No presente estudo, a retrotradução da versão-síntese em português foi realizada de maneira independente, por dois tradutores bilíngues, e cega em relação à tradução inicial, conforme recomendado no referencial teórico de adaptação transcultural⁽⁸⁾. Esse critério foi fundamental para manter uma equivalência semântica e não alterar os objetivos do estudo, o que foi destacado também por outros estudos^(9-10,22). O desconhecimento dos objetivos do estudo nesta etapa evita que os tradutores utilizem um conhecimento prévio para corrigir erros eventuais durante a retrotradução. Ademais, acrescentou-se a participação de um terceiro tradutor bilíngue, que avaliou formalmente a equivalência entre as retrotraduções e o instrumento original e elaborou a versão-síntese em inglês, o que igualmente é recomendado no referencial teórico de adaptação transcultural⁽⁸⁾. Outros estudos também procederam à avaliação por um terceiro profissional, a fim de comparar as versões com o instrumento original no que se refere à manutenção das equivalências^(9,27).

Aspecto importante que contribuiu para a adaptação do protocolo foi a composição multidisciplinar do comitê de especialistas, que reuniu profissionais ligados ao ensino, pesquisa e assistência na área de saúde do idoso que eram bilíngues e tinham vivências prévias no país de origem do estudo e em países de cultura oriental. Outras investigações reforçam a importância da composição do comitê de especialistas, para que se tenha profissionais com experiência na cultura de origem e bilíngues, a fim de obter uma melhor equivalência conceitual e semântica na construção da nova versão do instrumento, além de identificar eventuais erros durante o processo de tradução e retrotradução^(9-10,22). Observou-se que, no presente estudo, essa integração possibilitou a articulação entre diferentes conhecimentos específicos e foi mais um fator contribuinte na elaboração de uma versão final do protocolo adequada ao contexto local. Destaca-se que nessa etapa foi solicitada pelo comitê a participação de um professor de medicina nativo do Canadá residente no Brasil, que contribuiu para a tradução e compreensão de alguns itens abordados no protocolo.

A avaliação por consenso do comitê no presente estudo permitiu que todos os integrantes colaborassem, expondo suas dificuldades, dúvidas e sugestões acerca do protocolo e dos conceitos

abordados, de modo a compor uma versão adequada à realidade local. Ademais, quando não foi obtido consenso, caso do termo “piedade filial”, solicitou-se a avaliação de professor nativo do Canadá e da área do estudo para subsidiar o consenso do comitê.

De modo semelhante a outras investigações já realizadas pela pesquisadora e pelo grupo de pesquisa, a validade de conteúdo e de face foi avaliada por meio de um comitê de especialistas e da aplicação do protocolo a uma amostra da população em estudo durante o pré-teste^(9,22). Nessa etapa, é possível sugerir a retirada, o acréscimo ou modificar itens⁽⁸⁾, o que não foi necessário no presente estudo. Constatou-se que, por se tratar da adaptação de um protocolo, a avaliação da validade de conteúdo e de face foi um critério utilizado que permitiu avaliar a qualidade dos itens que compõem o protocolo, além de definir com precisão a confiabilidade dos conceitos mensurados e o que se propõe medir, ou seja, o fenômeno estudado. Conforme os critérios estabelecidos no Manual COSMIN, a validade de conteúdo permite avaliar de forma detalhada a relevância e abrangência dos itens que compõem o instrumento⁽²⁹⁾. Acrescenta-se ainda que, durante a validação de conteúdo e de face pelo comitê, foi possível identificar conceitos inadequados à realidade local, como apresentados nos resultados.

O referencial utilizado sugere que a etapa de pré-teste seja realizada por meio da aplicação a uma amostra da população em estudo, com o propósito de identificar palavras ou perguntas de difícil compreensão, avaliar a sua aceitabilidade e comentar sobre o instrumento em geral. No presente estudo, o pré-teste foi realizado mediante aplicação a uma amostra de filhos cuidadores, com o objetivo de avaliar a compreensão da população em estudo quanto ao entendimento dos itens, além de confirmar se o instrumento era aplicável a uma nova realidade. Dessa forma, foi possível analisar os itens e sua adequação ao contexto local, tendo sido essa etapa extremamente relevante para a composição da versão final do protocolo. Ressalta-se que, no decorrer das entrevistas, houve filhos cuidadores que apresentaram maior dificuldade de entendimento das questões do que outros, podendo este fator estar relacionado ao seu nível de instrução, bem como a dificuldades de compreensão decorrentes da idade; além disso, deve-se considerar que o protocolo é extenso e pode causar desconforto e cansaço ao cuidador.

A etapa de submissão foi importante para que a pesquisadora canadense analisasse cada um dos itens do protocolo original com a versão retrotraduzida, a fim de verificar se, durante o processo de adaptação transcultural, houve modificações quanto ao seu formato original, como retirada de algum item ou acréscimo de outros que pudessem comprometer os objetivos do estudo. Desse modo, ao término desta etapa, concluiu-se que a versão final apresentou equivalência em relação à original. Além disso, no presente estudo, deve-se considerar que o protocolo abrange outras escalas de diferentes autores. Esta é uma etapa fundamental para que o instrumento possa ser utilizado de forma confiável no contexto local, uma vez que, mesmo assegurando-se uma consistência entre a versão original e a adaptada por meio da adaptação transcultural, as modificações realizadas no instrumento e o fato de este estar sendo aplicado em um cenário distinto podem alterar suas propriedades psicométricas⁽⁸⁾.

Apesar do processo de adaptação transcultural, do rigor metodológico seguido no estudo e da avaliação rigorosa do comitê de especialistas, os resultados da consistência interna inferiores ao considerado como ideal (Expectativa Filial $\alpha=0,64$, Dever filial $\alpha=0,65$) podem estar relacionados às questões culturais entre os países. Deve-se considerar, ainda, que as medidas tanto de Expectativa quanto de Dever Filial são usadas em conjunto na mensuração da responsabilidade filial. Ademais, são escalas antigas, além de o tamanho amostral ser relativamente pequeno para a realização da validação. Ao final, optou-se por manter os itens da escala original, considerando o fato de as escalas estarem inseridas em um protocolo e de que não serão usadas em estudos individuais.

Autores das áreas de adaptação transcultural ressaltam que os valores abaixo de 0,7 podem ser esperados devido à diversidade do que está sendo medido⁽⁸⁾. Conforme já destacado, a temática de responsabilidade filial é relativamente nova no Brasil, e também no contexto internacional há uma dificuldade para mensurar os construtos que a avaliam, tendo em vista as influências das especificidades culturais. Relativamente à utilização do protocolo *Filial Responsibility* em outros estudos, o alfa de Cronbach variou entre 0,69 e 0,83⁽²⁾. Por outro lado, as escalas Satisfação com a Vida ($\alpha=0,75$) e Índice de Bem-Estar Pessoal ($\alpha=0,87$) apresentaram alfa de Cronbach dentro dos padrões esperados.

Limitações do estudo

Considerando que o presente estudo se propôs a realizar a adaptação transcultural de um protocolo de pesquisa amplo, o tamanho amostral foi relativamente pequeno para a validação. Acrescenta-se que a natureza das escalas usadas para mensurar as atitudes de responsabilidade filial, ou seja, os construtos avaliados, pode não permitir mensurar de forma específica a responsabilidade filial, além de serem escalas muito antigas. Mais ainda, essas escalas foram validadas como representando as dimensões normativas de responsabilidade filial nas culturas estudadas (três grupos culturais distintos), ou seja, os resultados refletem a noção defendida como parte da norma cultural de cada grupo em estudo. Além disso, o estudo foi realizado em uma amostra com características específicas no Rio Grande do Sul, com nível socioeconômico e grau de escolaridade superiores aos de outros estudos nacionais, sem deixar de considerar que o estado possui várias regiões com diferentes crenças, costumes e valores e diversas culturas devido à imigração.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O estudo fornece subsídios para a implementação de políticas públicas e práticas assistenciais, no sentido de incluir este grupo no processo de cuidado. No que tange ao cuidado de enfermagem, conhecer as atitudes de responsabilidade filial e analisar os comportamentos de cuidar com base no apoio instrumental, no apoio emocional, na companhia e no apoio financeiro e avaliar de modo ampliado o bem-estar do cuidador são importantes durante a avaliação do enfermeiro para o planejamento do cuidado, bem como para a tomada de decisões dos filhos no que se refere ao processo de cuidado

ao idoso, à possibilidade de institucionalização ou ao fato de o idoso morar sozinho.

Ademais, o enfermeiro deve estabelecer um vínculo terapêutico com essas famílias, buscando identificar as necessidades, tanto do idoso quanto do filho cuidador, para traçar estratégias de cuidado que proporcionem alívio do estresse, organização e sistematização do cuidado, suporte e acolhimento das queixas dessas pessoas.

O protocolo pode ser aplicado em outros contextos nacionais para que diferentes matrizes familiares e diversidades culturais possam ser identificadas, considerando-se a extensão do país e os processos de imigração e emigração ocorridos nas várias regiões brasileiras. Os resultados de pesquisas sobre a responsabilidade dos filhos no cuidado aos pais podem ser utilizados em variados cenários de prática de enfermagem ao se vivenciarem diferentes atitudes e comportamentos de cuidar, que exigem dos profissionais intervenções específicas e adequadas a cada realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização das etapas discutidas neste estudo permitiu manter a equivalência conceitual do protocolo original e a equivalência semântica no contexto local do estudo, preservando-se o objetivo do estudo de base e a qualidade das informações do protocolo. O diferencial do presente estudo foi utilizar um referencial teórico-metodológico de adaptação transcultural, usado basicamente para validar escalas na adaptação transcultural de um protocolo de pesquisa amplo. A utilização de um protocolo amplo (questões abertas, fechadas e escalas) permitiu mensurar as atitudes de responsabilidade filial com base em duas medidas (expectativa e dever filial), analisar os comportamentos de cuidar com base no apoio instrumental, no apoio emocional, na companhia e no apoio financeiro e avaliar de modo ampliado o bem-estar do cuidador, utilizando-se, de forma complementar, as questões abertas.

A responsabilidade filial, já estudada no contexto internacional, é uma temática recente no Brasil. Portanto, com a adaptação deste protocolo, é possível inseri-la no contexto das pesquisas brasileiras e incentivar a utilização do protocolo *Filial Responsibility* por outros pesquisadores brasileiros.

A versão brasileira apresentou uma boa equivalência conceitual e semântica, e os resultados demonstraram que os conceitos e itens utilizados no protocolo são aplicáveis ao contexto brasileiro.

FOMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, com apoio financeiro mediante o edital projeto nº476470/2013-7.

Apoio Financeiro à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

AGRADECIMENTOS

A Ana Cláudia Fuhrmann, Kamila Dellamora Raubustt, bolsistas de Iniciação Científica, pelo auxílio na coleta dados.

REFERÊNCIAS

1. Chappell NL, Funk L. Filial Caregivers; diasporic chinese compared with homeland and hostland caregivers. *J Cross Cult Gerontol*[Internet]. 2011[cited 2015 Jan 21];26(4):315-29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10823-011-9154-x>
2. Chappell NL, Funk L. Filial responsibility: does it matter for care-giving behaviours? *Ageing Soc* [Internet]. 2012[cited 2012 Mar 25];32(7):1128-46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/s0144686x11000821>
3. Gans D, Silverstein M. Norms of Filial Responsibility for Aging Parents across Time and Generations. *J Marriage Fam*[Internet]. 2006[cited 2015 Jan 21];68(4):961-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00307.x>
4. World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005. 62p.
5. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
6. Brasil. Senado Federal. *Estatuto do Idoso*. Brasília (DF): Senado Federal; 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
8. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. *Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures*. Toronto: Institute for Work & Health; 2007.
9. Aires M, Weissheimer AM, Rosset I, Oliveira FA, Morais EP, Paskulin LM. Transcultural adaptation of the filial responsibility interview schedule for Brazil. *Int Nurs Rev*[Internet]. 2012[cited 2015 Jan 21];59(2):266-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00940.x>
10. Valer DB, Aires M, Fengler FL, Paskulin LMG. Adaptation and validation of the Caregiver Burden Inventory for use with caregivers of elderly individuals. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015[cited 2015 Jan 17];23(1):130-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3357.2534>
11. Seelbach WC, Sauer WJ. Filial responsibility expectations and morale among aged parents. *J Gerontol*[Internet]. 1977[cited 2015 Jan 18];17(6):492-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/17.6.492>
12. Gallois C, Giles H, Ota H, Pierson HD, Ng SH, Lim TS, Maher J, et al. Intergenerational communication across the Pacific Rim: the impact of filial piety. Paper presented at the annual conference of the International Association of Cross-Cultural Psychology, Montreal (CA); 1961.
13. Novak M, Guest C. Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. *J Gerontol*[Internet]. 1989[cited 2015 Jan 18];29(6):798-803. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/29.6.798>
14. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol* [Internet]. 1961[cited 2015 Jan 17];16(2):134-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/16.2.134>
15. Lau ALD, Cummins RA, McPherson W. An Investigation into the cross-cultural equivalence of the Personal Wellbeing Index. *Soc Indic Res*[Internet]. 2005[cited 2015 Jan 18];72(3):403-430. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-004-0561-z>
16. Lee YR, Sung KT. Cultural differences in caregiving motivations for demented parents: Korean caregivers versus American caregivers. *Int J Aging Hum Dev* [Internet]. 1997[cited 2015 Feb 17];44(2):115-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.2190/BLY5-07M1-6VVY-XJMX>
17. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* [Internet]. 1963[cited 2015 Feb 13];185(12):914-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
18. Lawton MP, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *J Gerontol*[Internet]. 1969[cited 2015 Feb 13];9(3):179-86. Available from: http://dx.doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
19. Kim JS, Lee EH. Cultural and noncultural predictors of health outcomes in Korean daughter and daughter-in-law caregivers. *Public Health Nurs*[Internet]. 2003[cited 2015 Feb 8];20(2):111-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1446.2003.20205.x>
20. Stein CH, Wemmerus VA, Ward M, Gaines ME, Freeberg AL, Jewell TC. 'Because they're my parents': an intergenerational study of felt obligations and parental caregiving. *J Marriage Fam* [Internet]. 1998[cited 2015 Feb 12];60(3):611-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.2307/353532>
21. Funk L. The interpretive dynamics of filial and collective responsibility for elderly people. *Can Rev Sociol* [Internet]. 2010[cited 2015 Feb 14];47(1):71-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-618X.2010.01223.x>
22. Paskulin LMG, Aires M, Valer DB, Morais EP, Freitas IBA. Adaptation of an instrument to measure health literacy of older people. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2011[cited 2015 Feb 5];24(2):271-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200018>
23. Cheung C, Kwan AY, Ng SH. Impacts of filial piety on preference for kinship versus public care. *J Community Psychol*[Internet]. 2006[cited 2015 Feb 5];34(5):617-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jcop.20118>
24. Del Corso AR, Lanz M. Felt obligation and the family life cycle: A study on intergenerational relationships. *Int J Psychol*[Internet].

- 2013[cited 2015 Feb 3];48(6):1196-200. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/00207594.2012.725131>
25. Jones PS, Lee JW, Zhang XE. Clarifying and measuring filial concepts across five cultural groups. *Res Nurs Health*[Internet]. 2011[cited 2015 Feb 5];4(4):310-26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20444>
26. Kim BK, Li LC, Ng GF. The Asian American Values Scale--Multidimensional: development, reliability, and validity. *Cult Divers Ethnic Minor Psychol*[Internet]. 2005[cited 2015 Feb 18];11(3):187-201. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/1099-9809.11.3.187>
27. Paixão Júnior CM, Reichenheim ME, Moraes CL, Coutinho ESF, Veras RP. Cross-cultural adaptation to Brazil of the instrument Caregiver Abuse Screen (CASE) for detection of abuse of the elderly by caregivers. *Cad Saúde Publica*[Internet]. 2007[cited 2015 Feb 3];23(9):2013-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900010>
28. Hora EC, Sousa RMC. Cross-cultural adaptation of the instrument. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2009[cited 2015 Feb 8];17(4):541-47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>
29. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. COSMIN checklist manual [Internet]. Institute for Health and Care Research, Amsterdam (NL); 2012[cited 2015 Feb 8]. Available from: <http://www.cosmin.nl/images/upload/files/COSMIN%20checklist%20manual%20v9.pdf>
-