

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

LARISSA DE ANDRADE

**Tradução e adaptação cultural da  
“*Family Meaning of Nursing-Home Visits Scale/Escala de  
Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa  
Permanência para Idosos*”  
para o contexto brasileiro**

SÃO CARLOS -SP  
2021

LARISSA DE ANDRADE

**Tradução e adaptação cultural da  
“*Family Meaning of Nursing-Home Visits Scale/Escala de  
Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa  
Permanência para Idosos*”  
para o contexto brasileiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

(Linha de pesquisa: Saúde, biologia e envelhecimento).

Profa. Dra. Keika Inouye (Orientadora)  
Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi (Coorientadora)

São Carlos-SP  
2021



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

---

### Folha de Aprovação

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Larissa de Andrade, realizada em 27/05/2021.

#### Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Keika Inouye (UFSCar)

Prof. Dr. Adriano Filipe Barreto Grangeiro (UFTO)

Prof. Dr. Fernando Augusto Vasilceac (UFSCar)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha querida orientadora Profa. Dra. Keika Inouye que desde o início desta trajetória me acolheu de braços abertos, aceitou todos os desafios deste projeto, o qual descobrimos juntas os segredos desta metodologia e todas suas surpresas. Não só um exemplo de pesquisadora, mas também de pessoa, de mulher, amiga, mãe, pois esteve sempre ao meu lado, me incentivando com muito respeito, empatia, carinho, entendendo minhas escolhas, mudanças, e jamais me abandonou pelo caminho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu força, saúde e vida para concluir este projeto.

Aos meus avós que foram o motivo de seguir minha carreira lutando para o bem estar e qualidade de vida do idoso.

A minha família que sem dúvida nenhuma é a minha maior rede de apoio social e minha maior motivação em pesquisar e entender a influência da família na vida de cada pessoa.

Aos melhores amigos e maiores exemplos de foco e determinação que sempre me fortaleceram e enfatizaram a importância de uma pesquisa, Ludmyla, Estefani e Madson.

A minha querida orientadora que me apoiou em cada momento de desenvolvimento desta pesquisa, esteve sempre ao meu lado respeitando todas as minhas decisões, com empatia, e carinho.

Aos idosos que a cada dia me reforçam a tomada de decisão mais importante da minha vida.

Aos familiares dos idosos que aceitaram participar da pesquisa e compartilhar temas particulares em relação a sua família.

À Terça da Serra Residencial Sênior que entendeu o motivo e importância do meu trabalho, se mostrando de portas abertas para realização desta pesquisa em algumas de suas unidades.

Ao Departamento de Gerontologia da UFSCar que disponibilizou todos os seus recursos para desenvolvimento deste projeto e o suporte de todo seu corpo docente.

*“Ainda que eu falasse a língua dos homens,  
E falasse a língua dos anjos, sem amor eu nada seria”.*

Renato Russo

*“O que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida”.*

William Shakespeare

## Resumo

### **Tradução e adaptação cultural da “*Family Meaning of Nursing-Home Visits Scale/Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos*” para o contexto brasileiro**

**Introdução:** A procura pelos serviços prestados por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) cresce com o envelhecimento populacional. Estes espaços podem representar uma alternativa positiva de amparo, proteção e segurança, ou negativa que simboliza abandono de um ente querido. No contexto das ILPIs, uma das formas de se manter o vínculo familiar ocorre por meio das visitas familiares. Recentemente, foi construída e validada em Taiwan uma escala com o intuito de compreender o significado atribuído pelas famílias para visitar os idosos institucionalizados, denominada *Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale* (FMNHVS). A disponibilização deste instrumento no Brasil se justifica pelo crescente aumento de idosos que vivem em ILPI e da importância dos vínculos familiares que afetam diretamente as condições biopsicossociais dos idosos. **Objetivo:** Traduzir e adaptar culturalmente a escala FMNHV para o contexto brasileiro. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo metodológico, no qual foram seguidas as etapas preconizadas na literatura internacional, que são: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução (*back translation*), revisão por um comitê de juízes e pré-teste. **Resultados:** A tradução inicial foi realizada por dois tradutores profissionais com experiência em textos científicos da área de saúde. A síntese das traduções foi realizada por meio de reunião entre integrantes do grupo de pesquisa e os tradutores para consenso frente às divergências encontradas. A retrotradução consistiu verter a FMNHVS novamente para o idioma de origem e submissão à apreciação da autora original. Após a aprovação e consenso com a autora, um comitê de seis juízes revisaram e compararam todas as traduções realizadas. Observou-se concordância de 83% em todos os itens e se chegou a uma versão para o pré-teste no Brasil. A etapa de pré-teste consistiu em aplicar o instrumento em uma amostra de familiares de idosos institucionalizados com o intuito de avaliar todos os itens da escala, em termos de clareza e compreensão das perguntas, a fim de identificar erros e fazer adaptação para o contexto brasileiro. **Conclusão:** O instrumento foi considerado claro e compreensível e não foram necessárias alterações. A versão brasileira da FMNHVS foi traduzida e adaptada culturalmente para o contexto brasileiro.

**Palavras- Chave:** Idosos. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Relações familiares. Tradução. Inquéritos e questionários.

## Abstract

### **Translation and cultural adaptation of the “*Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale*” for the Brazilian context**

**Introduction:** The demand for services provided by Long-Term Institutions for the Elderly (LTCIs) grows with the aging of the population. These spaces can represent a positive alternative of protection, protection and security, or a negative one that symbolizes the abandonment of a loved one. In the context of LSIEs, one of the ways to maintain the family bond is through family visits. Recently, a scale was built and validated in Taiwan in order to understand the meaning attributed by families to visiting institutionalized elderly people, called the Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale (FMNHVS). The availability of this instrument in Brazil is justified by the increasing number of elderly people living in LSIE and the importance of family ties that directly affect the biopsychosocial conditions of the elderly. **Objective:** To translate and culturally adapt the FMNHV scale to the Brazilian context. **Materials and methods:** This is a methodological study, in which the steps recommended in the international literature were followed, which are: initial translation, synthesis of translations, back translation, review by a committee of judges and pre-test. **Results:** The initial translation was performed by two professional translators with experience in scientific texts in the health field. The synthesis of the translations was carried out through a meeting between members of the research group and the translators for a consensus on the differences found. The back-translation consisted of translating the FMNHVS back to the original language and submitting it to the original author for consideration. After approval and consensus with the author, a committee of six judges reviewed and compared all translations performed. There was an agreement of 83% for all items and a version for the pre-test was reached in Brazil. The pre-test stage consisted of applying the instrument to a sample of family members of institutionalized elderly in order to assess all the items on the scale, in terms of clarity and understanding of the questions, in order to identify errors and adapt to the context. Brazilian. **Conclusion:** The instrument was considered clear and understandable and no changes were necessary. The Brazilian version of the FMNHVS was translated and culturally adapted to the Brazilian context.

**Keywords:** Elderly. Long-Term Institution for the Elderly. Family relationships. Translation. Surveys and questionnaires.



## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** - Comparativo da versão original em inglês da “Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos” e a versão consensual traduzida para o português brasileiro. Campinas, 2021.

**Quadro 2** - Comparativo da versão original em inglês da “Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos” e a versão consensual retrotraduzida. Campinas, 2021.

**Quadro 3** - Comparativo da versão consensual traduzida pelos pesquisadores e tradutores para o português brasileiro “Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos” e as colocações autora original do instrumento. Campinas, 2021.

**Quadro 4** - Índice de validade de conteúdo (IVC) da versão original da “Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos” para a versão traduzida segundo análise do comitê de juízes. Campinas, 2021.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos familiares dos idosos residentes em ILPI. Campinas, 2021.

Tabela 2 – Escores gerais e por domínio dos familiares obtidos por meio da Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos (n=4). Campinas, 2021.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|        |  |
|--------|--|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária         |
| CEP    | Comitê de Ética em Pesquisa                      |
| FMNHVS | Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale    |
| IBGE   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  |
| ILPIs  | Instituições de Longa Permanência de Idosos      |
| IPEA   | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada         |
| RDC    | Resolução da Diretoria Colegiada                 |
| SBGG   | Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido       |
| UFSCar | Universidade Federal de São Carlos               |

## SUMÁRIO

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>1</b>  | <b>APRESENTAÇÃO: trajetória percorrida e delimitação do tema.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>2</b>  | <b>INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>14</b> |
|           | 2.1 Envelhecimento populacional e as demandas de cuidados  |           |
|           | 2.2 Instituições de Longa Permanência para Idosos  |           |
|           | 2.3 A família e a institucionalização de um idoso  |           |
|           | 2.4 Interações sociais e visitas familiares no cotidiano das ILPIs   |           |
|           | 2.4 <i>Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale (FMNHVS)</i>  |           |
| <b>3</b>  | <b>OBJETIVOS.....</b>  | <b>25</b> |
|           | 3.1 Objetivo geral   |           |
|           | 3.2 Objetivos específicos  |           |
| <b>4</b>  | <b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>  | <b>25</b> |
|           | 4.1 Etapa I - tradução inicial   |           |
|           | 4.2 Etapa II - síntese das traduções   |           |
|           | 4.3 Etapa III - retrotradução (back translation)   |           |
|           | 4.4 Etapa IV: revisão por um comitê de juízes  |           |
|           | 4.5 Etapa V - pré-teste  |           |
|           | 4.6 Local de coleta de dados   |           |
|           | 4.7 Critérios de inclusão  |           |
|           | 4.8 Procedimento da coleta de dados  |           |
|           | 4.9 Instrumentos de coleta de dados  |           |
|           | 4.9.1 Formulário de Caracterização dos Participantes   |           |
|           | 4.9.2 <i>Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale</i>   |           |
|           | 4.10 Aspectos Éticos   |           |
| <b>5</b>  | <b>RESULTADOS.....</b>   | <b>30</b> |
| <b>6</b>  | <b>DISCUSSÃO.....</b>  | <b>38</b> |
| <b>7</b>  | <b>CONCLUSÕES.....</b>   | <b>44</b> |
| <b>8</b>  | <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>45</b> |
| <b>9</b>  | <b>ANEXOS.....</b>   | <b>53</b> |
|           | 8.1 Anexo 1 - Autorização da Dr. Hsiu-Hsin Tsai, autora do instrumento,<br>para realização da Pesquisa                                     |           |
|           | 8.2 Anexo 2 - <i>Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale</i>   |           |
|           | 8.3 Anexo 3 - Autorização da instituição para a coleta de dados em suas<br>dependências  |           |
| <b>10</b> | <b>APÊNDICES.....</b>  | <b>57</b> |
|           | Apêndice 1 - Carta explicativa encaminhada aos especialistas   |           |
|           | Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  |           |
|           | Apêndice 3 - Formulário de Caracterização Sociodemográfica   |           |
|           | Apêndice 4 - Versão consensual traduzida da “Escala de Significado<br>Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos” |           |

## **1 APRESENTAÇÃO: trajetória percorrida e delimitação do tema**

Realizei minha graduação em Gerontologia em 2014 na Universidade Federal de São Carlos e, logo no início da graduação, apaixonei-me pela temática da qualidade de vida do idoso, mas meu interesse era descobrir a associação entre esta e a presença da família no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Neste sentido, entrei em contato com a Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi que pesquisava qualidade de vida do idoso. Ela me orientou durante a iniciação científica intitulada “Qualidade vida e relações familiares de idosos institucionalizados”.

Durante a graduação, estagiei em duas ILPIs do município de Araraquara e em uma delas de cunho filantrópico realizei a coleta de dados para a elaboração do meu Trabalho de Conclusão de Curso com o tema “A rede de apoio social dos idosos que vivem em ILPIs”.

Após o término da graduação, fui contratada como Gerontóloga na segunda ILPI, que era um grupo formado por três ILP's e, neste campo, consegui me desenvolver profissionalmente e trabalhar ativamente com a equipe multiprofissional, acompanhar e mediar as visitas familiares e atuar frente à gestão organizacional.

No momento de definir meu tema de pesquisa para o mestrado, estava extremamente surpresa com os resultados encontrados na minha pesquisa e decidi que não queria fugir da temática do apoio social dos idosos institucionalizados. Neste momento, mais uma vez, a Profa. Dra. Fabiana me apresentou a *Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale (FMNHVS)* e fomos estudar seus objetivos, foi quando pedimos autorização à autora da escala original e, após concessão, elaboramos o projeto.

Após aprovação no Programa de Pós Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos, tive o privilégio de realizar meu projeto sob orientação da Profa. Dra. Keika Inouye e co-orientação da Profa. Dra Fabiana de Souza Orlandi. Neste momento, o objetivo do estudo era Traduzir e adaptar transculturalmente a FMNHVS para o contexto brasileiro.

O trabalho está organizado de acordo com a metodologia de pesquisa em introdução, objetivos, métodos, resultados, discussão, conclusões,

referenciais, anexos e apêndices e irá trazer reflexões frente o motivo pelo qual os familiares realizam as visitas às ILPI's.

Atualmente sou consultora de campo operacional em uma franquia de casa de repouso para idosos, onde iniciei como gestora da primeira unidade da rede e consegui me desenvolver não só profissionalmente como pessoalmente, contribuindo com minhas experiências e vivências acadêmicas nos contextos de instituições de naturezas distintas.

## **2 INTRODUÇÃO**

### **2.1 Envelhecimento populacional e as demandas de cuidados**

Em 2019, havia 7,7 bilhões de pessoas no mundo e, destas, 703 milhões tinham 65 anos ou mais (9,12% do total). Nas últimas três décadas, de 1990 a 2019, o contingente de pessoas com 65 anos ou mais aumentou de 6% para 9%. Ademais, as perspectivas indicam que, em 2050, haverá 9,7 bilhões de pessoas no planeta e, destas, 1,5 bilhão será idosa – um segmento de 15,5% da população (UNITED NATIONS, 2019).

Os dados demográficos brasileiros se assemelham à tendência mundial de envelhecimento. Em 2018, nosso país tinha 208,5 milhões de habitantes e, destes, 19,2 milhões tinham 65 anos ou mais – 9,2% da população. Estima-se que em 2026, serão 228,3 milhões de brasileiros e, destes, 58,2 milhões terão 65 anos ou mais – 25,5% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2020).

Em nota técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Constanzi et al. (2018) enfatizam o envelhecimento da própria população idosa. O contingente considerado muito idoso crescerá significativamente – entre 2018 e 2060, a faixa de 80 anos ou mais crescerá de 2% para 8,4% e, de 90 anos ou mais, de 0,4% para 2,2%.

As transições demográfica e epidemiológica oriundas do processo de envelhecimento populacional acarretam em um desafio importante no sentido de garantir os direitos, assegurar cuidados de qualidade e promover o bem-estar diante da diversidade do envelhecer. Desta forma, a inclusão de serviços e programas de cuidados especializados é uma exigência para a sociedade contemporânea (VIVAS; ROCHA, 2020).

Segundo Veras e Oliveira (2018), a atenção aos idosos precisa ser integrada e os cuidados precisam estar organizados em uma rede desde o acolhimento até os cuidados no fim da vida. A proposta é um modelo centrado nas necessidades e características dos idosos. Qualquer que seja o nível de atenção, os cuidados têm por objetivo manter, na medida do possível, a autonomia, participação e a qualidade de vida dos idosos.

O *continuum* começa em níveis de custos relativamente baixos com utilização de técnicas epidemiológicas de rastreio e monitoramento das condições biopsicossociais dos idosos. Esta esfera de atenção se inicia no acolhimento, passa pelos núcleos integrados de cuidados – como ambulatório clínico e centro-dia, e termina nos ambulatórios de geriatria e atenção domiciliar de baixa e média complexidade (VERAS; OLIVEIRA, 2018; VERAS, 2020).

Para os casos que demandam cuidados mais complexos, os serviços têm custos mais elevados e são divididos em cuidados de curta e longa duração. Os cuidados de curta duração envolvem atenção domiciliar complexa, emergência, hospital, hospital-dia e cuidados paliativos. Os cuidados de longa duração abarcam unidades de reabilitação, residências assistidas e as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs) (KOJETIN et al., 2019; QUEIROGA et al., 2020; ROQUE et al., 2020; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

## **2.2 Instituições de Longa Permanência para Idosos**

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as ILPIs são entidades governamentais ou não, “de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania” (ANVISA, 2005, p. 2).

A partir das normas regulamentadoras constantes na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005, as ILPIs precisam garantir os direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais de seus residentes. Em ambiente acolhedor para moradia, livre de violência e discriminação, as premissas organizacionais devem prover aos idosos a máxima autonomia e liberdade, assegurar privacidade, preservar a

identidade, promover o lazer e o convívio social e intergeracional com integração da comunidade interna e externa (ANVISA, 2005).

Com denominações diversas na literatura, legislação e comunidade, as ILPIs também são chamadas de casas de repouso, *nursing homes*, *residential long-term care*, clínicas geriátricas, residenciais sêniores, lar de idosos, asilato, asilos e abrigos. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) propôs a adoção da denominação ILPI com o objetivo de padronização e desassociar o preconceito que denominações históricas carregam (FIGUEIREDO, 2015; ZIMMERMANN et al. 2015).

A SBGG define as ILPIs como organizações híbridas que devem prestar serviços diversificados – na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia entre outras, para atendimento integral de pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não tem condições para permanecer em seu domicílio ou com a família (GARCIA; WATANABE, 2017).

Ainda que existam normatizações e políticas públicas para que as condições de moradia sejam boas e que existam ILPIs que prestem serviços de excelência, muitos desafios persistem para que as ILPIs sejam consideradas como uma alternativa de lar satisfatória. Este fato pode estar relacionado com questões históricas e culturais da concepção destas instituições. Na sociedade brasileira, as ILPIs são associadas à doença, pobreza, abandono e terminalidade para os institucionalizados e ao fracasso para a família em relação aos cuidados de seus membros – sendo uma visão ainda presente e persistente no século XXI (CAMARANO; KANSO, 2010; CAMARANO, 2020).

Segundo Christophe e Camarano (2010), as informações históricas da evolução dos asilos e abrigos para idosos são escassas tanto no Brasil como no mundo. Os registros mais remotos de *gerontocômios* remontam à Grécia Antiga. Os relatos posteriores descrevem que estes locais como casas de cuidados coletivos, mantidas por instituições religiosas ou de caridade, que tinham a finalidade de abrigar idosos desamparados e pessoas necessitadas que não tivessem espaço na organização social de sua época. Como estas residências eram amparadas por doações e benfeitores, estes influenciavam na população a ser acolhida – especialmente quando se tratava de questões religiosas (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).



Ao longo do século XVIII, as instituições de caridade começam a atender públicos específicos. Surgem os orfanatos para as crianças, hospícios para indivíduos com transtornos mentais e pessoas não aceitas socialmente e asilos para os velhos. Gradativamente, o poder público vai tomando parte de sua responsabilidade no cuidado dos necessitados. Porém, muitas vezes organizavam a assistência em locais afastados excluindo os menos favorecidos da comunidade (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

O Brasil teve sua história bem alinhada à história mundial. Os asilos eram mantidos por associações religiosas, filantrópicas e de imigrantes. Em 1797, a Casa dos Inválidos situada no Rio de Janeiro foi a primeira instituição asilar do país. Este se destinava ao acolhimento de soldados idosos. Porém, no início do século seguinte, a instituição foi fechada e seus abrigados foram transferidos para a Santa Casa de Misericórdia (COSTA; MERCADANTE, 2013; FAGUNDES et al. 2017).

Também no Rio de Janeiro, em 1890, o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada foi pioneiro no atendimento de idosos de maneira geral. Nesta época, a instituição tinha cunho filantrópico-assistencialista típico do século XIX e priorizava indivíduos financeiramente desfavorecidos. A partir do início do século XX, abre-se uma ala destinada para idosos com condições de pagar pelos serviços prestados e atualmente é configurado como uma residência para aqueles que têm condições financeiras privilegiadas (GROISMAN, 2015).

Alinhando-se ao envelhecimento populacional e suas demandas, as ILPIs se espalham e se tornam numerosas no Brasil. Na primeira década do século XXI, o número de instituições privadas com fins lucrativos tem crescido exponencialmente, porém, ainda se observa a predominância de instituições filantrópicas. Segundo a SBGG, em 2010, havia 3.549 instituições de longa permanência no Brasil, a maioria de natureza filantrópica, que abrigavam cerca de 100 mil idosos (FIGUEIREDO, 2015).

Assim, atualmente, ainda que existam condições e recursos limitados em nossa realidade, as ILPIs têm como objetivo atender todas as premissas da RDC nº 283 da ANVISA citadas no início deste tópico (ANVISA 2005). Prover moradia e alimentação não são suficientes para suprir as demandas de bem-estar e qualidade de vida de um idoso (GARCIA; WATANABE, 2017).

### **2.3 A família e a institucionalização de um idoso**

A palavra família tem origem no latim – “*famulus*”, que na Roma Antiga, referia-se ao conjunto de criados ou escravos domésticos. Desta forma, as pessoas que se encontravam sob a autoridade patriarcal em um domicílio eram consideradas uma família. Mais tarde, a união matrimonial e a sua descendência estreitaram os laços familiares e os atrelaram à consanguinidade ou à união legal de pessoas pelo casamento e/ou adoção. Atualmente, entende-se que os vínculos familiares ultrapassam estes limites e não é possível estabelecer um conceito universal. Assim, sua essência foi ampliada para uma definição mais abrangente e a família é interpretada como uma instituição regulada por preceitos de afiliação e alianças mutuamente pactuadas pelos seus integrantes (MOIMAZ et al., 2011).

No sentido sociodemográfico, a família é um grupo de pessoas que habitam a mesma moradia excluindo os empregados domésticos. Esta definição está fundamentada na estreita ligação entre o parentesco, os laços afetivos e a estrutura domiciliar. A relação do conceito com o grau de convivência repartida ou ligação doméstica remete à família como unidade com padrões de cuidados, hábitos de consumo e referências culturais próprias (ALTMANN, 1984).

A família constitui-se como o mais importante alicerce de vínculos, cuidados e aportes afetivos que subsidiam o sentimento de pertencimento, proporcionam desenvolvimento e promovem bem-estar. Por meio desta convivência, são constituídos os valores culturais, morais, éticos e de solidariedade tipicamente humanos. As crenças, hábitos e práticas familiares influenciam no comportamento e nas atitudes de seus membros (MOIMAZ et al., 2011).

Acontecimentos econômicos, tecnológicos, sociais e demográficos têm transformado a família. A diminuição da taxa de fecundidade, o aumento da longevidade, as mudanças nos padrões hierárquicos e de relacionamento entre os membros e a inserção da mulher no mercado de trabalho acarretam em alterações significativas da composição e dinâmica familiar e refletem no cuidado interpessoal (MEIRELLES et al., 2007). Atualmente, a família tem número de filhos reduzido, o convívio intergeracional é mais frequente por causa do aumento da longevidade, os relacionamentos conjugais podem

assumir formas diversas e, independentemente do sexo, as pessoas se engajam mais no mercado de trabalho quando comparado com outrora em que o papel de provedor recaia sobre o sexo masculino (KÜCHEMANN, 2012; RAMOS; NASCIMENTO, 2008).

A despeito de todas as transformações, a família continua a desempenhar o papel essencial na provisão dos cuidados informais de seus membros. O cotidiano doméstico de pessoas que dividem uma residência é preenchido, em grande parte, pelo atendimento das necessidades físicas, psicológicas e sociais de cada um de seus integrantes. E mesmo quando as pessoas não moram juntas, mas consideram seus laços familiares, a responsabilidade de cuidados recai em seus membros, especialmente em condições de idade avançada, viuvez, doença e fragilidade. Assim, a família representa a unidade de atenção à saúde que antecede a atenção primária e especializada (ARAÚJO; CASTRO; SANTOS, 2018).

A Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988) atribui à família a responsabilidade compartilhada de cuidar dos idosos. Ademais, a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) priorizam os cuidados do idoso pelas famílias em detrimento aos cuidados asilares. Assim, há um reforço cultural de falta de cumprimento de deveres por parte da família quando um idoso é institucionalizado. Além disso, os preconceitos historicamente construídos de desprezo, abandono, irresponsabilidade e ausência de afeto familiar são a ela direcionados (ARAÚJO et al., 2020; MORAIS et al., 2014).

Segundo Camarano (2020), os estereótipos negativos da institucionalização e as dúvidas relacionadas à qualidade dos serviços prestados por ILPIs se refletem em procura ainda discreta por esta modalidade de cuidado em nosso país. A proporção de idosos residentes em ILPIs brasileiras é baixa – aproximadamente 1% do total de idosos (CAMARANO, 2020). Na maior parte das vezes, a família recorre às ILPIs como última alternativa e, mesmo assim, esta sofre com sentimentos de apreensão ou culpa. Por outro lado, não raramente, o próprio idoso a ser institucionalizado também sofre com percepções de menos valia, fardo social e depressão (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Muitas vezes, a institucionalização traz o fardo da culpa, da ruptura familiar, da ingratidão e falta de preocupação com o outro na velhice. No entanto, o objetivo atual das ILPIs é oferecer justamente o contrário. Os serviços podem ser especializados com equipe qualificada, cuidados individualizados e planejados para que se mantenha a dignidade, segurança, convívio social satisfatório e conforto. Certamente, esta não é a realidade absoluta em nosso país, mas é a diretriz prevista pela legislação (ALVES-SILVA; COMIN; SANTOS, 2013; DUTRA et al., 2016; STROPARO; EIDAM; CZAIKOVSKI, 2020).

A visão retrógada das ILPIs como locais restritivos, isolados, controladores, repletos pelo abandono e terminalidade são fortes em nossa sociedade e ofusca a visão atual centrada nos direitos humanos. A institucionalização é polêmica e se trata de tabu cultural. Conseqüentemente, a manutenção dos vínculos familiares envolve múltiplos sentimentos contraditórios para todos os envolvidos (BRAGA et al., 2019).

O idoso e os familiares podem ter afetos positivos e entender que as necessidades de cuidados estão sendo contempladas da melhor maneira sem sobrecarregar ou desgastar a convivência. Por outro lado, a concepção de abandono e descumprimento de papéis também assombram os idosos e suas famílias. Desta forma, a entrega do idoso a cuidados institucionais é realizada com significativo constrangimento e a esquiva sobre esta questão com parentes, amigos ou vizinhos não é incomum (BRAGA et al., 2019; MAZZA; LEFÈVRE, 2004).

#### **2.4 Interações sociais e visitas familiares no cotidiano das ILPIs**

A interação social é um dos componentes do constructo apoio social, portanto estes se relacionam, mas não necessariamente se convergem (SILVA et al., 2014). Em outras palavras, nem toda interação social é positiva e proporciona apoio social. Algumas interações sociais podem ser negativas e prejudiciais. Especificamente no caso dos idosos, pode haver interações excessivamente protetoras ou permeadas por mágoa, culpa ou cobrança (RODRIGUES; SILVA, 2013).

Por outro lado, as interações sociais saudáveis e positivas levam a satisfação das necessidades de vida grupal tipicamente humanas e fomentam

a percepção de disponibilidade de afeição, cuidado, apoio, empatia e valor para amigos, familiares e profissionais. Estas interações sociais de qualidade elevam o bem-estar. Por outro lado, falta de apoio e má qualidade interações sociais podem predispor a morbidade, incapacidade, declínio cognitivo, transtornos mentais, institucionalização e até a morte (GEIB, 2012; GUEDES et al., 2017).

Os fatores que levam à maior quantidade de interações sociais e a boa percepção de apoio social são comumente contrários às condições dos idosos. Quando comparado aos jovens, os idosos sofrem com as alterações e perdas fisiológicas, têm a saúde mais frágil, estão mais susceptíveis a não terem uma união conjugal estável por conta de viuvez e separação, experimentam as perdas de papéis ocupacionais, bem como dispõem de menor renda e nível de instrução inferior. Estes fatores reduzem a quantidade e qualidade das interações sociais na velhice (MELCHIORRE et al., 2013).

Desta forma, não raramente, as relações sociais dos idosos se enfraquecem ou tomam distância ao longo do tempo. No entanto, a relação distante ou enfraquecida ainda tem um grande significado afetivo para o idoso (NERI; VIEIRA, 2013). Esta realidade é consideravelmente mais notável para idosos institucionalizados que podem não perceber a participação de parentes e pessoas queridas no cotidiano da ILPI da maneira que idealizavam (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010; GAUGLER; PEARLIN; ZARIT, 2003).

Existem diferentes formas de participação das famílias nas ILPIs, as mais comuns são as visitas presenciais, trabalhos voluntários, presença em eventos, contatos telefônicos e/ou auxílio nos cuidados. Estas são importantes para manutenção dos vínculos afetivos (SANTOS et al., 2019). As visitas de familiares aos idosos é a modalidade mais comum de expressar a relação entre eles no contexto institucional, mas não ocorre com a frequência ideal para todos os institucionalizados (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010).

Programas de videoconferências para visitas virtuais de familiares foram documentados na literatura, mas a taxa de participação de membros da família foi baixa. A frequência de interações em visitas virtuais não é maior. Isso sugere que as visitas presenciais tradicionais ainda são a forma preferida para as famílias interagirem com os idosos institucionalizados (TSAI et al., 2010; TSAI; TSAI, 2012).

A não obrigatoriedade de inclusão da família no cotidiano das instituições é uma realidade, apesar da Constituição Federal responsabilizar a família, juntamente com a sociedade e o Estado, pelo amparo aos idosos (BRASIL, 1988). Muitas vezes, o familiar não se sente parte do processo do cuidado do idoso, pois não identifica o que fazer e como colaborar com a ILPI, nem mesmo nos momentos de visita (CREUTZBERG et al., 2008).

Desta forma, nem sempre se estabelece a relação de parceria entre as partes. Um reflexo dessa questão é a redução número de visitas familiares aos idosos institucionalizados ao longo de sua permanência na ILPI. “O isolamento pela perda das referências e pelo escasseamento das visitas ao longo do tempo, é um dos fatores mais nefastos das ILPIs” (BESSA; SILVA, 2008, p. 265).

As visitas dos familiares são mantenedoras do vínculo familiar. Sua falta pode desencadear tristeza, solidão e sensação de abandono. Isso impede que os idosos tenham ânimo para aproveitar as oportunidades da instituição (ALVES-SILVA; COMIN; SANTOS, 2013). Segundo Saintrain et al. (2018), os idosos que recebem maior número de visitas são aqueles que foram institucionalizados por vontade própria, que vivem em ILPIs não governamentais e que apresentam melhores condições de saúde. As questões afetivas e de vínculos podem tornar as visitas penosas e com sentimentos de culpa e impotência para os envolvidos (SAINTRAIN et al., 2018, ROBERTS; ISHLER, 2018).

Rodrigues e Silva (2013), com o objetivo de identificar a composição da rede de apoio social dos idosos institucionalizados, entrevistaram 30 idosos residentes em três ILPIs filantrópicas de cidades do interior de Minas Gerais. A rede social dos participantes do estudo foi composta por familiares, funcionários das ILPIs, amigos internos e externos. Os idosos relataram interações com, em média, 3,9 amigos de dentro e de fora da instituição e de apenas 1,8 familiares. Os autores colocam que a maneira como o idoso se relacionou afetiva e socialmente com os familiares ao longo da vida pode influenciar na forma como será estimado e amparado nas últimas etapas do ciclo vital (RODRIGUES; SILVA, 2013).

Conflitos e situações mal resolvidas do passado podem minimizar as interações sociais quando o idoso é institucionalizado. Trata-se de um contexto

em que tanto o idoso e quanto os familiares vão ponderar os motivos para interagir ou não por meio das visitas. Algumas características comportamentais ou de personalidade do idoso e dos familiares podem dificultar ou fortalecer as interações sociais entre as partes (RODRIGUES; SILVA, 2013).

Naleppa (1997) e Miller (2019), em revisão de literatura, apontam que características do próprio idoso, da família e da instituição influenciam no número de visitas. A visitação ocorre com maior frequência quando o serviço é financiado por recursos familiares e há um bom relacionamento entre funcionários da instituição e a família. Idosos mais pobres, com a saúde mais debilitada recebem menor número de visitas. Familiares morando em locais distantes ou com problemas de saúde tendem a menor número de visitas. Além disso, ILPIs que incluem famílias em atividades e têm horários de visita flexíveis recebem mais visitantes (NALEPPA, 1997; MILLER, 2019; PUURVEEN; BAUMBUSCH; GANDHI, 2018).

Segundo Tsai e Tsai (2012), embora seja importante entender o significado das visitas institucionais para os membros da família, estas pesquisas são raras. Talvez isso ocorra pela falta de instrumentos validados de avaliação para este constructo bastante subjetivo. Além disso, os autores apontam a importância de se estudar este significado regionalmente, pois as diferenças culturais relacionadas às responsabilidades de cuidados com os idosos podem modificar o significado de se visitar um familiar institucionalizado. Compreender o significado da visita sob a ótica da família pode auxiliar no planejamento e desenvolvimento de ações que melhorem a qualidade das visitas dos familiares, sendo esta uma prática proveitosa para todos os envolvidos (TSAI; TSAI, 2012; TSAI; TSAI; HUANG, 2012).

### **2.5 Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale (FMNHVS)**

Dada a importância de se entender o significado das visitas familiares aos idosos institucionalizados, em 2012, foi desenvolvida e validada uma escala para mensurar o significado atribuído pelas famílias à visita dos idosos institucionalizados em Taiwan. Esta foi denominada *Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale* (FMNHVS) (TSAI; TSAI; HUANG, 2012).

A construção desta escala se iniciou com entrevistas com 15 membros familiares de idosos institucionalizados que realizavam visitas em quatro ILPIs.

Também, foram captadas as expressões não verbais e comportamentos dos participantes registradas em diários da pesquisa de campo. Com base nos dados coletados e dados da literatura, especificamente os estudos de Kellett (1998), Bauer e Nay (2003) e Bern-Klug e Forbes-Thompson (2008), 35 afirmações foram propostas para representar cinco domínios/fatores do instrumento: esperança de recuperação, responsabilidade filial (carma), garantia da qualidade do atendimento, manutenção dos relacionamentos familiares e compensação de culpa (TSAI; TSAI; HUANG, 2012).

Depois, cinco especialistas (3 enfermeiras de ILPIs e 2 profissionais especialistas em cuidados de longa duração) foram consultados e sugeriram a adição de itens sobre o motivo da visita ser uma expectativa da sociedade, prover acompanhamento do residente durante as atividades em grupo e sanar a preocupação com a adaptação do idoso à ILPI. Desta forma, a escala em processo de validação foi composta por 38 itens. A validade da escala foi confirmada por análise fatorial exploratória e, nesta etapa, foram reduzidos 6 itens e a escala ficou com 32 itens. A consistência interna foi avaliada pelos alfas de Cronbach que variaram entre 0,68 e 0,98. Sendo 0,83 o alfa geral da escala (TSAI; TSAI; HUANG, 2012).

A versão final da escala foi publicada com 32 itens distribuídos em seis domínios/fatores: manutenção emocional, modelo de educação familiar, responsabilidade pela qualidade dos cuidados, compensação pela culpa, manter as relações familiares e apoiar as atividades de promoção da saúde (TSAI; TSAI; HUANG, 2012)

A disponibilização deste instrumento no Brasil se justifica pelo crescente aumento de idosos que vivem em ILPIs e da importância dos vínculos e das visitas familiares nas instituições. Deste modo, pode-se contribuir para efetividade das ações de inserção da família dentro da rotina das ILPIs, bem como um fio condutor na atuação da equipe multiprofissional frente a mais um dado dos familiares. A partir desta constatação, apresentaremos os objetivos deste estudo.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Traduzir e adaptar transculturalmente a *Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale*/Escala de Significado Familiar das visitas as Instituições de Longa Permanência para Idosos para o contexto brasileiro.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Traduzir a FMNHVS em sua versão na língua inglesa para a língua portuguesa em uma versão consensual entre tradutores.

Retrotraduzir a FMNHVS para a língua inglesa e submeter esta versão à apreciação da autora da escala.

Submeter a versão consensual da escala à um comitê de juízes para apreciação de equivalência semântica, idiomática cultural e conceitual.

Confirmar a compreensão de todas as perguntas da FMNHVS por meio de pré-teste.

### **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

Tratou-se de um estudo metodológico de tradução e adaptação cultural da FMNHVS no Brasil. Cabe informar que o processo de tradução e adaptação da referida escala para o contexto brasileiro foi autorizado pela Dra. Hsiu-Hsin Tsai, primeira autora do instrumento (ANEXO 1). Seguindo o método preconizado por Beaton et al. (2000) foram sequencialmente realizadas as seguintes etapas:

#### **4.1 Etapa I - tradução inicial**

A tradução compreendeu a versão do instrumento de uma língua (idioma inglês) para outra (idioma português brasileiro). A tradução da FMNHVS (ANEXO 2) foi realizada por dois tradutores profissionais independentes, qualificados, que possuem experiência na tradução de textos científicos da área de saúde.

#### **4.2 Etapa II - síntese das traduções**

Nessa etapa, os tradutores e as pesquisadoras se reuniram para fazer a síntese do resultado das traduções realizadas e para o estabelecimento de um consenso frente às pequenas divergências encontradas ou interpretações ambíguas da FMNHVS.

#### **4.3 Etapa III - retrotradução (*back translation*)**

Esta etapa correspondeu à versão da FMNHVS traduzida para o idioma de origem, com a finalidade de aperfeiçoar a qualidade da versão final. Cada tradução foi reversamente traduzida de forma independente, permitindo a detecção de equívocos em sua tradução. Para assegurar a qualidade da tradução reversa, os tradutores selecionados foram diferentes dos que participaram das etapas I e II. Estes tinham fluência em ambos os idiomas, com a língua materna o inglês, e não tiveram conhecimento prévio dos objetivos do instrumento original e nem dos objetivos do presente estudo.

#### **4.4 Etapa IV: revisão por um comitê de juízes**

A constituição de um comitê de juízes para revisar e comparar todas as traduções realizadas teve por objetivo a produção de uma versão para o pré-teste do instrumento, modificada e adaptada de forma a garantir uma réplica do instrumento no Brasil. Os integrantes do comitê de especialistas que avaliaram as versões traduzidas e retrotraduzidas da FMNHVS tinham conhecimento em ambos os idiomas (português e inglês), possuíam experiência nas temáticas referentes à ILPI, relações familiares, gerontologia e validação de instrumentos de medida. Fez parte do comitê seis juízes com as seguintes formações: gerontologia, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e enfermagem.

Os critérios de inclusão para composição do comitê dos juízes eram possuir experiência na área com idosos, atuar em ILPI, ter contato com familiares de idosos e/ou ter realizado pesquisa com idosos.

Os especialistas foram convidados por e-mail. Uma vez aceito, foi encaminhada uma carta explicativa com os objetivos do estudo e o detalhamento sobre o instrumento original e a síntese das traduções para apreciação (APÊNDICE 1). Os especialistas puderam sugerir a modificação ou

eliminação dos itens considerados irrelevantes, inadequados e/ou ambíguos e sugerir outros mais adequados culturalmente.

Para que houvesse equivalência entre o instrumento original e a versão traduzida, o comitê foi instruído que deveria considerar a equivalência semântica (refere-se à equivalência no significado das palavras de cada item, que podem apresentar problemas quanto vocabulário e à gramática); equivalência idiomática (refere-se às expressões idiomáticas e coloquiais, que deverão ser coerentes com a cultura brasileira); equivalência cultural e equivalência conceitual. A pesquisadora esteve em contato com os juízes e disponível para explicações adicionais neste processo.

A análise da versão consensual das traduções foi julgada por meio de uma escala de Likert de 1 a 4 pontos para cada item da escala, sendo: 1 = não equivalente; 2 = pouco equivalente; 3 = equivalente; 4 = muito equivalente.

Para a interpretação do índice de validade de conteúdo (IVC), foi adotado o critério proposto por Lynn (1986), segundo o qual para seis ou mais especialistas, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78. O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que receberam pontuações de “3” e “4” pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas. A fórmula para avaliar cada item foi:

$$\text{IVC: } \frac{\text{Número de respostas "3" ou "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

#### **4.5 Etapa V - pré-teste**

O pré-teste consistiu em aplicar o instrumento em indivíduo, para a qual se destina o instrumento, visando a detectar erros e confirmar a compreensão de todas as perguntas.

Nesta etapa quatro familiares de residentes em ILPI que tinham o hábito de visitar os idosos participaram do pré-teste, com intuito de avaliar todos os itens da FMNHVS em termos de clareza, compreensão das perguntas, identificar erros e adaptação para o contexto brasileiro. Nesta etapa, foi solicitado que o entrevistado apontasse se o item não foi compreendido e, se quisesse, poderia fazer sugestões.

#### **4.6 Local de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada com familiares de ILPIs do interior do estado de São Paulo no período de agosto a dezembro de 2020. Ambas de natureza privada, com capacidade máxima para acolher até 30 idosos, com equipe de cuidados 24 horas, constituída por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, gerontólogo, nutricionista e hotelaria. A autorização da instituição para a coleta de dados consta no Anexo 3.

#### **4.7 Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão para participar do pré-teste foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser familiar de idoso institucionalizado e realizar visitas ao idoso familiar quando possível.

#### **4.8 Procedimento da coleta de dados**

O contato inicial com os familiares e convite para a pesquisa foi realizado por uma profissional das ILPIs por aplicativo de troca de mensagens. Estes foram convidados a participar da referida pesquisa, informados dos objetivos do estudo e esclarecidos sobre possíveis dúvidas. Por razões sanitárias decorrentes da pandemia de COVID-19, os dados foram coletados em formato não presencial por formulário que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2), um formulário de caracterização sociodemográfica (APÊNDICE 3) e a versão para o pré-teste da “Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos” (APÊNDICE 4).

#### **4.9 Instrumentos de coleta de dados**

##### **4.9.1 Formulário de Caracterização dos Participantes (APÊNDICE 3)**

O Formulário de Caracterização dos Participantes foi composto por questões referentes à identificação (iniciais do nome, idade e sexo) e características sociodemográficas (etnia, procedência, situação conjugal, escolaridade e renda familiar).

##### **4.9.2 Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale (ANEXO 2)**

A FMNHVS foi desenvolvida e validada em 2012 em Taiwan (TSAI; TSAI; HUANG, 2012). O instrumento foi utilizado para avaliar e documentar os motivos pelos quais os familiares visitam os idosos residentes em ILPIs. Constitui-se de uma escala composta por 32 itens, divididos em seis domínios que são: "manutenção emocional", "modelo de educação familiar", "responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados", "compensação pela culpa", "manutenção de relações familiares" e "apoio as atividades de promoção da saúde".

Os participantes classificam suas respostas de acordo com a escala Likert de 5 pontos, variando de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo plenamente). A pontuação total varia de um a 160 pontos, e é diretamente proporcional ao significado e importância que o familiar atribui à visita (TSAI; TSAI; HUANG, 2012). Para fins de verificação de compreensão das perguntas, o participante foi questionado se cada item do questionário estava claro e compreensível.

#### **4.10 Aspectos Éticos**

Todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). A coleta de dados foi iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) com o parecer de número 3.123.510 de 28 de Janeiro de 2019 – CAAE 01009118.9.0000.5504.

Todos os participantes foram informados dos objetivos do trabalho, consultados sobre a disponibilidade em participar do estudo e assegurados do sigilo das informações individuais. Isso também se aplicou aos juízes que aceitaram compor o Comitê de Especialistas. Não foi observado nenhum tipo de dano físico com a utilização dos instrumentos e materiais propostos neste estudo. Foi assegurado ao participante convidado, o direito de recusa sem prejuízo e a qualquer momento durante a coleta de dados, bem como o direito de interromper sua participação sem compromisso de justificativa.

Cabe informar que foi concedida autorização para o processo de tradução e adaptação da FMNHVS no Brasil pela Dra. Hsiu-Hsin Tsai (ANEXO 1). As pesquisadoras tiveram autorização prévia das ILPIs do interior do estado de São Paulo para que a coleta de dados fosse realizada (ANEXO 3).

## 5 RESULTADOS

A tradução inicial da *Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale* do inglês para o português brasileiro foi realizada por dois tradutores independentes. Após esta etapa, foi realizada síntese das traduções e a versão consensual preliminar foi proposta (Quadro 1). Uma consideração importante nesta etapa foi que a tradução de “*nursing-home*” foi acordada entre os pesquisadores e tradutores como “instituições de longa permanência para idosos” para se adequar à nomenclatura comumente usada no contexto brasileiro, mesmo que esta não seja a tradução literal.

**Quadro 1** - Comparativo da versão original em inglês da “Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos” e a versão consensual traduzida para o português brasileiro. Campinas, 2021.

| <b>Versão Original</b>  | <b>Versão Consensual Traduzida</b>  |
|---|---|
| Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale                         | Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos     |
| The purpose of my nursing home visiting was due to                    | O objetivo da minha visita à instituição de longa permanência abrange os seguintes motivos    |
| 1. This visit can ease worries about leaving him/her alone.           | 1. Esta visita pode aliviar as preocupações sobre deixá-lo(a) sozinho(a).                     |
| 2. I believe this is a kind of responsibility.                        | 2. Acredito que é um tipo de responsabilidade.  |
| 3. I can feel more relieved.  | 3. Posso me sentir mais aliviado(a).  |
| 4. I believe I have the ability to look after my family.              | 4. Acredito que tenho a habilidade de cuidar da minha família.                                |
| 5. I believe this is a kind of societal expectation.                  | 5. Acredito que isso é um tipo de expectativa da sociedade.                                   |
| 6. I can observe care given by staff.                                 | 6. Para observar os cuidados prestados pela equipe.   |
| 7. I believe this visit can avoid staff who give unskilled care.      | 7. Acredito que esta visita pode evitar profissionais não qualificados na equipe de cuidados. |
| 8. I can ensure that staff accomplishes all expectations.             | 8. Posso assegurar que a equipe de funcionários cumpra todas as expectativas.                 |
| 9. I can understand the institution's group activities.               | 9. Posso entender as atividades de grupo da instituição.                                      |
| 10. I can communicate well with staff members.                        | 10. Posso me comunicar bem com os membros da equipe.  |
| 11. I can help to do massage and rehabilitation.                      | 11. Posso ajudar com sua reabilitação e fazendo massagens                                     |
| 12. I can supervise/assist/accompany him (her) to do exercises.       | 12. Posso supervisionar / ajudar / acompanhá-lo(a) em seus exercícios.                        |
| 13. I can engage in brain-stimulating activities with him (her).      | 13. Posso me envolver nas atividades de estimulação mental com ele(ela).                      |
| 14. I can accompany him (her) in group activities.                    | 14. Posso acompanhá-lo(a) em atividades de grupo.   |
| 15. I can chat with him (her).  | 15. Posso conversar com ele (ela).  |
| 16. My visit can ease other family members' worries.                  | 16. Minha visita pode aliviar as preocupações de outros membros da família.                   |
| 17. This visit would avoid whole family breaking down.                | 17. Esta visita evitaria que a família toda se acabe.   |
| 18. This visit would lighten others' burden.                          | 18. Esta visita aliviaria o fardo dos outros.   |
| 19. This visit would increase family members' emotional interactions. | 19. Esta visita aumentaria as interações emocionais dos membros da família.                   |
| 20. This visit would make up for carelessness.                        | 20. Esta visita pretende compensar a falta de cuidado.  |

| <b>Versão Original</b>   | <b>Versão Consensual Traduzida</b>   |
|--|--|
| 21. This visit would make up for not taking good care of him/her.  | 21. Esta visita pretende compensar por não tomar conta dele/dela.  |
| 22. This visit would make up for seldom accompanying him (her).  | 22. Esta visita pretende compensar por raramente acompanhá-lo(a).  |
| 23. This visit is a family education model.  | 23. Esta visita é um modelo de educação familiar.  |
| 24. This visit would establish a model for helping each other.   | 24. Esta visita estabeleceria um modelo para ajudar uns aos outros.  |
| 25. This visit would establish a model of filial piety.  | 25. Esta visita estabeleceria um modelo de piedade filial.   |
| 26. This visit would establish a model for responsibility.   | 26. Esta visita estabeleceria um modelo de responsabilidade.   |
| 27. This visit would make him (her) feel safe.   | 27. Esta visita faria com que ele se sentisse seguro.  |
| 28. This visit would give him (her) the will to live.  | 28. Esta visita aumentaria a sua vontade de viver.   |
| 29. This visit would offer him (her) confidence.   | 29. Esta visita lhe ofereceria confiança.  |
| 30. This visit would stabilise his (her) mood.   | 30. Esta visita estabilizaria seu humor.   |
| 31. This visit would offer him (her) positive thinking.  | 31. Esta visita lhe ofereceria um pensamento positivo.   |
| 32. This visit would reduce his (her) loneliness.  | 32. Esta visita reduziria a sua solidão.   |
| ( ) 1 - Strongly disagree<br>( ) 2 - Disagree<br>( ) 3 - Neutral<br>( ) 4 - Agree<br>( ) 5 - Strongly agree  | ( ) 1 - Discordo totalmente<br>( ) 2 - Discordo<br>( ) 3 - Neutro<br>( ) 4 - Concordo<br>( ) 5 - Concordo totalmente   |
| There are five subscale is this FMNHV scale. Each dimension was considered a separate subscale.<br>Factor 1: 'emotional maintenance' (EM, 8 items): sum Item 15, 19, 27, 28, 29, 30, 31, 32<br>Factor 2: 'family education model' (FEM, 4 items): sum Item 23, 24, 25, 26<br>Factor 3: 'responsibility for care quality' (RCQ, 9 items) sum Item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10<br>Factor 4: 'making up for guilt' (MUG, 3 items): sum Item 20, 21, 22<br>Factor 5: 'maintaining family relationships' (MFR, 5 items): sum Item 11, 12, 16, 17, 18<br>Factor 6: 'supporting health-promotion activities' (SHA, 3 items) : sum Item 9, 13, 14 | Existem cinco subescalas nesta escala FMNHV. Cada dimensão foi considerada uma subescala separada.<br>Fator 1: "manutenção emocional" (ME, 8 itens): soma dos itens 15, 19, 27, 28, 29, 30, 31, 32<br>Fator 2: "modelo de educação familiar" (MEF, 4 itens): soma dos itens 23, 24, 25, 26<br>Fator 3: "responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados" (RQCP, 9 itens): soma dos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10<br>Fator 4: "compensação pela culpa" (CPC, 3 itens): soma dos itens 20, 21, 22<br>Fator 5: "manutenção de relações familiares" (MRF, 5 itens): soma dos itens 11, 12, 16, 17, 18<br>Fator 6: "apoio as atividades de promoção da saúde" (AAPS, 3 itens): soma dos itens 9, 13, 14 |

A partir da versão consensual traduzida, esta foi revertida do português para o inglês de forma independente por outros dois tradutores independentes que não tinham conhecimento prévio dos objetivos do instrumento original e dos objetivos do presente estudo. Novamente, sem consulta à escala original, as versões retrotraduzidas foram transformadas em uma única versão consensual entre pesquisadores e tradutores. Esta etapa resultou na versão retrotraduzida apresentada no Quadro 2.

**Quadro 2** - Comparativo da versão original em inglês da "Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos" e a versão consensual retrotraduzida. Campinas, 2021.

| <b>Versão Original</b>                        | <b>Versão Consensual Retrotraduzida</b>   |
|---|---|
| Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale | Scale of Family Significance of Visits to Long Term Care Institutions the Elderly |

| <b>Versão Original</b>  | <b>Versão Consensual Retrotraduzida</b>   |
|---|---|
| The purpose of my nursing home visiting was due to  | My visit to the long-term care institution has the following objectives   |
| 1. This visit can ease worries about leaving him/her alone.   | 1. This visit can relieve the worries about letting him or her alone.   |
| 2. I believe this is a kind of responsibility.  | 2. I believe that it's a type of responsibility.  |
| 3. I can feel more relieved.  | 3. I can feel more relieved.  |
| 4. I believe I have the ability to look after my family.  | 4. I believe I have the ability to take care of my family.  |
| 5. I believe this is a kind of societal expectation.  | 5. I believe that it's a type of expectation from society.  |
| 6. I can observe care given by staff.   | 6. To observe the care provided by the team.  |
| 7. I believe this visit can avoid staff who give unskilled care.  | 7. I believe this visit can prevent unqualified professionals from joining the care team.   |
| 8. I can ensure that staff accomplishes all expectations.   | 8. I can assure you that the team of employees will meet all expectations.  |
| 9. I can understand the institution's group activities.   | 9. I can understand the activities of the institution's group.  |
| 10. I can communicate well with staff members.  | 10. I can communicate well with the team members.   |
| 11. I can help to do massage and rehabilitation.  | 11. I can help with their rehabilitation and giving massages.   |
| 12. I can supervise/assist/accompany him (her) to do exercises.   | 12. I can monitor / help / accompany them in their exercises.   |
| 13. I can engage in brain-stimulating activities with him (her).  | 13. I can help with the mental stimulus activities with them.   |
| 14. I can accompany him (her) in group activities.  | 14. I can accompany them in group activities.   |
| 15. I can chat with him (her).  | 15. I can have conversations with them.   |
| 16. My visit can ease other family members' worries.  | 16. My visit can relieve worries by other members of the family.  |
| 17. This visit would avoid whole family breaking down.  | 17. This visit would prevent the family from falling apart.   |
| 18. This visit would lighten others' burden.  | 18. This visit would relieve the burdens of the others.   |
| 19. This visit would increase family members' emotional interactions.   | 19. This visit would increase emotional interactions of the family members.   |
| 20. This visit would make up for carelessness.  | 20. This visit intends to compensate for the lack of care.  |
| 21. This visit would make up for not taking good care of him/her.   | 21. This visit intends to compensate for not taking care of him/her.  |
| 22. This visit would make up for seldom accompanying him (her).   | 22. This visit intends to compensate for rarely accompanying him/her.   |
| 23. This visit is a family education model.   | 23. This visit is a model for family education.   |
| 24. This visit would establish a model for helping each other.  | 24. This visit would set up a model for mutual help.  |
| 25. This visit would establish a model of filial piety.   | 25. This visit is a model for filial piety.   |
| 26. This visit would establish a model for responsibility.  | 26. This visit is a model of responsibility.  |
| 27. This visit would make him (her) feel safe.  | 27. This visit would make him feel safe.  |
| 28. This visit would give him (her) the will to live.   | 28. This visit would increase his will to live.   |
| 29. This visit would offer him (her) confidence.  | 29. This visit would offer him trust.   |
| 30. This visit would stabilise his (her) mood.  | 30. This visit would stabilize his mood.  |
| 31. This visit would offer him (her) positive thinking.   | 31. This visit would offer him positive thoughts.   |
| 32. This visit would reduce his (her) loneliness.   | 32. This visit would reduce his loneliness.   |
| ( ) 1 - Strongly disagree<br>( ) 2 - Disagree<br>( ) 3 - Neutral<br>( ) 4 - Agree<br>( ) 5 - Strongly agree   | ( ) 1 - Strongly disagree<br>( ) 2 - Disagree<br>( ) 3 - Neutral<br>( ) 4 - Agree<br>( ) 5 - Strongly agree   |
| There are five subscale in this FMNHV scale. Each dimension was considered a separate subscale.<br>Factor 1: 'emotional maintenance' (EM, 8 items): sum Item 15, 19, 27, 28, 29, 30, 31, 32<br>Factor 2: 'family education model' (FEM, 4 items): sum Item 23, 24, 25, 26 | There are five sub-scales in this FMNHV scale. Each dimension was considered as a separate subscale.<br>Factor 1: 'emotional maintenance' (ME, 8 items): add items, 19, 27, 28, 29, 30, 31, 32<br>Factor 2: 'family education model' (FEM, 4 items): add items 23, 24, 25, 26 |



| <b>Versão Original</b>   | <b>Versão Consensual Retrotraduzida</b>  |
|--|--|
| Factor 3: 'responsibility for care quality' (RCQ, 9 items) sum Item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 | Factor 3: 'responsibility for quality of care' (RQC, 9 items) add items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 |
| Factor 4: 'making up for guilt' (MUG, 3 items): sum Item 20, 21, 22                            | Factor 4: "compensation for guilt" (CFG, 3 items): add items 20, 21, 22                            |
| Factor 5: 'maintaining family relationships' (MFR, 5 items): sum Item 11, 12, 16, 17, 18       | Factor 5: 'maintaining family ties' (MFT, 5 items): add items 11, 12, 16, 17, 18                   |
| Factor 6: 'supporting health-promotion activities' (SHA, 3 items) : sum Item 9, 13, 14         | Factor 6: 'supporting health promotion activities' (SHPA, 3 items): add items 9, 13, 14            |

Os dados do Quadro 2 foram levados à apreciação da autora original que aprovou a continuidade do trabalho e fez colocações relacionadas aos itens 11, 17, 18, 20, 21, 22 e 30 (Quadro 3). Como a incorporação das colocações da autora não faz parte das etapas preconizadas pela literatura para adaptação transcultural do instrumento, estas foram apresentadas para os juízes que avaliaram não haver necessidade de realizar a modificação dos itens.

**Quadro 3** - Comparativo da versão consensual traduzida pelos pesquisadores e tradutores para o português brasileiro "Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos" e as colocações autora original do instrumento. Campinas, 2021.

| <b>Versão Consensual Traduzida</b>  | <b>Colocações da Autora Original do Instrumento</b>             |
|---|---|
| Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos     | Sem colocações da autora  |
| O objetivo da minha visita à instituição de longa permanência abrange os seguintes motivos    | Sem colocações da autora  |
| 1. Esta visita pode aliviar as preocupações sobre deixá-lo(a) sozinho(a).                     | Sem colocações da autora  |
| 2. Acredito que é um tipo de responsabilidade.  | Sem colocações da autora  |
| 3. Posso me sentir mais aliviado(a).  | Sem colocações da autora  |
| 4. Acredito que tenho a habilidade de cuidar da minha família.                                | Sem colocações da autora  |
| 5. Acredito que isso é um tipo de expectativa da sociedade.                                   | Sem colocações da autora  |
| 6. Para observar os cuidados prestados pela equipe.   | Sem colocações da autora  |
| 7. Acredito que esta visita pode evitar profissionais não qualificados na equipe de cuidados. | Sem colocações da autora  |
| 8. Posso assegurar que a equipe de funcionários cumpra todas as expectativas.                 | Sem colocações da autora  |
| 9. Posso entender as atividades de grupo da instituição.                                      | Sem colocações da autora  |
| 10. Posso me comunicar bem com os membros da equipe.  | Sem colocações da autora  |
| 11. Posso ajudar com sua reabilitação e fazendo massagens                                     | 11. Posso ajudar com sua reabilitação (como fazendo massagens). |
| 12. Posso supervisionar / ajudar / acompanhá-lo(a) em seus exercícios.                        | Sem colocações da autora  |
| 13. Posso me envolver nas atividades de estimulação mental com ele(ela).                      | Sem colocações da autora  |
| 14. Posso acompanhá-lo(a) em atividades de grupo.   | Sem colocações da autora  |
| 15. Posso conversar com ele (ela).  | Sem colocações da autora  |
| 16. Minha visita pode aliviar as preocupações de outros membros da família.                   | Sem colocações da autora  |
| 17. Esta visita evitaria que a família toda se acabe.   | 17. Esta visita evitaria que a família se desfizesse.           |
| 18. Esta visita aliviaria o fardo dos outros.   | 18. Esta visita aliviaria a sobrecarga dos outros.              |

| <b>Versão Consensual Traduzida</b>   | <b>Colocações da Autora Original do Instrumento</b>        |
|--|--|
| 19. Esta visita aumentaria as interações emocionais dos membros da família.  | Sem colocações da autora                                   |
| 20. Esta visita pretende compensar a falta de cuidado.   | 20. Esta visita compensaria a falta de cuidado.            |
| 21. Esta visita pretende compensar por não tomar conta dele/dela.  | 21. Esta visita compensaria por não cuidar bem dele/dela.  |
| 22. Esta visita pretende compensar por raramente acompanhá-lo(a).  | 22. Esta visita compensaria por raramente acompanhá-lo(a). |
| 23. Esta visita é um modelo de educação familiar.  | Sem colocações da autora                                   |
| 24. Esta visita estabeleceria um modelo para ajudar uns aos outros.  | Sem colocações da autora                                   |
| 25. Esta visita estabeleceria um modelo de piedade filial.   | Sem colocações da autora                                   |
| 26. Esta visita estabeleceria um modelo de responsabilidade.   | Sem colocações da autora                                   |
| 27. Esta visita faria com que ele se sentisse seguro.  | Sem colocações da autora                                   |
| 28. Esta visita aumentaria a sua vontade de viver.   | Sem colocações da autora                                   |
| 29. Esta visita lhe ofereceria confiança.  | Sem colocações da autora                                   |
| 30. Esta visita estabilizaria seu humor.   | 30. Esta visita melhoraria seu humor.                      |
| 31. Esta visita lhe ofereceria um pensamento positivo.   | Sem colocações da autora                                   |
| 32. Esta visita reduziria a sua solidão.   | Sem colocações da autora                                   |
| ( ) 1 - Discordo totalmente<br>( ) 2 - Discordo<br>( ) 3 - Neutro<br>( ) 4 - Concordo<br>( ) 5 - Concordo totalmente   | Sem colocações da autora                                   |
| Existem cinco subescalas nesta escala FMNHV. Cada dimensão foi considerada uma subescala separada.<br>Fator 1: "manutenção emocional" (ME, 8 itens): soma dos itens 15, 19, 27, 28, 29, 30, 31, 32<br>Fator 2: "modelo de educação familiar" (MEF, 4 itens): soma dos itens 23, 24, 25, 26<br>Fator 3: "responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados" (RQCP, 9 itens): soma dos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10<br>Fator 4: "compensação pela culpa" (CPC, 3 itens): soma dos itens 20, 21, 22<br>Fator 5: "manutenção de relações familiares" (MFR, 5 itens): soma dos itens 11, 12, 16, 17, 18<br>Fator 6: "apoio as atividades de promoção da saúde" (AAPS, 3 itens): soma dos itens 9, 13, 14 | Sem colocações da autora                                   |

O comitê de juízes analisou a versão original e a versão traduzida da escala e pontuou sua equivalência em uma escala Likert 4 pontos e a partir destes números foi possível calcular os índices de validade de conteúdo (IVC) apresentados no Quadro 4. Foram acrescentadas palavras explicativas nos itens 17, 20, 24 e 25 para atender as solicitações dos juízes. Observou-se concordância de mais de 83% para todos os itens. Desta forma, esta versão seguiu para o pré-teste.

**Quadro 4** - Índice de validade de conteúdo (IVC) da versão original da “Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos” para a versão traduzida segundo análise do comitê de juizes. Campinas, 2021.

| <b>Versão Consensual Traduzida</b>  | <b>Índice de validade de conteúdo (IVC)</b> |
|---|---|
| Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos                   | 0,83  |
| O objetivo da minha visita à instituição de longa permanência abrange os seguintes motivos                  | 1,00  |
| 1. Esta visita pode aliviar as preocupações sobre deixá-lo(a) sozinho(a).                                   | 1,00  |
| 2. Acredito que é um tipo de responsabilidade.  | 1,00  |
| 3. Posso me sentir mais aliviado(a).  | 1,00  |
| 4. Acredito que tenho a habilidade de cuidar da minha família.  | 1,00  |
| 5. Acredito que isso é um tipo de expectativa da sociedade.   | 0,83  |
| 6. Para observar os cuidados prestados pela equipe.   | 1,00  |
| 7. Acredito que esta visita pode evitar profissionais não qualificados na equipe de cuidados.               | 1,00  |
| 8. Posso assegurar que a equipe de funcionários cumpra todas as expectativas.                               | 0,83  |
| 9. Posso entender as atividades de grupo da instituição.  | 1,00  |
| 10. Posso me comunicar bem com os membros da equipe.  | 0,83  |
| 11. Posso ajudar com sua reabilitação e fazendo massagens   | 1,00  |
| 12. Posso supervisionar / ajudar / acompanhá-lo(a) em seus exercícios.                                      | 1,00  |
| 13. Posso me envolver nas atividades de estimulação mental com ele(ela).                                    | 1,00  |
| 14. Posso acompanhá-lo(a) em atividades de grupo.   | 1,00  |
| 15. Posso conversar com ele (ela).  | 1,00  |
| 16. Minha visita pode aliviar as preocupações de outros membros da família.                                 | 1,00  |
| 17. Esta visita evitaria que a família toda se acabe/ <b>se desentenda</b> .                                | 0,83  |
| 18. Esta visita aliviaria o fardo dos outros.   | 0,83  |
| 19. Esta visita aumentaria as interações emocionais dos membros da família.                                 | 0,83  |
| 20. Esta visita pretende compensar a falta de cuidado/ <b>a ausência do familiar nos cuidados diários</b> . | 0,83  |
| 21. Esta visita pretende compensar por não tomar conta dele/dela.   | 0,83  |
| 22. Esta visita pretende compensar por raramente acompanhá-lo(a).   | 1,00  |
| 23. Esta visita é um modelo de educação familiar.   | 0,83  |
| 24. Esta visita estabeleceria um modelo para ajudar uns aos outros ( <b>família e instituição</b> ).        | 0,83  |
| 25. Esta visita estabeleceria um modelo de piedade ( <b>benevolência</b> ) filial.                          | 0,83  |
| 26. Esta visita estabeleceria um modelo de responsabilidade.  | 0,83  |
| 27. Esta visita faria com que ele se sentisse seguro.   | 1,00  |
| 28. Esta visita aumentaria a sua vontade de viver.  | 1,00  |
| 29. Esta visita lhe ofereceria confiança.   | 1,00  |
| 30. Esta visita estabilizaria seu humor.  | 1,00  |
| 31. Esta visita lhe ofereceria um pensamento positivo.  | 0,83  |
| 32. Esta visita reduziria a sua solidão.  | 1,00  |
| ( ) 1 - Discordo totalmente   | 1,00  |

| <b>Versão Consensual Traduzida</b>   | <b>Índice de validade de conteúdo (IVC)</b> |
|--|---|
| ( ) 2 - Discordo<br>( ) 3 - Neutro<br>( ) 4 - Concordo<br>( ) 5 - Concordo totalmente  |   |
| Existem cinco subescalas nesta escala FMNHV. Cada dimensão foi considerada uma subescala separada.                           | 1,00  |
| Fator 1: "manutenção emocional" (ME, 8 itens): soma dos itens 15, 19, 27, 28, 29, 30, 31, 32                                 | 1,00  |
| Fator 2: "modelo de educação familiar" (MEF, 4 itens): soma dos itens 23, 24, 25, 26   | 0,83  |
| Fator 3: "responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados" (RQCP, 9 itens): soma dos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 | 1,00  |
| Fator 4: "compensação pela culpa" (CPC, 3 itens): soma dos itens 20, 21, 22  | 1,00  |
| Fator 5: "manutenção de relações familiares" (MRF, 5 itens): soma dos itens 11, 12, 16, 17, 18                               | 1,00  |
| Fator 6: "apoio as atividades de promoção da saúde" (AAPS, 3 itens): soma dos itens 9, 13, 14                                | 1,00  |

No pré-teste, a versão aprovada pelos juízes foi avaliada por quatro familiares de idosos que visitavam seus idosos familiares institucionalizados. A despeito de apenas quatro familiares terem participado do pré-teste, é importante salientar que foram convidados para participar da pesquisa 100 familiares de idosos que residiam em ILPIs localizadas no estado de São Paulo.

Alguns convidados colocaram que as perguntas eram invasivas e delicadas e, por isso, não quiseram participar. Outros não retornaram o contato de convite por aplicativo de troca de mensagens. Cabe ressaltar que a proposta inicial da pesquisa era realizar a coleta durante a visita familiar na ILPI, porém a ascensão da pandemia de Covid-19 que ocorreu na época da realização desta pesquisa restringiu os contatos sociais e foi necessária adaptação para coleta de dados por meios remotos.

Os dados descritivos dos participantes são apresentados na Tabela 1. Dentre os participantes, 75% era do sexo feminino, casada, com idade média de 51 anos, renda de 6 salários mínimos ou mais, ensino superior completo e que viviam com 3 a 5 pessoas no domicílio. Todos os participantes eram filhos que viveram, em média, 20 anos com o idoso e que realizavam visita em frequência semanal à ILPI. Todos os participantes eram filhos que viveram, em média, 28,25 anos com o idoso e que realizavam visita em frequência semanal à ILPI, isso evidencia que a relação de cuidado esteve presente desde quando

o idoso ainda residia no domicílio e foi mantida após a institucionalização, por meio do suporte social oferecido pelo filho.

**Tabela 1-** Caracterização sociodemográfica dos familiares dos idosos residentes em ILPI. Campinas, 2021.

| <b>Variável</b>      | <b>Categoria</b>           | <b>N</b> | <b>%</b> |
|----------------------|----------------------------|----------|----------|
| Sexo                 | Masculino                  | 1        | 25       |
|                      | Feminino                   | 3        | 75       |
| Cor/Raça             | Branca                     | 2        | 50       |
|                      | Parda                      | 2        | 50       |
| Estado Civil         | Casado                     | 3        | 75       |
|                      | Divorciado                 | 1        | 25       |
| Idade                | 50 a 55 anos               | 3        | 75       |
|                      | 60 a 65 anos               | 1        | 25       |
| Renda                | 1 a 3 salários mínimos     | 1        | 25       |
|                      | 3 a 6 salários mínimos     | 1        | 25       |
|                      | 6 ou mais salários mínimos | 2        | 50       |
| Escolaridade         | Ensino superior incompleto | 1        | 25       |
|                      | Ensino superior completo   | 3        | 75       |
|                      |                            |          |          |
| Pessoas no domicílio | Mora sozinho               | 1        | 25       |
|                      | 1 a 3 pessoas              | 1        | 25       |
|                      | 3 a 5 pessoas              | 2        | 50       |
| Vínculo com o idoso  | Filho(a)                   | 4        | 100      |
| Frequência de visita | Diária                     | 1        | 25       |
|                      | Semanal                    | 2        | 50       |
|                      | Anual                      | 1        | 25       |

Os participantes não sugeriram modificações na escala (APÊNDICE 4). Houve um questionamento sobre o item 1 (“Esta visita pode aliviar as preocupações sobre deixá-lo(a) sozinho(a)”) por parte de um dos participantes. O familiar não considerava que o idoso estava sendo deixado sozinho, uma vez que o idoso está na ILPI e sob cuidados profissionais, mas não houve solicitação de modificação. De modo geral, a pontuação na escala foi alta, com índice acima de 100 pontos para todos os participantes da pesquisa. O domínio com maior nota foi o de “Manutenção Emocional” e o com menor nota foi o de “Compensação pela Culpa”. Dados detalhados dos escores dos participantes (com nomes fictícios) são apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2** – Escores gerais e por domínio dos familiares obtidos por meio da Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos (n=4). Campinas, 2021.

| <b>Domínios da Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos</b> |              |              |              |             |              |              |               |
|--|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
| <b>Participante</b>  | <b>ME</b>    | <b>MEF</b>   | <b>RPCP</b>  | <b>CPC</b>  | <b>MRF</b>   | <b>AAPS</b>  | <b>Total</b>  |
| Lis  | 32           | 15           | 31           | 12          | 17           | 10           | <b>117</b>    |
| Margarida  | 35           | 14           | 33           | 7           | 14           | 9            | <b>112</b>    |
| Deise  | 34           | 11           | 33           | 4           | 17           | 12           | <b>111</b>    |
| Flora  | 32           | 14           | 24           | 6           | 16           | 10           | <b>102</b>    |
| <b>Média</b>   | <b>33,25</b> | <b>13,50</b> | <b>30,25</b> | <b>7,25</b> | <b>16,00</b> | <b>10,25</b> | <b>110,50</b> |
| <b>Média Padronizada*</b>  | <b>4,15</b>  | <b>3,38</b>  | <b>3,36</b>  | <b>2,41</b> | <b>3,20</b>  | <b>3,41</b>  |               |

ME - Manutenção emocional; MEF - Modelo de educação familiar; RPCP - Responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados; CPC - Compensação pela culpa; MRF - Manutenção das relações familiares; AAPS - Apoio as atividades de promoção da saúde. \*Escore bruto/n° de itens.

## 6 DISCUSSÃO

Os instrumentos criados e padronizados para coleta de dados relacionados a um constructo ou variável são frequentemente utilizados em pesquisas científicas. Estes instrumentos se constituem ferramentas úteis para o rastreio de doenças, transtornos mentais e sociais, bem como auxiliam no entendimento de significados atribuídos a comportamentos. Além disso, estes facilitam diagnósticos e prognósticos, qualificam resposta a tratamentos e intervenções. Desta forma, os instrumentos fornecem dados consistentes e comparáveis para pesquisadores (FORTES; ARAÚJO, 2019).

Como todo instrumento tem uma origem específica e a ciência não tem fronteiras, é importante que os instrumentos sejam não só traduzidos, mas adaptados de forma cuidadosa a fim de se preservar a essência dos dados coletados e garantir que nuances culturais sejam incorporadas. A tradução e a adaptação transcultural têm como vantagens serem menos custosas que a criação de um novo instrumento e permitirem que a informação coletada esteja, na medida do possível, alinhada a outros contextos. Isso oportuniza comparações e discussões científicas mais alinhadas e melhores (BEATON et al., 2000).

No início da pesquisa, os primeiros cuidados foram a verificação de inexistência de outro instrumento traduzido, adaptado e validado para o contexto brasileiro que tivesse os mesmos objetivos da *Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale*. Também, foi solicitada a anuência por parte da autora principal da escala, Dra. Hsiu-Hsin Tsai, para que o processo de

tradução e adaptação para o contexto brasileiro fosse realizado. Estes passos estão de acordo com as recomendações de Wild et al. (2005).

A tradução de “*nursing-home*” constante no título da escala não foi literal. Mas, esta foi consensuada entre os pesquisadores e tradutores como “instituições de longa permanência para idosos” para se adequar à nomenclatura recomendada pela SBGG e comumente usada no contexto brasileiro. No entanto, há de se reconhecer que existem denominações diversas na literatura, legislação e comunidade para denominar as entidades de caráter residencial destinadas ao domicílio coletivo de pessoas idosas, tais como casas de repouso, residenciais sêniores, clínicas geriátricas, lar ou abrigos de idosos, ancionato e asilos (FIGUEIREDO, 2015; ZIMMERMANN et al. 2015).

Para a síntese das traduções e a versão consensual preliminar, as adequações foram mínimas e estavam direcionadas a padronização de tempos verbais e formato das perguntas. Sem o desprendimento da tradução literal, as poucas discrepâncias entre as duas versões foram resolvidas conforme estabelecido por Fortes e Araújo (2019). As divergências encontradas entre a versão original e retrotraduzida não foram significativas, pois o conteúdo e o significado original foram mantidos – fato confirmado pela apreciação da autora do instrumento. Estes vieses são normais e esperados por questões linguísticas (BRANDÃO et al., 2016).

O comitê de juízes analisou a versão original e a versão traduzida e para chegar à concordância de 87% ou mais em todos os itens. Nesta etapa foram acrescentadas palavras explicativas nos itens 17, 20, 24 e 25 da escala. Este nível de concordância de 78% ou mais, para uma equipe de seis juízes, atende as recomendações de Lynn (1986), Polit e Beck (2006).

O acréscimo de nota explicativas por meio de barra ou parênteses sugerido pelos juízes foi pontual. No item 17, “*Esta visita evitará que a família toda se acabe*” foi acrescentado “/se desentenda”, pois o comitê entendeu que, nesta frase, a família não se acaba ou finaliza, literalmente. O sentido estaria ligado ao desentendimento ou conflito familiar. O conflito ou desentendimento familiar pode ser entendido como divergência, briga ou transtorno que trazem dor, repúdio e sentimentos negativos no ser humano (SALES 2003).

No item 20, “*Esta visita pretende compensar a falta de cuidado*” foi acrescentado “*a ausência do familiar nos cuidados diários*”. O comitê entendeu que seria importante explicar que a ausência de cuidado era uma percepção por parte do familiar que transferiu a responsabilidade dos cuidados para a instituição. O cuidado não estava em falta ou ausente, mas estava centrado no serviço e não mais nos familiares. Ainda que a ILPI assuma os cuidados com excelência, o familiar ainda pode trazer sentimentos de culpa por não ser ele a figura central a desempenhar este papel. No Brasil, é esperado que os familiares venham a assumir os cuidados dos idosos. Não raramente, a família recorre às ILPIs como opção extrema, sem se isentar da sensação de culpa e fracasso (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

No item 24, “*Esta visita estabelecerá um modelo para ajudar uns aos outros*” foi acrescentada a explicação que a ajuda era da “*família e instituição*”. De acordo com a literatura, o familiar deve ser incentivado a desenvolver senso de pertencimento no processo do cuidado do idoso mesmo que este esteja institucionalizado. É importante que os familiares entendam e descubram maneiras de colaborar com a instituição especialmente durante as visitas (CREUTZBERG et al., 2008).

No item 25, “*Esta visita estabelecerá um modelo de piedade filial*” foi acrescida a explicação que piedade seria sinônimo de “*benevolência*”. Segundo a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), é atribuição da família prover cuidados aos idosos em detrimento à prestação de serviços institucionais. Assim, a visita ao idoso estaria dentro das obrigações da família que cumpriria seu papel social de afeto e de responsabilidade parental, bem como minimizaria representações de abandono (ARAÚJO et al., 2020; MORAIS et al., 2014).

O pré-teste contou com um número bastante reduzido de participantes. Alguns convidados da pesquisa comentaram que as perguntas eram embaraçosas e delicadas e, por isso, não desejavam participar. Culturalmente, noções históricas preconceituosas relacionadas à institucionalização do idoso ainda persistem na sociedade. Rejeição, negligência, desamparo, descaso, desprezo, desinteresse e abandono são comumente associados aos idosos institucionalizados e, conseqüentemente, não é raro que os familiares sintam-



se constrangidos e tendam à esquivar quando o assunto é abordado (BRAGA et al., 2019; MAZZA; LEFÈVRE, 2004).

Porém, vale ressaltar que a aplicação do pré-teste foi em um contexto de pesquisa em que a pesquisadora não tinha intimidade com os participantes. Em circunstâncias clínicas e de cuidados, com maior convivência e proximidade, as questões provavelmente sejam respondidas e conversadas de maneira mais fluente. Captar o significado da visita na perspectiva do familiar é importante para que intervenções possam ser planejadas de forma a trazer sentimentos positivos em relação às visitas para que estas tenham qualidade e sejam proveitosas para todos os envolvidos – idoso, familiar e instituição (TSAI; TSAI, 2012; TSAI; TSAI; HUANG, 2012).

No que tange a caracterização sociodemográfica dos participantes do pré-teste, foram encontrados dados semelhantes no estudo Rohde e Areosa (2020). Com o objetivo de conhecer os motivos que levam a institucionalização dos idosos, bem como os sentimentos e a manutenção dos vínculos familiares, os autores conduziram um estudo qualitativo no Rio Grande do Sul, Brasil, com dados de dez familiares de idosos residentes em ILPI. Os familiares eram predominantemente do sexo feminino, filhos dos idosos institucionalizados, com ensino superior completo e idade média de até 57 anos. Dentre as razões que levam a institucionalização, a exaustão dos familiares no que tange os cuidados se destacou e os sentimentos de culpa e impotência foram recorrentes nas falas dos familiares. As visitas regulares, os passeios fora da instituição, o uso de aplicativos e a internet foram citados pelos participantes como meios de manutenção dos vínculos familiares (ROHDE; AREOSA, 2020).

Os domínios/fatores da escala com pontuações mais elevadas foram "manutenção emocional", "apoio as atividades de promoção da saúde" e "modelo de educação familiar". Por outro lado, os domínios/fatores com os menores escores foram "compensação pela culpa", "manutenção de relações familiares" e "responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados". Este resultado pode estar relacionado às características dos participantes que aceitaram participar do estudo. Estes estavam mais confortáveis e tinham menos sentimentos de culpa em relação à institucionalização do idoso.

Sobre o domínio/fator "manutenção emocional" – que apresentou a pontuação mais elevada, pode-se afirmar que na velhice, os relacionamentos

familiares se tornam mais importantes para o bem-estar emocional à medida em as redes sociais diminuem e há aumento das necessidades de cuidados. Os aspectos positivos e negativos dos relacionamentos têm impacto na manutenção emocional de todos os envolvidos. Os relacionamentos familiares fornecem recursos que podem ajudar o indivíduo a lidar com o estresse, ter comportamentos mais saudáveis, aumentar a autoestima e reduzir a incidência de depressão, especialmente em contexto de institucionalização (SAINTRAIN et al., 2018).

No que se refere ao domínio/fator “apoio as atividades de promoção da saúde”, é indispensável que os familiares e os próprios idosos participem de ativamente das mesmas. No entanto, muitas vezes, os familiares não se sentem parte do processo e não vislumbram formas de auxiliar nas atividades durante a visita. Porém, é importante o entendimento que a própria visita é terapêutica. Uma caminhada, um passeio pela instituição, o momento de lanche, a escuta, a interação, a participação em eventos comemorativos, o acompanhamento da avaliação da equipe multiprofissional são maneiras de interação entre família, idoso e equipe – e estas são benéficas à saúde de todos. O envolvimento da família nos cuidados que lhe sejam oportunos e possíveis devem ser incentivados pela instituição (CREUTZBERG et al., 2008; ROHDE; AREOSA, 2020; SANTOS et al., 2019).

O domínio/fator “modelo de educação familiar” está associado ao papel cultural da família enquanto provedora de cuidados aos idosos. Em diversas culturas, há expectativa de que os filhos cuidem de seus pais na velhice. Assim, se o idoso for institucionalizado, o familiar vê a visita como uma obrigação que substitui ou compensa a terceirização dos cuidados primários. Ao longo da vida, os níveis de proximidade dos membros da família se modificam podendo ficar mais estreitos ou distantes (FIGUEIREDO et al., 2018; THOMAS; LIU; UMBERSON, 2017). Além disso, muitas vezes, para os filhos,

(...) cuidar dos pais é uma obrigação moral, dever e um compromisso social, pois foram cuidados quando crianças, e a velhice é o momento de retribuir o cuidado. A responsabilidade envolve desejo de reciprocidade, de gratidão aos pais, satisfação em poder cuidar, e sentimentos de troca e de pagamento de uma dívida (AIRES et al., 2019, p. 696).

No que tange o domínio/fator "responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados" e "manutenção das relações familiares", a equipe de profissionais da ILPI deve incentivar a manutenção dos vínculos afetivos. É importante motivar os familiares a serem mais ativos no cuidado da pessoa idosa. Sendo o familiar parte integrante do cuidado ao idoso institucionalizado (SANTOS et al., 2019). A presença regular nas visitas fortalece e nutre não só o afeto, mas aumenta o sentimento de proteção para o idoso inserido em um contexto institucional (ARAÚJO et al., 2012).

O domínio/fator "compensar a culpa" apresentou a pontuação mais baixa, porém este é documentado como alto na literatura – novamente, atribuímos este resultado às características daqueles que aceitaram participar do estudo. A institucionalização ainda é tabu na sociedade. Parte da sociedade e da própria família ainda condena aqueles que optam pela institucionalização do idoso e reforçam a culpa dos filhos. Desta forma, não raramente as famílias adiam o processo de institucionalizar para evitar represálias e rumores, tendem a esquivar do assunto e são extensas nas justificativas (ROHDE; AREOSA, 2020).

A manutenção afetiva com o idoso é fortalecida também por estratégias tecnológicas como aplicativos de vídeos e mensagens. Um fator importante para adaptação e minimização dos efeitos negativos da institucionalização na qualidade de vida do idoso é o fortalecimento do trinômio idoso-família-profissionais. A comunicação entre eles é fortalecida por meio de estratégias de acessibilidade e participação dos familiares, escuta qualificada da equipe multiprofissional para entender qual a realidade da família e identificação das responsabilidades de cada uma das partes no processo (ROHDE; AREOSA, 2020).

Frente ao trabalho realizado, a *Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale* foi traduzida e adaptada para o contexto brasileiro e pode ser uma ferramenta importante dentro desta estratégia. Esta escala constitui-se um instrumento de simples e rápida aplicação, que pode ser útil na coleta de dados para a implementação de ações que favoreçam a qualidade de vida de idosos institucionalizados e seus familiares.

Como limitações de pesquisa, destaca-se o recorte transversal com número reduzido de participantes no pré-teste. Isso se deve à natureza ainda delicada de se tratar a institucionalização na sociedade e as limitações de acesso aos participantes nas ILPIs em função da pandemia de Covid-19. Também, no Brasil, não existem outros instrumentos que avaliem significado atribuído pelas famílias à visita dos idosos institucionalizados, conseqüentemente, a temática é muito pouco contemplada em estudos nacionais – fato que limitou a discussão dos resultados.

Espera-se que esta pesquisa venha a contribuir com o avanço de estudos sobre a temática, bem como que sejam realizados os procedimentos de validação do instrumento, a fim de verificar e confirmar as propriedades psicométricas do instrumento traduzido e adaptado apresentado neste momento.

## **7 CONCLUSÕES**

Frente ao objetivo do presente estudo, pode-se concluir que a *Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale* está traduzida e adaptada para o contexto brasileiro. No Brasil, esta foi intitulada *Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos*.

Diante do expressivo número de recusas dos participantes no pré-teste, destaca-se que a temática institucionalização de idosos ainda é tabu na sociedade. Sugere-se que sejam realizados estudos futuros para avaliar as propriedades psicométricas da escala.

## 8 Referências

AIRES, Marines et al. Responsabilidade filial no cuidado de pais idosos: um estudo misto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 6, pág. 691-699, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900095>

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de desenvolvimento e adaptação de instrumentos de medição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, pág. 3061-3068, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>

ALTMANN, Ana Maria Goldani. A demografia "formal" da família: técnicas e dados censitários. **Anais do Quarto Encontro Nacional Estudos Populacionais - Caxambu**, São Paulo: ABEP, v. 3, p. 1257-1296, 1984. Disponível em: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/326/321>. Acesso em: 23 novembro 2020.

ALVES-SILVA, Júnia Denise; COMIN, Fabio Scorsolini; SANTOS, Manoel Antônio. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, p. 820-830, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023>

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html). Acesso em: 18 dezembro 2020.

ARAÚJO, Cíntia Kroth et al. Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos. **Revista Jovens Pesquisadores**, v. 10, n. 1, p. 97-107, 2012. <http://dx.doi.org/10.17058/rjp.v0i1.2868>

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes; CASTRO, Jefferson Luiz Cerqueira; SANTOS, José Victor Oliveira. A família e sua relação com o idoso: um estudo de representações sociais. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 14-23, 2018. <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200200130>

ARAÚJO, Natalie Lamaniere Santos et al. Desafios da implementação de estratégias do envelhecimento ativo: caminhos para a promoção á saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 70650-70683, 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-495>

BAUER, Michael; NAY, Rhonda. Family and staff partnerships in long-term care: A review of the literature. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 29, n. 10, p. 46-53, 2003. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20031001-09>

BEATON, Dorcas E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>

BERN-KLUG, Mercedes; FORBES-THOMPSON, Sarah. Family members' responsibilities to nursing home residents: "She is the only mother I got". **Journal of Gerontological Nursing**, v. 34, n. 2, p. 43-52, 2008. <https://doi.org/10.3928/00989134-20080201-02>

BESSA, Maria Eliana Peixoto; SILVA, Maria Josefina da. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 258-265, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000200006>

BRAGA, Cristina et al. Idoso institucionalizado: sentimentos dos familiares em relação a institucionalização. **International Journal of Health Management Review**, v. 5, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/153/92>. Acesso em 25 março 2021.

BRANDÃO, Carolina Soares et al. Tradução e retrotradução do instrumento de avaliação do trabalho em equipe TeamSTEPPS® para uso no ensino por simulação no Brasil. **Scientia Medica**, v. 26, n. 4, p. ID24622-ID24622, 2016. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2016.4.24622>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> . Acesso em: julho. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. ISBN: 978-85-7018-698-0. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 02 fevereiro 2021.

BRASIL. Senado Federal. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do idoso**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 02 fevereiro 2021.

BRASIL. Senado Federal. Lei no 8.842 de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm). Acesso em: 02 fevereiro 2021.

CAMARANO, Ana Amélia. **Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2020. 19 p. (Nota técnica 64). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9934>. Acesso em: 19 março 2021. CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados**. Rio de Janeiro:

IPEA, 2009. 31 p. (Texto para Discussão, n. 1.426). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2596>. Acesso em: 19 março 2021.

CAMARANO, Ana Amélia; SCHARFSTEIN, Eloisa Adler. Instituições de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro?. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido. Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 163-186. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro\\_cuidados.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf) . Acesso em: 26 março 2021.

CHRISTOPHE, Micheline; CAMARANO, Ana Amélia. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido. Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 145-162. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro\\_cuidados.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf). Acesso em: 26 março 2021.

COSTA, Maria Carla Nunes Souza; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 209-222, 2013. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i1p209-222>.

COSTANZI, Rogério Nagamine et al. Breve análise da nova projeção da população do IBGE e seus impactos previdenciários. Brasília: IPEA, 2018. 29 p. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8792> . Acesso em: 26 março 2021.

CREUTZBERG, Mairon. et al. A comunicação entre a família e a instituição de longa permanência para idosos. **Revista de Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v.10; n.2; p.147-60, 2007. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10022>

CREUTZBERG, Marion; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; SOBOTTKA, Emil Albert. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 273-279, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200008>

DUTRA, Robson Rezende et al. Reflecting on the process of institutionalization of the elderly. **Journal of Epidemiology and Infection Control**, v. 1, n. 1, p. 214-223, 2016. <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v1i1.8040>

FAGUNDES, Karolina Vitorelli Diniz Lima et al. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 2, p. 210-214, 2017. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541>

FIGUEIREDO, Fernanda. **Pensando em alternativas**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015. Disponível em: <http://www.sbgg-sp.com.br/pensando-em-alternativas/>. Acesso em: 07 dezembro 2020.

FIGUEIREDO, Maria do Carmo Clemente Marques et al. Idosos institucionalizados: decisão e consequências nas relações familiares. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 241-252, 2018. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p241-252>

FORTES, Clarisse Pereira Dias Drumond; ARAÚJO, Alexandra Prufer de Queiroz Campos. Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 202-209, 2019. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900020002>

GARCIA, Rosamaria Rodrigues; WATANABE, Helena Akemi Wada. Fórum das instituições filantrópicas de longa permanência para idosos: parceria em rede de apoio no cuidado institucional ao idoso. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n.4, p. 920-931, 2017. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170306>.

GAUGLER, Joseph E.; PEARLIN, Leonard I.; ZARIT, Steven H. Family involvement following institutionalization: modeling nursing home visits over time. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 57, n. 2, p. 91-117, 2003. <https://doi.org/10.2190%2F8MNF-QMA3-A5TX-6QQ3>

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>

GROISMAN, Daniel. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. **Cadernos Pagu**, s/v, n. 13, p. 161-190, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635289/3091>. Acesso em: 26 novembro 2020.

GUEDES, Marcelo Barbosa Otoni Gonçalves et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>  
[https://doi.org/10.1300/J083v27n01\\_07](https://doi.org/10.1300/J083v27n01_07)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 26 março 2021.

KELLETT, Ursula M. Meaning-making for family carers in nursing homes. **International Journal of Nursing Practice**, v. 4, n. 2, p. 113-119, 1998. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.1998.00072.x>

KOJETIN, Lauren D. Harris et al. **Long-term care providers and services users in the United States, 2015–2016**. National Center for Health Statistics. Vital and health statistics, v. 3, n. 43, 2019. 88 p. Disponível em: <<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/76253>>. Acesso em: 18 dezembro 2020.



KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>

LYNN, R.M. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>

MAZZA, Márcia Maria Porto Rossetto; LEFÈVRE, Fernando. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 3, p. 68-77, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300008>

MEIRELES, Viviani Camboin 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 e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 69-80, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000100007>.

MELCHIORRE, Maria Gabriella et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven european countries. **PloS One**, v. 8, n. 1, p. e54856 , 2013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054856>

MILLER, Vivian J. Investigating barriers to family visitation of nursing home residents: a systematic review. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 62, n. 3, p. 261-278, 2019. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1544957>

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 965-972, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700028>

MORAIS, Eulina Caetano et al. Abandono do idoso: instituição de longa permanência. **Acta de Ciências e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 26-38, 2014. Disponível em: <https://www2.ls.edu.br/actacs/index.php/ACTA/article/view/46/54>. Acesso em: 03 março 2021.

NALEPPA, Matthias J. Families and the institutionalized elderly: a review. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 27, n. 1-2, p. 87-111, 1997. [https://doi.org/10.1300/J083v27n01\\_07](https://doi.org/10.1300/J083v27n01_07)

NERI, A.L.; VIEIRA, L.A.M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Revista de Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 419-432, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000300002>

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. The content validity index: are you sure you know what's being reported? **Critique and Recommendations. Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>

PUURVEEN, Gloria; BAUMBUSCH, Jennifer; GANDHI, Preet. From family involvement to family inclusion in nursing home settings: A critical interpretive synthesis. **Journal of Family Nursing**, v. 24, n. 1, p. 60-85, 2018.

<https://doi.org/10.1177%2F1074840718754314>

QUEIROGA, Vinícius Moreira et al. Cuidados paliativos de idosos no contexto da atenção primária à saúde: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 38821-38832, 2020.

<https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-429>

RAMOS, Danielle Marques; NASCIMENTO, Virgílio Gomes. A família como instituição moderna. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 461-472, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922008000200012>

ROBERTS, Amy Restorick; ISHLER, Karen J. Family involvement in the nursing home and perceived resident quality of life. **The Gerontologist**, v. 58, n. 6, p. 1033-1043, 2018. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx108>

RODRIGUES, Adriana Guimarães; SILVA, Ailton Amélio. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 159-170, 2013.

<https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100016>

ROHDE, Juliana; AREOSA, Sílvia Virgínia Coutinho. Vínculos e relações familiares de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 17, n. 1, p.62-76, 2020.

<https://doi.org/10.5335/rbceh.v17i1.8141>

ROQUE, Thicianne da Silva et al. Cuidados paliativos em pessoas idosas: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 4, p. e188943010-e188943010, 2020. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3010>

<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3010>

SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima et al. Idosos com depressão: uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1-7, 2018.

<https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8763>

SALES, Lília Maria Moraes. A família e os conflitos familiares-a mediação como alternativa. **Pensar-Revista de Ciências Jurídicas**, v. 8, n. 1, p. 55-59, 2003.

<https://doi.org/10.5020/23172150.2012.55-59>

SANTOS, Naiana Oliveira et al. Implicações da participação da família no cuidado às idosas institucionalizadas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, n. e16, p. 1-18, 2019. <https://doi.org/10.5902/2179769230317>

SILVA, Fabiana Caetano Martins et al. Bem estar subjetivo, funcionalidade e apoio social em idosos da comunidade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 3, p. 775-791, 2014. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.43389>

STROPARO, Telma Regina; EIDAM, Fabiele; CZAIKOVSKI, Maria Luiza. Custos em instituições de longa permanência de idosos (ILPI): significações e repercussões na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 47956-47970, 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-440>

THOMAS, Patricia A.; LIU, Hui; UMBERSON, Debra. Family relationships and well-being. **Innovation in Aging**, v. 1, n. 3, p. igx025, 2017. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx025>

TSAI, Hsiu-Hsin et al. Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. **Aging and Mental Health**, v. 14, n. 8, p. 947-954, 2010. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501057>

TSAI, Hsiu-Hsin; TSAI, Yun-Fang. Family members' perceived meaning of visiting nursing home residents in Taiwan. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 2, p. 302-311, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05737.x>

TSAI, Hsiu-Hsin; TSAI, Yun-Fang; HUANG, Tzu-Shin. Development and validation of the Family Meaning of Nursing-Home Visits Scales. **Journal of Clinic Nursing**, v. 21, n. 15-16, p. 2108-2117, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04150.x>

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2019. New York: United Nations, 2020. 36 p. Disponível em: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un\\_2019\\_worldpopulationageing\\_report.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_worldpopulationageing_report.pdf). Acesso em: 26 março 2021.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>

VERAS, Renato. O modelo assistencial contemporâneo e inovador para os idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 1, p. e200061, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200061>

VIVAS, Elisangela Naves; ROCHA, Sérgio de Figueiredo. The Brazilian population aging and its contemporary challenges. **MOJ Gerontology & Geriatrics**, v. 5, n. 5, p. 165-168, 2020. DOI: 10.15406/mojgg.2020.05.00251. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Sergio-Rocha/publication/344652179\\_The\\_Brazilian\\_population\\_aging\\_and\\_its\\_contemporary\\_challenges/links/5f86ef4492851c14bcc6c8b2/The-Brazilian-population-aging-and-its-contemporary-challenges.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sergio-Rocha/publication/344652179_The_Brazilian_population_aging_and_its_contemporary_challenges/links/5f86ef4492851c14bcc6c8b2/The-Brazilian-population-aging-and-its-contemporary-challenges.pdf) . Acesso em: 26 março 2021.

WILD, Diane et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of

the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. **Value in Health**, v. 8, n. 2, p. 94-104, 2005. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>

ZIMMERMANN, Ivoneide Maria de Melo et al. Idosos institucionalizados: comprometimento cognitivo e fatores associados. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 9, n. 3, p. 86-92, 2015. Disponível em: <http://ggaging.com/details/49/pt-BR/institucionalized-elders--cognitive-impairment-and-associated-factors>. Acesso em: 11 janeiro 2021.

## 9 ANEXOS

### 9.1 ANEXO 1 - Autorização da Dr. Hsiu-Hsin Tsai, autora do instrumento, para realização da Pesquisa.

#### Keika Inouye

---

**De:** Fabiana Ferreira de Souza <fabi\_ferreira@yahoo.com.br>  
**Enviado em:** segunda-feira, 12 de março de 2018 10:21  
**Para:** Keika Inouye; Keika Inouye  
**Assunto:** Fw: Re: Authorization to validate the "Family Meaning of Nursing Home Visits Scale" in Brazil  
**Anexos:** FMNHV scale106 .docx  
**Sinalizador de acompanhamento:** Acompanhar  
**Status do sinalizador:** Concluída

— Mensagem encaminhada —

**De:** kitty <kitty@mail.cgu.edu.tw>  
**Para:** Fabiana Souza Orlandi <fabi\_ferreira@yahoo.com.br>  
**Enviado:** domingo, 20 de agosto de 2017 23:25:22 BRT  
**Assunto:** Re: Authorization to validate the "Family Meaning of Nursing Home Visits Scale" in Brazil

Dear Prof. Orlandi,  
 Attached is the FMNHV scale and ways of calculating the scale.  
 If it is possible, maybe we can have a cooperation research in understanding the variation within different cohort(old & young generation) in the meaning of nursing home visiting between two country.

If you have any questions please don't hesitate to let me know.  
 Best wishes,  
 Kitty

---

**寄件人:** "Fabiana Souza Orlandi" <fabi\_ferreira@yahoo.com.br>  
**收件人:** [kitty@mail.cgu.edu.tw](mailto:kitty@mail.cgu.edu.tw)  
**寄件箱:** 2017年8月13日, 星期日 下午 10:04:24  
**標題:** Authorization to validate the "Family Meaning of Nursing Home Visits Scale" in Brazil

Dear Hsiu-Hsin Tsai,

My name is Fabiana Orlandi, I am a professor at the Federal University of São Carlos, Brazil. I read your article "Development and validation of the Family Meaning of Nursing Home Visits Scale" and I was interested in doing the process of translation, adaptation and validation of the scale in Brazil. I would like to request authorization to validate the "Family Meaning of Nursing Home Visits Scale" in Brazil. If you authorize, I would ask you to send me the full scale and the ways of calculating your score.

Best regards

Fabiana de Souza Orlandi

## 9.2 ANEXO 2 - Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale

(TSAI; TSAI; HUANG, 2012)

| The purpose of my nursing home visiting was due to                    | Strongly disagree | disagree | neutral | agree | Strongly agree |
|---|-------------------|----------|---------|-------|----------------|
| 1. This visit can ease worries about leaving him/her alone.           | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 2. I believe this is a kind of responsibility.                        | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 3. I can feel more relieved.  | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 4. I believe I have the ability to look after my family.              | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 5. I believe this is a kind of societal expectation.                  | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 6. I can observe care given by staff.                                 | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 7. I believe this visit can avoid staff who give unskilled care.      | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 8. I can ensure that staff accomplishes all expectations.             | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 9. I can understand the institution's group activities.               | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 10. I can communicate well with staff members.                        | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 11. I can help to do massage and rehabilitation.                      | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 12. I can supervise/assist/accompany him (her) to do exercises.       | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 13. I can engage in brain-stimulating activities with him (her).      | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 14. I can accompany him (her) in group activities.                    | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 15. I can chat with him (her).  | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 16. My visit can ease other family members' worries.                  | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 17. This visit would avoid whole family breaking down.                | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 18. This visit would lighten others' burden.                          | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 19. This visit would increase family members' emotional interactions. | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 20. This visit would make up for carelessness.                        | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 21. This visit would make up for not taking good care of him/her.     | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |
| 22. This visit would make up for                                      | 1                 | 2        | 3       | 4     | 5              |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| seldom accompanying him (her).                                 |   |   |   |   |   |
| 23. This visit is a family education model.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. This visit would establish a model for helping each other. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. This visit would establish a model of filial piety.        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. This visit would establish a model for responsibility.     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. This visit would make him (her) feel safe.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. This visit would give him (her) the will to live.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. This visit would offer him (her) confidence.               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. This visit would stabilise his (her) mood.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. This visit would offer him (her) positive thinking.        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. This visit would reduce his (her) loneliness.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

There are five subscale in this FMNHV scale. Each dimension was considered a separate subscale.

Factor 1: 'emotional maintenance' (EM, 8 items): sum Item 15, 19, 27, 28, 29, 30, 31, 32

Factor 2: 'family education model' (FEM, 4 items): sum Item 23, 24, 25, 26

Factor 3: 'responsibility for care quality' (RCQ, 9 items) sum Item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10

Factor 4: 'making up for guilt' (MUG, 3 items): sum Item 20, 21, 22

Factor 5: 'maintaining family relationships' (MFR, 5 items): sum Item 11, 12, 16, 17, 18,

Factor 6: 'supporting health-promotion activities' (SHA, 3 items) : sum Item 9, 13, 14

All items were measured on a Likert scale from 1 (completely agree) to 5 (completely disagree). Scores were summed to determine the level of each subscale.



### 9.3 ANEXO 3 - Autorização da instituição para a coleta de dados em suas dependências.



Terça da Serra Residencial Sênior  
CNPJ: 215061850001/80

#### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da TERÇA DA SERRA CLINICA TERAPEUTICA E HOSPEDAGEM PARA IDOSOS LTDA ME, informo que o projeto de pesquisa intitulado Tradução e adaptação cultural da Family Meaning of Nursing Home Visits Scale para o contexto brasileiro, apresentado pelo (a) pesquisador (a), Profª Dra Keika Inouye e que tem como objetivo principal traduzir e adaptar a Family Meaning of Nursing Home Visits Scale para o contexto brasileiro, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

**“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bemestar.**

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Joyce Duarte Caseiro*

Joyce Duarte Caseiro de Moraes

Rua Zenaide Ferreira Machado, 209, Jardim Ik, CEP 13.911300 Jaguariúna-SP



## 10 APÊNDICES

### 10.1 APÊNDICE 1 - Carta explicativa encaminhada aos especialistas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

#### CARTA CONVITE PARA O COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Prezado (a) senhor (a) \_\_\_\_\_,

Estamos convidando-o para participar como membro do Comitê de Especialistas da pesquisa intitulada: “Tradução, adaptação cultural e validação da *Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale* para o contexto brasileiro”, sob a coordenação da Profa. Dra. Keika Inouye, a fim de produzir sua versão final, modificada e adaptada, assegurando uma versão adequada para a nossa língua e cultura, preservando a validade do instrumento.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Sua tarefa consistirá em: avaliar a adequação da tradução consensual do “*Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale*/Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de longa Permanência para Idosos”.

**Tarefa:** Avaliação da tradução consensual para a língua portuguesa do “*Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale*/ Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de longa Permanência para Idosos

Para a realização desta tarefa, enviaremos o documento para avaliação contendo uma tabela com o questionário original em inglês e a versão consensual realizada a partir das traduções para o português brasileiro por 2 (dois) tradutores independentes (profissionais qualificados que dominam o idioma original do questionário e com experiências em traduções) e obtida após a análise das duas traduções pelas pesquisadoras do estudo, juntamente com os dois tradutores envolvidos.

Como membro do comitê de especialistas, sua função é de avaliar a versão consensual e concordar com esta versão ou não, sugerindo modificações ou eliminando itens considerados ambíguos, irrelevantes ou inadequados. Se considerar inadequado, pode sugerir outros termos com maior adequação cultural, mantendo sempre o mesmo conceito do item que será substituído e, assim, proporcionar uma versão mais funcional e compreensível para a população-alvo. Cada especialista deve levar em consideração a equivalência transcultural entre a versão original e a versão final e para isso, segundo Guillemim, Bombardier e Beaton (1993), os especialistas devem considerar:

**Equivalência semântica:** é a equivalência no significado das palavras de cada item após a tradução para a língua da cultura alvo, que podem apresentar problemas quanto ao vocabulário e à gramática. Algumas alterações gramaticais são necessárias para a construção de frases.

**Equivalência idiomática:** refere-se às expressões idiomáticas e coloquiais normalmente difíceis de serem traduzidas e que devem ser coerentes com a cultura para a qual o instrumento está sendo traduzido.

**Equivalência experimental ou cultural:** as situações evocadas ou representadas na versão original devem ser coerentes com o contexto cultural e com as experiências vivenciadas pela população à qual se destina a tradução do instrumento.

**Equivalência conceitual:** refere-se à validade do conceito explorado e os acontecimentos vividos por pessoas na cultura alvo, manutenção do conceito proposto no instrumento original, uma vez que os itens pode ser equivalentes em significado semântico mas não equivalente conceitualmente.

forma, sua análise da versão consensual das traduções será julgada por meio de uma escala de Likert de 1 (um) a 4 (quatro) pontos para cada item da escala, sendo que: 1= não claro, 2= pouco claro, 3= claro e 4= muito claro. Se julgar necessário, escreva no espaço adequado suas sugestões para melhorar a tradução.

Exemplo do documento para avaliação:

| <b>Original na lingual inglesa</b>                       | <b>Versão consensual traduzida</b>                             | <b>Avaliação</b>   | <b>Sugestões</b> |
|--|--|--|------------------|
| 4. I believe I have the ability to look after my family. | 4. Acredito que tenho a habilidade de cuidar da minha família. | ( ) 1 = não claro<br>( ) 2 = pouco claro<br>( ) 3 = claro<br>( ) 4 = muito claro |                  |

**Sua participação será de singular importância para o desenvolvimento deste estudo!**

**Obrigada!**

Profa. Dra. Keika Inouye  
Departamento de Gerontologia / UFSCar

## 10.2 APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – para familiar do idoso institucionalizado

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título do Estudo:** Tradução, adaptação cultural e validação da *Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale* para o contexto brasileiro

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Keika Inouye

**Instituição/ Departamento:** Universidade Federal de São Carlos/Departamento de Gerontologia

**Telefone da pesquisadora responsável para contato:** (16) 3306-6676

1. O Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa, de forma **voluntária**.
2. O objetivo desta pesquisa é traduzir, adaptar e validar a escala denominada “*Family Meaning of Nursing - Home Visits Scale*/ Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de longa Permanência para Idosos” para o contexto brasileiro.
3. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder questões/perguntas constantes nas escalas e roteiros selecionados pelos responsáveis pelo estudo.
4. Apesar de não haver qualquer procedimento invasivo, você poderá sentir algum desconforto em responder as questões. Caso isto ocorra, será interrompida sua realização, a seu pedido, a qualquer momento.
5. Sua participação não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhum pagamento por participar, havendo total liberdade em recusar ou retirar-se a qualquer momento da pesquisa.
6. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder os questionários, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. O pesquisador deverá responder a todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.
7. Você tem o **direito de desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.
8. **Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado e contribuirá para o desenvolvimento de uma escala adaptada para a cultura brasileira na temática do significado das visitas para o familiar institucionalizado.

9. **Riscos:** A sua participação não oferece risco imediato a você, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à auto-avaliação de questões pessoais. O possível risco subjetivo se refere ao que a lembrança sobre suas questões pessoais poderia causar. E sempre que necessário será realizado encaminhamento à equipe profissional da instituição em que esta pesquisa está sendo realizada.

10. **Sigilo:** As informações fornecidas por você terão privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

---

Profa. Dra. Keika Inouye  
Pesquisadora Responsável

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

---

Assinatura do participante da pesquisa

Local:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **10.3 APÊNDICE 3 - Instrumento de Caracterização dos Participantes**

Iniciais do nome:

Idade:

Sexo:

Etnia:

Procedência (Cidade de origem):

Situação conjugal:

Escolaridade:

Renda individual e familiar:

Quantas pessoas residem na residência:

Vínculo com o idoso (filho(a), genro/nora, irmã(ao), etc.);

Quantos anos você morou com o idoso:

#### 10.4 APÊNDICE 4 - Versão consensual traduzida da “Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos”

##### Escala de Significado Familiar de Visitas a Instituições de Longa Permanência para Idosos

| O objetivo da minha visita à instituição de longa permanência abrange os seguintes motivos                 | Discordo totalmente | Discordo | Neutro | Concordo | Concordo totalmente |
|--|---------------------|----------|--------|----------|---------------------|
| 1. Esta visita pode aliviar as preocupações sobre deixá-lo(a) sozinho(a).                                  | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 2. Acredito que é um tipo de responsabilidade.   | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 3. Posso me sentir mais aliviado(a).   | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 4. Acredito que tenho a habilidade de cuidar da minha família.   | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 5. Acredito que isso é um tipo de expectativa da sociedade.  | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 6. Para observar os cuidados prestados pela equipe.  | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 7. Acredito que esta visita pode evitar profissionais não qualificados na equipe de cuidados.              | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 8. Posso assegurar que a equipe de funcionários cumpra todas as expectativas.                              | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 9. Posso entender as atividades de grupo da instituição.   | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 10. Posso me comunicar bem com os membros da equipe.   | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 11. Posso ajudar com sua reabilitação e fazendo massagens  | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 12. Posso supervisionar / ajudar / acompanhá-lo(a) em seus exercícios.                                     | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 13. Posso me envolver nas atividades de estimulação mental com ele(ela).                                   | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 14. Posso acompanhá-lo(a) em atividades de grupo.  | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 15. Posso conversar com ele (ela).   | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 16. Minha visita pode aliviar as preocupações de outros membros da família.                                | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 17. Esta visita evitaria que a família toda se acabe/se <i>desentenda</i> .                                | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 18. Esta visita aliviaria o fardo dos outros.  | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 19. Esta visita aumentaria as interações emocionais dos membros da família.                                | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 20. Esta visita pretende compensar a falta de cuidado/a <i>ausência do familiar nos cuidados diários</i> . | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 21. Esta visita pretende compensar por não tomar conta dele/dela.  | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |
| 22. Esta visita pretende compensar por raramente acompanhá-lo(a).  | 1                   | 2        | 3      | 4        | 5                   |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 23. Esta visita é um modelo de educação familiar.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Esta visita estabeleceria um modelo para ajudar uns aos outros ( <i>família e instituição</i> ). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Esta visita estabeleceria um modelo de piedade ( <i>benevolência</i> ) filial.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Esta visita estabeleceria um modelo de responsabilidade.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Esta visita faria com que ele se sentisse seguro.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Esta visita aumentaria a sua vontade de viver.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Esta visita lhe ofereceria confiança.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Esta visita estabilizaria seu humor.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Esta visita lhe ofereceria um pensamento positivo.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Esta visita reduziria a sua solidão.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Existem cinco subescalas nesta escala FMNHV. Cada dimensão foi considerada uma subescala separada.

Fator 1: "manutenção emocional" (ME, 8 itens): soma dos itens 15, 19, 27, 28, 29, 30, 31, 32

Fator 2: "modelo de educação familiar" (MEF, 4 itens): soma dos itens 23, 24, 25, 26

Fator 3: "responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados" (RQCP, 9 itens): soma dos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10

Fator 4: "compensação pela culpa" (CPC, 3 itens): soma dos itens 20, 21, 22

Fator 5: "manutenção de relações familiares" (MRF, 5 itens): soma dos itens 11, 12, 16, 17, 18

Fator 6: "apoio as atividades de promoção da saúde" (AAPS, 3 itens): soma dos itens 9, 13, 14