DELCINA JESUS FIGUEREDO

Autocuidado em idosos internados numa enfermaria geriátrica de um hospital-escola: comparação das avaliações subjetivas e objetiva

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de: Ciências Médicas

Área de Concentração: Educação e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Wilson Jacob Filho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Figueredo, Delcina Jesus

Autocuidado em idosos internados numa enfermaria geriátrica de um hospitalescola : comparação das avaliações subjetivas e objetivas / Delcina Jesus Figueredo. -- São Paulo, 2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Ciências Médicas. Área de Concentração: Educação e Saúde. Orientador: Wilson Jacob Filho.

Descritores: 1.Autocuidado 2.Autonomia pessoal 3.Pacientes internados 4.Idoso 5.Cuidadores

USP/FM/DBD-154/16

APOIO

Esta Dissertação de Mestrado foi desenvolvida junto ao Serviço de Geriatria (enfermaria de Geriatria) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – ICHC – FMUSP, sem financiamento de qualquer órgão financiador de pesquisa. Teve o incentivo do Núcleo de Apoio à Pesquisa e Ensino em Geriatria e Gerontologia (NAPEGG) do serviço de Geriatria do Instituto Central.

Dedico esta Dissertação de Mestrado a todos os seres que olham e buscam conhecimento com humildade ao cuidar do ser idoso, assim como a todos os familiares e cuidadores que acolheram a ideia e aceitaram participar deste estudo... (Que a interdisciplinaridade seja o caminho para o acolhimento e transformação do olhar ao cuidar do idoso...)

e

(In memorian de Keiko Ogura Buralli e de meu pai, Antonio Alves Figueredo)

> Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão! Paulo Freire.

À minha família! Tão cedo me fez pensar que existem amanhãs diferentes.
À família Ogura (Mitiko Ogura)! A descoberta de um novo mundo de
oportunidades, cada dia uma experiência a ser trilhada com respeito e amor ao próximo, mostrou-me as facetas de um novo mundo de possibilidades e incentivo
para esta caminhada.
Ao meu querido Izomar Camargo Guilherme:
Com sua lucidez e simplicidade entendeu as minhas dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes idosos e a seus familiares que contribuíram para que esta dissertação fosse elaborada.

Aos meus amigos, pelos dias de ausência e por tantos convites recusados, e aqueles, mesmo assim, estiveram ao meu lado em todos os momentos.

Aos colegas de trabalho da enfermaria de geriatria, que tanto me facilitaram e incentivaram para que esse momento chegasse.

Ao Dr. Thiago Junqueira Avelino da Silva, que se dispôs a contribuir com este trabalho.

Ao Dr. Juliano Silveira Araújo, por me estimular e colaborar com este trabalho.

À Secretaria de Geriatria (NAPEG), pela disposição de seus colaboradores em colaborar com esta caminhada (Neusa R. de S. Silva, Francinete da S. Dantas e Rosany dos Santos).

Ao Serviço de Pós-graduação, (Angélica Belem de Souza e Rose Cléa Ferreira), por estarem sempre dispostas a solucionar as dúvidas.

À Enfermagem do ICHC – Divisão de Enfermagem: Enf. Maria Cristina Francisco Braido, Enf. Celi Fabio, que souberam entender as minhas dificuldades nesta caminhada.

À Enf. Chefe Rita de Cássia Toledo Pinto, que, desde o início, me apoiou.

Ao Sergio dos Santos Abreu Filho, que, com grande dedicação, proferiu argumentações necessárias à construção deste trabalho.

À minha querida amiga Marta Vac Marcondes, que sempre soube compreender meus momentos de anseio e me respondeu, com amor e sabedoria espiritual, que clarificaram caminhos e ideias.

À minha amiga Expedita Ângela Henrique: da descoberta de uma nova ideia nasceu uma grande amizade e favoreceu a origem deste trabalho.

À minha amiga Vilma Baraldi, que, com carinho, não mediu esforços para conduzir a releitura destas páginas.

Aos meus amigos (grupo de oração kardecista Amor Sublime), que buscaram me dar equilíbrio e amor em todos os momentos de angústia e cansaço.

Ao Professor Doutor José Marcelo Farfel, pela disponibilidade de seu tempo.

Ao Professor Doutor Itamar de Sousa Santos, pelas grandes contribuições.

À professora Doutora Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini, que, com amor e cuidado, soube entender as minhas dificuldades.

Ao Rogério, estatístico, que com comprometimento profissional e carinho pessoal, soube, nos momentos exatos, entender meus anseios.

Ao João Anselmo Naccache Menezes, pela disposição.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Professor Doutor Wilson Jacob-Filho, por acreditar em mim, acompanharme na minha trajetória profissional (desde a época da Escola de Enfermagem-USP). Junto ao grupo PROVIDI (programa de visita domiciliar ao idoso), diante da minha timidez, ouvia as reflexões sobre estarem abertas as questões referentes ao envelhecimento... anos e anos... Hoje, pude sentir a importância daqueles ensinamentos. Obrigada, mais uma vez, por ser o grande incentivador deste trabalho, com o qual fui presenteada com nova oportunidade de aprendizado.

"O verdadeiro mestre é aquele que se dispõe a navegar por mares pouco navegáveis com seus aprendizes e propor descobertas confiáveis e infinitas...". Figueredo, 2016!



NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS	
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE GRÁFICOS	
RESUMO	
ABSTRACT	
1 INTRODUÇÃO	2
1.1 Hipótese	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 Aumento da população de idosos noe s mundo	7
2.2 Aumento da população de idosos no Brasil	9
2.3 Agravos à saúde dos idosos	0
2.4 Custos da atenção à saúde dos idosos	2
2.5 Atenção ao autocuidado dos idosos	6
2.6 O cuidador e a relação do cuidar1	7
2.7 Avaliação	1
2.7.1 Avaliação subjetiva	3
2.7.2 Avaliação objetiva	3
3 OBJETIVO	5
3.1 Objetivo principal25	5
3.2 Objetivos específicos	5
4 MÉTODO E MATERIAIS	7
4.1 Tipo de estudo	7
4.2 Local do estudo e casuística	7
4.3 Critérios de inclusão	8
4.4 Critérios de exclusão	8
4.5 Casuística	8
4.6 Seleção e recrutamento da amostra	9

4.7 Instrumentos	29
4.7.1 Materiais utilizados para avaliação objetiva dos instrumentos PADL e AIVD	31
4.7.2 Critérios para avaliação dos dados subjetivos e objetivos (PADL e AIVD)	
4.8 Desenho do estudo	
4.8.1 Avaliação subjetiva à internação	
4.8.2 Avaliação objetiva à internação	
4.9 Análise estatística	
5 RESULTADOS	
6 DISCUSSÃO	
7 CONCLUSÃO	
8 QUESTÕES QUE SE DESTACAM NESTE TRABALHO	
9 ANEXOS	
9.1 Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP	
9.2 Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Paciente)	
9.3 Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Cuidador)	
9.4 Anexo D – Escala Ecológica	
9.5 Anexo E – Itens da Escala de Testes	
9.6 Anexo F – Miniexame do Estado Mental (MEEM)	
9.7 Anexo G – Escala Nível de Funcionalidade nas Avaliações	
9.8 Anexo H – Escala de Testes para Avaliação de Atividades Instrumentais de Vida Diária (IADL)	
10 REFERENCIAS	
11 APÊNDICES	
11.1 Apêndice A — Questionário específico de variáveis independentes para caracterização dos pacientes. Dados colhidos do paciente, cuidadores, (AGA) após aplicação das escalas de PADL e AIVD	
11.2 Apêndice B - Questionário específico de variáveis independentes para caracterização do cuidador do paciente	
11.3 Apêndice C - <i>Kits</i> de materiais usados para avaliação objetiva prática na PADL à internação e à alta	
11.4 Apêndice D - Kits de materiais para avaliação objetiva dos itens AIVD da escala	
11.5 Apêndice E - Ficha para visualizar os medicamentos que precisam ser separados no horário de tomada	

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

ABVD atividades básicas de vida diária

AGA avaliação global geriátrica

AIVD atividades instrumentais de vida diária

ANS Agência Nacional de Saúde

AVD atividades de vida diária

AVE acidente vascular encefálico

DM diabetes melito

DP desvio padrão

FM- USP Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HAS hipertensão arterial sistêmica

HC Hospital das Clínicas

HI infecção hospitalar

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC Instituto Central

ILPI instituições de longa permanência

Ind. Con.% índice de concordância

MEEM miniexame do estado mental

NAPEG Núcleo de Assistência à Pesquisa e ao Ensino em Geriatria

NF nível de funcionalidade (NF1, NF2 e NF3)

OB Objetiva Observador

OMS Organização Mundial da Saúde

PADL escala ecológica de testes (performance test of activities of daily

living)

PIB Produto Interno Bruto

PNI Política Nacional dos Idosos

PNSI Política Nacional de Saúde do Idoso

OS Pronto-socorro

SC Subjetiva Cuidador

SI Subjetiva idosos

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS Unidades Básicas de Saúde

USP Universidade de São Paulo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma da captação da amostra	28
· ·		

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das características sociodemográficas e sociofuncionais dos pares participantes do estudo em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014	38
Tabela 2	Distribuição dos resultados do desempenho de autocuidado nas avaliações SI (idosos) em comparação com OB (observador), pela escala (PADL), nas tarefas 1 a 8, em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.	40
Tabela 3	Distribuição dos resultados do desempenho de autocuidado nas avaliações SI (idosos) em comparação com OB (observador), pela escala (PADL), nas tarefas 9 a 16, em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.	41
Tabela 4	Distribuição dos resultados do desempenho de autocuidado nas avaliações SI (idosos) em comparação com OB (observador), por meio dos itens da escala (AIVD), nas tarefas 1, 2 e 3 em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014	42
Tabela 5	Distribuição dos resultados das avaliações SC em comparação com OB, na escala PADL em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.	. 44
Tabela 6	Distribuição dos resultados das avaliações SC em comparação com OB, na escala PADL em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014	45
Tabela 7	Resultados da avaliação subjetiva cuidadores (SC) referente ao desempenho de autocuidado dos idosos em comparação com a avaliação objetiva (OB), nos itens da escala AIVD em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014	46
Tabela 8	Distribuição dos resultados das avaliações SI em comparação com as SC pela escala PADL, itens 1 a 8 em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014	47
Tabela 9	Distribuição dos resultados das avaliações SI em comparação com as SC pela escala PADL, itens 9 a 16 em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014	48
Tabela 10	Distribuição dos resultados das avaliações subjetivas dos idosos em comparação com as dos cuidadores quanto ao desempenho dos idosos nos itens da escala AIVD em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014	. 49

Tabela 11	Distribuição das comparações do desempenho de autocuidados entre avaliação subjetiva idosos <i>versus</i> e objetiva, subjetiva cuidadores <i>versus</i> objetiva e em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.	51
Tabela 12	Distribuição das comparações do desempenho de autocuidados entre a avaliação subjetiva idosos e objetiva subjetiva cuidadores e em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição das médias das respostas nas avaliações subjetivas idosos, subjetiva cuidadores e objetiva na da escala PADL	42
Gráfico 2	Distribuição das médias das respostas nas avaliações subjetiva idosos, subjetiva cuidadores e objetiva nos itens de AIVD	43
Gráfico 3	Distribuição das concordâncias entre as informações dos pacientes e dos cuidadores em comparação com as avaliações objetivas na escala PADL.	49
Gráfico 4	Distribuição das concordâncias entre as informações dos pacientes e dos cuidadores em comparação com a avaliação objetiva na escala AIVD.	50

RESUMO

Figueredo DJ. *Autocuidado em idosos internados numa enfermaria geriátrica de um hospital-escola: comparação das avaliações subjetivas e objetiva* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

Estudo observacional quantitativo longitudinal prospectivo em idosos e seus cuidadores, de ambos os sexos, internados na enfermaria de geriatria de um hospital-escola, com coleta de dados no período de agosto de 2013 a março de 2014. Objetivo: Avaliar a condição funcional subjetiva e objetiva de idosos internados em uma enfermaria geriátrica; entre os relatos de desempenho no autocuidado e suas necessidades de ajuda. **Método**: avaliações subjetivas e objetiva, usando o instrumento Performance test of Activities of Daily Living (PADL), com 16 tarefas associado a três itens da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Resultados: o sexo feminino predominou dentre os idosos (32 -58,2%) e os cuidadores (46 - 83,6%); a idade dos clientes variou entre 64 e 99 (x=80) anos, e dos cuidadores entre 37 e 84 anos (x=58,7a); a escolaridade básica foi mais frequente entre os idosos (36 - 65,4%) e a superior (18 - 32,7%) para os cuidadores; quanto ao parentesco dos cuidadores, 30 (54,4%) eram filhas e 12 (21,5%) esposas. Para comparar as funcionalidades subjetivas e objetiva no desempenho do autocuidado, calculou-se o Índice de Concordância (Ind.Con%), que variou de 62 a 93%, com Kappa oscilando entre 0,20 e 0,59. Tanto os idosos como os cuidadores referiram desempenhar as tarefas sem ou com ajuda, porém, na avaliação objetiva, detectou-se maior necessidade de ajuda ou a incapacidade da realização da tarefa. Saliente-se que os idosos se autoavaliaram um pouco melhor que os seus cuidadores. Discussão: Nas avaliações subjetivas idosos e subjetivas cuidadores, em comparação com a objetiva, as respostas dos idosos para o autocuidado foram confirmadas na avaliação objetiva e com os relatos reportados subjetivamente pelos cuidadores. Verificou que o Nível de funcionalidade nos idosos, na maioria foi o nível 3 (fazer sem ajuda) para as atividades de vida diária PADL e atividades instrumentais AIVD. Os relatos subjetivos idosos em comparação com a avaliação objetiva podem apresentar que alguns idosos fazem as atividades sem ajuda, outros com ajuda e aqueles que não fazem as tarefas sozinhos, e, assim, necessitaram de algum tipo de ajuda. As informações subjetivas reportadas pelos cuidadores foram discordantes em comparações com a avaliação objetiva em alguns itens das escalas. Os idosos tendem a se avaliar melhor que seus cuidadores. Os cuidadores reportam que os idosos conseguem realizar a tarefa, mas, na avaliação objetiva, alguns não fazem. **Conclusões:** Há importantes diferenças entre as capacidades funcionais relatadas pelo próprio idoso e seus cuidadores quando comparadas com a observação direta destas tarefas pelo enfermeiro, o que indica a necessidade de basear as ações e os cuidados muito mais na avaliação direta do que exclusivamente nos relatos dos clientes e de seus cuidadores.

Descritores: autocuidado; autonomia pessoal; pacientes internados; idoso; cuidadores.

ABSTRACT

Figueredo DJ. Self care of elderly people admitted at a geriatric ward of a school hospital: comparison between subjective and objective evaluations [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2016.

Prospective, longitudinal quantitative study in elderly people and their proxies, of both genders, admitted at a geriatric ward of a school hospital, whose data collection was August 2013 to March 2014. Objective: to evaluate subjective and objective functional condition of elderly people admitted at a geriatric ward; among the reports of self care performance and their needs for help. Method: subjective and objective evaluations using the instrument Performance test of Activities of Daily Living (PADL), with 16 tasks associated to 3 items of Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Results: Female gender was predominant among the elderly (32 - 58.2%) and the proxies (46 - 83.6%); clients' age varied between 64 and 99 (x=80) years old and their proxies between 37 and 84 years old (x=58.7y); basic education was more frequent among the elderly (36 - 65.4%) and higher (18 -32.7%) for their proxies. Regarding the family connection of proxies, 30 (54.4%) were daughters and 12 (21.5%) wives. In order to compare the subjective and objective functionalities to perform self care, it was calculated the Concordance Index (CI), which varied from 62 to 93%, whose *Kappa* was between 0.20 and 0.59. Both elderly people and their proxies referred performing tasks with or without help. However, on the objective evaluation it was detected greater need for help or incapability to perform a task. It must be highlighted that elderly people evaluated themselves a little better than their proxies. Discussion: elderly subjective and proxy subjective evaluations in comparison to objective ones, elderly responses for self care were confirmed in objective evaluation and the reports provided subjectively by their proxies. It was verified that the functionality level of elderly people in majority was level 3 (do it without help) for PADL daily life activities and IADL instrumental activities. Elderly subjective reports in comparison to objective evaluation, it can be seen that some elderly people perform their activities without help, others with help and the ones who don't perform tasks by themselves required some kind of help. Subjective information reported by proxies was discordant in comparison to objective evaluation in some items of the instruments. Elderly people are more prone to evaluate themselves better than their proxies. Proxies reported that elderly people can perform their tasks, but in the objective evaluation it was not observed. Conclusions: there are important differences between the functional capacities reported by elderly themselves and their proxies when compared to the

direct observation of these tasks by the nurse, which points to the need of actions and care more focused on the direct evaluation rather than reports by clients and their proxies.

Descriptors: self care; personal autonomy; aged; inpatients; caregivers.

1 INTRODUÇÃO

O autocuidado permeia a vida humana em cada fase e será aprimorado para melhorar no decorrer do desenvolvimento. Assim, ao longo da existência, a preservação das capacidades funcionais vem intrínseca a uma série de valores culturais e sociais que o homem absorve para se cuidar¹⁻⁸. A manutenção do autocuidado torna-se fundamental, uma vez que é a melhor forma de atenção à saúde no processo do envelhecimento. O favorecimento ao desempenho do autocuidado neste grupo possibilita que realize suas atividades básicas de vida (ABVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD)⁹⁻¹⁷. Assim, para elucidar e expressar a importância do autocuidado, seguem-se algumas definições e conceitos:

A capacidade de autocuidar é a habilidade do indivíduo (paciente) para conduzi-los a atividades essenciais de vida diária, sem ajuda (assistência), por exemplo, (comer, vestir-se etc.). Quanto mais forem independentes mais possibilidades de alta precoce e sobrevida terão, (<u>Kuriansky J</u>, <u>Gurland B</u>, 1976)⁸.

O autocuidado como conceito é o desempenho ou prática de atividades que os indivíduos/pessoas realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bemestar. Assim, sua finalidade, quando efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano. Orem, 1991⁷.

Nota: Compreensão: As atividades de vida diária (AVD) são aquelas realizadas para a manutenção da vida em um meio, elas se subdividem em a): atividades básicas de vida diária (ABVD), as quais estão vinculadas ao autocuidado como, por exemplo: alimentar se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se; b): atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são relacionadas à capacidade da pessoa ter uma vida independente dentro da comunidade em que vive, por exemplo: realizar compras (Jacob Filho W, Milton GL, 2008; Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML, 2007)^{11,13}.

Existe grande preocupação em buscar formas de intervenções integrais na assistência à saúde dos idosos, incluindo questionamentos sobre a abrangência da

saúde dos idosos saudáveis, autônomos e a qualidade de vida dos idosos dependentes. A longevidade pode ser conceituada como o número de anos vividos por uma pessoa ou a média nessa mesma geração 11,18-21. São importantes os investimentos em estudos que venham mapear as condições de saúde e necessidades dessa faixa etária em nossa população. O estudo *Northwest Permanent in Portland*, para validar a segmentação Algoritmo *Senior* (SSA), para registros clínicos de saúde que identificam cada participante de 65 anos e mais velhos, e classificados em grupos (1, 2, 3 e 4) de atenção às necessidades de saúde semelhantes, verificou uma concordância do algoritmo com a avaliação do segmento médicos. De 1.615 beneficiários do *Medicare* foi de 85% e, após um ano; cerca de 85% de sobreviventes (86.140) permaneceram no mesmo grupo de tratamento; 3,9% foram removidos a um outro grupo menor necessidade e 11% foram transferidos para um grupo de maior necessidade. As taxas de mortalidade de 6 e 12 meses variaram substancialmente entre grupos de assistência. O algoritmo seguiu a probabilidade de pontuação hospitalização na previsão de internação e reinternações²².

Em outro estudo com 2.271participantes, da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, somente 2.055 (90,5%) tinham informações completas. Quanto ao desempenho funcional, 19,7% relataram uma limitação na realização de, pelo menos, uma atividade de vida diária – AVD, em relação às redes sociais dos idosos, 51% tinham cônjuge, 56,4% viviam com os filhos; 27,2% recebiam diariamente visitas de familiares; 26% recebiam visitas semanais de outros parentes; 73,7% se reuniam com três ou mais amigos nos últimos 30 dias. Sobre o apoio social, 91,4% relataram ter alguém com quem poderiam contar e 81,3% se mostraram satisfeitos com suas relações pessoais²³. Dar a devida importância à preservação das capacidades funcionais nessa população vem a ser uma das melhores formas de atenção à saúde do idoso e possibilitar que essa faixa etária realize suas atividades básicas de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária ²⁴⁻²⁷. Envelhecimento saudável é aquele livre de acometimentos que gerem incapacidade funcional²⁴⁻²⁸.

É necessário um olhar adicional aos idosos com comorbidades e incapacidades funcionais que, gradativamente, os tornam incapazes de realizar suas ABVD e AIVD^{27,29-31}. O conceito de capacidade funcional eclodiu no campo da saúde devido

ao novo paradigma social do processo de envelhecimento e seus reflexos sobre a atenção à saúde, o qual possibilitou definir, instrumentalizar e operacionalizar saúde para os idosos^{29,30}. Por este prisma, pode-se definir capacidade funcional como a habilidade de a pessoa desenvolver, autonomamente, as atividades consideradas fundamentais à sobrevivência e manutenção das suas relações sociais^{29,32-34}. Torna-se importante ressaltar que tal enfoque transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas, englobando fatores sociais, físicos e cognitivos que afetam a saúde dessa população. As comorbidades dos idosos são agrupadas em uma gama de doenças crônicas degenerativas e incapacitantes, que causam dependência leve, moderada ou total, tornando-os funcionalmente privados de autonomia e/ou independência³⁴⁻³⁷. As incapacidades podem ser definidas como dificuldades em realizar as ABVD, por uma deficiência física ou de saúde, com impactos sobre a habilidade, e a pessoa exercer papéis e atividades na sociedade³⁴⁻³⁷.

O declínio funcional de idosos hospitalizados é um grave problema que afeta a sua dinâmica em autocuidados e a de seus familiares e cuidadores. Para estabelecer intervenções de prevenção à qualidade e manutenção do não declínio da autonomia dos idosos, é imprescindível a seleção de instrumentos específicos destinados a lhes avaliar a capacidade funcional³⁸⁻⁴⁰. São muitos os instrumentos utilizados para avaliação e abordagem à funcionalidade física e cognitiva que possibilitem à equipe interdisciplinar obter informações necessárias ao atendimento dos idosos. Os estudos relatam que as informações oferecidas pelos cuidadores e a resposta do sujeito são pouco valorizadas quando se avalia a funcionalidade física e cognitiva dos idosos^{38,39,40}. Esses instrumentos são aplicados em ambientes de atendimento a esse público, como domicílios, unidades básicas de saúde (UBS), instituições de longa permanência (ILPI), centros de convivência, centros de diagnósticos, ambulatórios, hospitais e enfermarias especializadas.

Observa-se uma fragilidade na utilização e coleta de informações para planejamento da atenção a esses idosos. A equipe de saúde busca subsídios nessas avaliações para melhor programar a assistência de cuidados a eles direcionada. Encontrar novas formas de compreender o desempenho desses idosos nas suas atividades e criar meios para seus cuidados foi um dos principais motivos para a idealização deste projeto: enfocar a avaliação de autocuidado/funcionalidade dos

idosos segundo suas informações subjetivas, as informações subjetivas dos cuidadores em confronto com a verificação objetivo/prática, pelo enfermeiro, das atividades desempenhadas pelos pacientes numa unidade de internação geriátrica^{35,38-41}. Os instrumentos selecionados para coleta dos dados foram a escala ecológica de testes (*performance test of activities of daily living*, PADL) de desempenho das atividades de vida diária, a escala de avaliação instrumental de atividades de vida diária (AIVD) e a escala de atividades básicas de vida diária (ABVD) já utilizada por pesquisadores^{8,15-17}. Também foram selecionadas variáveis específicas de caracterização da amostra de idosos e cuidadores apresentadas em questionários próprios, com adição dos dados da avaliação cognitiva^{35,38-42}. A preservação do autocuidado nas diferentes fases do envelhecimento, mesmo nos ambientes de internação, é primordial ao favorecimento de uma qualidade de vida digna ao idoso.

1.1 Hipótese

Existe uma discrepância, ou incompreensão, entre as avaliações subjetivas da capacidade de autocuidados pelos idosos e por seus cuidadores quando comparadas com a avaliação objetiva realizada pelo enfermeiro.



2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aumento da população de idosos no mundo

A população de idosos cresce tangencialmente, como declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual afirma que a população de idosos com 60 anos irá de 841 milhões para 2 bilhões até 2050^{43,44}. O controle das doenças crônicas e o bem-estar na terceira idade oferecem novos desafios à saúde pública global⁴³⁻⁴⁶. O aumento da longevidade ocorre em países de alta renda, favorecido pelo declínio das mortes por doenças cardiovasculares, por exemplo, acidente vascular encefálico, doenças cardíacas isquêmicas (corrigidas por intervenções simples e de baixo custo, como a redução de tabaco e controle da pressão arterial). Os alertas se mantêm, uma vez que o aumento dos anos de vida não está associado às melhores condições de saúde e qualidade de vida dessa população. Torna-se imprescindível haver estratégias de combate às causas e aos fatores que elevam as comorbidades e dê atenção ao cuidado com excelência. Em 2025, haverá, aproximadamente, 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, 80% delas nos países em desenvolvimento 18,28,41,43-45,48,49.

As comorbidades em todo o mundo são mapeadas como forma de controle das doenças nos mais velhos e manutenção da qualidade de vida dos idosos. Num estudo na Alemanha, mapearam-se dados de coorte prospectiva multicêntrico com 1.050 pacientes idosos sob cuidados primários selecionados aleatoriamente, com 65 a 85 anos, que sofriam de múltiplas comorbidades, definidas como ocorrências de três ou mais condições de uma lista de 29 doenças crônicas. A idade média no início do estudo foi de 74,4 anos; 58,6% eram do sexo feminino. As dez condições mais prevalentes, por ordem decrescente, foram hipertensão arterial (79,4%), distúrbios do metabolismo lipídico (59,4%), lombalgia crônica (51%), artrose (43,4%), diabetes melito (38,2%), doença cardíaca isquêmica crônica (32,7%), obesidade (31,3%), disfunção da tireoide (31,0%), arritmias cardíacas (28,5%) e osteoporose (26,4%)⁵⁰.

O controle dessas doenças precisa ser anterior a estados que impeçam os idosos de desenvolver suas atividades de autocuidado e autonomia.

Mundialmente, a população de idosos tem tido aumento gradual (kalache *et al.*)⁵¹ em 1987 já alertavam para esse crescimento tomando por base a população da década de 1950, em 1960, estudos enunciavam que os idosos que era mais da metade da população em países do terceiro mundo ou em desenvolvimento. As projeções demográficas apontavam que, de 1980 ao final do século XX, cerca de três quartos dessa população estariam nos países menos desenvolvidos e seriam a faixa etária de maior crescimento exponencial⁵¹.

Essas estimativas de mudanças nas porcentagens de idosos vão refletir pontualmente nas taxas de fecundidade do passado e do futuro; muitos países irão reduzir a proporção de jovens e aumentar a de pessoas idosas. Caso ocorresse redução das taxas de mortalidade de pessoas adultas e idosas, essa situação mostraria aumento das proporções em relação à população total. Esse é um processo dinâmico no comportamento populacional, chamado de transição epidemiológica por alguns, ou demográfica, por outros. O processo de transição epidemiológica é conceituado como mudança gradativa de situações na população, caracterizada por alta mortalidade/alta fecundidade para baixa mortalidade/baixa fecundidade e, consequentemente, de baixa para alta proporção de idosos na população^{28,48,49,51,52}.

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios do século XXI: mais de 32 milhões de pessoas, a maioria com nível socioeconômico baixo, e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes 28,41,48,49,51,52. O aumento dessa população pelo mundo foi gradativo desde a década de 1960 nos países emergentes, porém também visto em países desenvolvidos, embora estes venham se adequando à nova situação 18,28,48,49,51. O panorama chamou a atenção para a demanda dos serviços de que os idosos necessitariam e de políticas sociais exponencialmente sólidas em todo mundo, porém mais acentuadamente nos países em desenvolvimento^{28,41,48,49,51-53}

2.2 Aumento da população de idosos no Brasil

A chamada era contemporânea caracteriza-se por diversas transformações na sociedade, tanto históricas e filosóficas como econômicas, políticas e sociais, as quais deixam um legado importante para a humanidade; um deles é a capacidade de envelhecer e morrer mais tarde^{28,49,51,52,54}. No entanto, as doenças crônicas e incapacitantes contribuem para classificar os idosos em incapazes de realizar as ABVD e as AIVD^{18,51}. Pode-se, aqui, definir envelhecimento como o processo de se ver mais velho com a passagem do tempo. O processo abrange desgaste cumulativo, irreversível, universal e não patológico, chamado de senescência. O processo de envelhecimento provoca alterações orgânicas no corpo humano, tornando-o, progressivamente, incapaz de cumprir as funções fisiológicas básicas, levando o indivíduo à morte^{18,28,48,49,51,52,54}. Senilidade é o envelhecimento afetado por uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos que podem desenvolver uma cascata de comorbidades, causando incapacidade às pessoas na chamada terceira idade¹¹.

A transição demográfica que vem ocorrendo desde até 1960 no Brasil, em várias regiões, sinaliza a redução das taxas de fecundidade, impulsionada por fatores externos e internos. Nos anos 1960, a taxa de fecundidade era de 5,8 filhos. Nas décadas seguintes, houve uma redução. Estimou-se, para 2000, a taxa de 2,4 filhos por mulher; em 2006, de 2, situação tal que, em 30 anos, provocaria um declínio das taxas de fecundidade no país^{11,18,24,47}. Em países desenvolvidos, a redução foi um processo lento e gradativo superior a um século^{11,18,24,47}. Esse processo expressa, hoje, a prevalência de pessoas idosas com 60 anos e mais na distribuição piramidal, refletindo que, em menos de 40 anos, o perfil de mortalidade mudou, passou de uma população típica jovem para uma caracterizada por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Fato marcante é que as doenças crônicas aumentam cada vez mais em idosos ^{18,45,52,55,56}.

Os idosos no Brasil vêm sendo visualizados, nos últimos 30 anos, como a faixa etária que mais aumentou na distribuição piramidal da população, mostrando expressivo crescimento, o que atraiu a atenção de estudiosos e gestores da área do envelhecimento humano e das políticas públicas de saúde^{11,44,47,48}. A população total em 2010, no Brasil, chegou a 190.732.694 habitantes^{18,45}. A taxa média de

crescimento anual no período 2000-2010 foi de 1,17%, uma das mais baixas já observadas. Porém, a faixa etária de 60 anos ou mais vem duplicando no país, Brasil¹⁸. Estimativas mostram que, entre 2000 e 2020, os idosos passarão de 13,9 para 28,3 milhões e as projeções apontam para um total de 64,1 milhões em 2050^{18,44-46}. O número de idosos superará o de crianças e adolescentes em cerca de 4 milhões em 2030, e essa diferença aumentará para 35,8 milhões, em 2050^{18,44-46}.

Segundo outro estudo, em 1980, havia, no Brasil, 591 mil idosos longevos (80 anos e mais); as projeções indicam que, em 2050, eles serão 13,8 milhões, o que corresponde a um aumento de 2.226%, enquanto a população total aumentaria 81,6% e a de idosos, 436%, no mesmo período⁴⁵. No Brasil, essas mudanças são vistas com extremo cuidado, pois as políticas públicas de infraestrutura para acolhimento e atenção a essa população não acompanharam amplamente o processo de transição demográfica⁵¹. Essa população de idosos se traduz em maior número de problemas ao longo do tempo, em que a situação de saúde é vista com uma questão fundamental para a qualidade de vida e manutenção da funcionalidade^{57,58}. Olhar para definições de senescência e senilidade é colocar o idoso em duas populações bem definidas na sociedade e definir quanto de qualidade de vida ele tem para ser autônomo em suas ações nas estruturas sociais e nas decisões sobre uma vida digna. Assim, eis um dos conceitos de autonomia.

2.3 Agravos à saúde dos idosos

A dependência dos idosos é enfocada em vários estudos brasileiros; um deles verificou a fragilidade dessa população, que é classificada em nível de dependência leve e não alfabetizado^{18,52,54}. O analfabetismo torna-se um relevante fator, considerado para dependência moderada/grave cerca de 4 a 5 vezes maior nessa população⁵⁴.

Estudos verificaram que, aproximadamente, 1/4 dos idosos tem hipertensão arterial (HAS); 11,10% acidente vascular encefálico (AVE) e 6,80%, artrose^{57,58}. Também uma das doenças que mais afetam indivíduos com 60 anos e mais é a demência, em todo o mundo, variando de 3%, aos 70 anos até 20 a 30%, aos 85 anos,

dobrando a cada cinco anos com o aumento da idade⁵⁶⁻⁶¹. Estudo elaborado na zona urbana do interior de São Paulo mostrou prevalência de demência foi de 1,6%; na faixa de 65 a 69 anos, de até 38,9% e acima de 84 anos, 38,39% ⁶⁰.

Ampliação da expectativa de vida do ser humano, uma das maiores contribuições e conquistas da humanidade no século XX, não aconteceu de forma equitativa nos diferentes países, tampouco nos contextos socioeconômicos, nem associada à melhor qualidade de vida dessa população^{61,62}. Em um estudo em enfermaria de geriatria, verificou-se risco de iatrogenias associadas a fatores relacionados ao tempo de internação e número de drogas prescritas, à instabilidade postural e a *delirium* nessa população⁶³. A ocorrência de iatrogenias aumentou em 71% o risco de óbito durante a internação^{63,64}.

Outro estudo de 2009, feito em Jequiezinho, no estado da Bahia, indicou a classificação do nível de dependência dos idosos: amostra de 53,85% de idosos apontava dependência leve, e os não alfabetizados foram predominantes, dado como relevante, considerado sociodemográfico fator para dependência moderada/grave cerca de 4 a 5 vezes maior⁵⁵. São fatores vistos como sinalizadores para o aprimoramento das equipes interdisciplinares em atenção e conhecimento do envelhecimento humano e direcionamento do cuidar. Estudo com 1.786 idosos, na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, para determinar os fatores associados à incapacidade funcional nessa faixa etária, verificou que a média de idade das pessoas idosas foi igual a 69,7 anos (variação de 60 a 91 anos), predominando o sexo feminino (58,9%), baixa escolaridade (somente 26,8% tinham oito ou mais anos de escolaridade completa). A prevalência da incapacidade foi de 16% (8% leve e 8% grave)⁶⁵.

Outro estudo com idosos residentes no município de São Paulo, nos anos 2000/2001, objetivou investigar a influência das doenças crônicas sobre a capacidade funcional, controlado por idade, sexo, arranjo familiar, educação e presença de outras comorbidades: amostra de 1.769 indivíduos com 60 anos e mais de idade, de ambos os sexos e sem alteração cognitiva. Verificou-se: predominar o sexo feminino (58,8%), hipertensão arterial ser a condição crônica mais frequente (53,4%), além de arteriopatia (33,8%), doença cardíaca (20,6%), diabetes melito (17,5%), doença pulmonar (12,5%) e câncer (3,6%). Doença cardíaca (32,2%), arteriopatia (30,9%),

câncer (30%) e doença pulmonar (27,2%) foram evidenciados em maior proporção entre os idosos dependentes em AIVD. Os idosos dependentes em AIVD e AVD apresentavam maior prevalência de doença pulmonar (10%), seguida de doença cardíaca (8,5%) e arteriopatia (7,5%), Alves *et al.*, 2007. Num estudo com 33.515 indivíduos com 60 anos ou mais, a incapacidade funcional foi associada a fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde. Em nível individual, o sexo, a educação, a renda, a ocupação, a autopercepção de saúde e as doenças crônicas foram os fatores mais fortemente relacionados; no contexto, a desigualdade de renda exibiu uma importante influência⁶⁶.

Também na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, fizeram um estudo com 1.624 idosos (≥ 60anos) selecionados por amostra probabilística, o qual verificou o uso do serviço de saúde, número de consultas médicas, consultas domiciliares e hospitalizações *versus* a capacidade funcional, medida pelo relato de dificuldade em fazer atividades instrumentais e básicas de vida diária. Obtiveram resultados: para uso de serviços de saúde nos últimos 12 meses, 92,4% dos idosos tiveram, pelo menos, uma consulta médica (média = 4,9 consultas; uma ou mais consultas domiciliares) e 14,3%, uma ou mais internações hospitalares. Quanto à capacidade funcional, 64,2% dos idosos eram independentes para realizar todas as AIVD e ABVD, 19,6% apresentavam alguma dificuldade para realizar, pelo menos, uma AIVD e 16,2% tinham alguma dificuldade para realizar uma ou mais ABVD. Todos os idosos com algum grau de dificuldade para, pelo menos, uma ABVD também o foram para, pelo menos, uma AIVD⁶⁵.

2.4 Custos da atenção à saúde dos idosos

A ampliação da expectativa de vida gerou desafios para a saúde pública em todo o mundo. O aumento da prevalência e da incidência da incapacidade funcional ocasionada por fatores diversos eleva os custos da saúde na intenção de implementar e capacitar profissionais para essa área. Os custos em saúde para atender os idosos serão elevados, tanto para o setor público como para o privado. Caso não surjam políticas de prevenção a doenças incapacitantes haverá sérias consequências para a

economia. No setor privado, o envelhecimento da população é visto como um fenômeno mundial de países emergentes; assim, elevam-se os custos para manutenção e "implementação" de programas de atenção ao idoso. Visualizam-se comportamentos distintos de crianças, adolescentes e idosos, verifica-se aumento do índice de envelhecimento da população brasileira, gerando hipótese de queda das taxas de fecundidade no país, causando, em 2050, uma superpovoação de idosos com o número aproximado de 226 idosos com 60 anos e mais de idade para cada 100 crianças e adolescentes¹⁸.

Os problemas em captar recursos são vistos também nas operadoras de planos de saúde e na área governamental. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), há mais idosos participando de planos de saúde do que a população geral, originando um grande desafio para as financeiras desses seguros⁶⁷. Cerca de 11% dos beneficiados são pessoas com mais de 60 anos *versus* 10% do total de idosos da população. Em dados de 2000 a 2009, a entrada em planos de saúde dessa população cresceu 46%, enquanto o total de beneficiários chegou a 34% ^{67,68,69}. No setor público, o atendimento à população com 60 e mais anos de idade vem correspondendo a 23% dos gastos públicos com internações hospitalares do tipo primário, variando pouco entre as regiões do país ^{67,68,69}.

No setor público, esse atendimento corresponde a 23% dos gastos públicos com internações hospitalares do tipo primário, com pouca variação entre as regiões do país. Paralelamente a essa questão, está a baixa condição socioeconômica dessa população. Dados do IBGE, 2009⁴⁴, mostraram uma taxa de 20% das pessoas idosas mais pobres com prevalência estatisticamente significativa menos elevada (69,9%) de doenças crônicas; os demais idosos tiveram proporções semelhantes (aproximadamente, 75%). Os custos e os riscos com a população idosa quando vem a ser internada são elevados para o sistema de saúde⁴⁴.

As internações hospitalares são mais frequentes e a ocupação do leito-dia é maior devido à multiplicidade de doenças comparada com a de outras faixas etárias da população⁴⁴. Os custos se elevam quando se verifica que muitos idosos internados permanecem dias-leito gerados por questões sociais e econômicas criadas pela demanda de cuidados quando o paciente ocupa o leito após a alta por tais circunstâncias^{44,67,70}.

Estudo desenvolvido por 10 anos verificou 20.590.599 internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do SUS. Destas, 11.434.487 (55,5%) abrangiam o sexo feminino e a soma dos valores pagos para todas essas internações foi de R\$ 21.545.274.041,00. Os idosos representavam 16,11% no período, contribuindo para 27,85% das internações e 36,47% dos recursos pagos por elas. A razão entre a porcentagem dos valores pagos para as internações hospitalares e a porcentagem da população aumenta gradualmente com a idade, em homens e mulheres. Essa razão foi igual a 3,55 para homens idosos, 1,57 para mulheres idosas e 2,26 para idosos de ambos os gêneros⁷¹.

Estudo sobre infecções hospitalares que acometem os idosos internados foi realizado com 341 pacientes com índice de IH 3% superior à média mensal. Locais das infecções: trato respiratório (58,1%), trato urinário (28,6%) e sítio cirúrgico (4,6%). Para cada internação, o custo em média foi de R\$ 28.714,10. O uso de antibioticoterapia representou 5% desse valor. Para cada 15 dias de internação, a média de permanência acrescentou R\$ 17.946,30 aos custos⁷². Os diagnósticos mais frequentes identificados no estudo foram 17 iniciais, classificados em cinco categorias: neurológicos, cardiovasculares, infecções/sepse, gastrintestinais e ortopédicos, respectivamente 19,9; 12,6; 11,7; 11,1 e 10,6%. Dos 341 idosos avaliados, 6% apresentaram mais de um diagnóstico inicial⁷².

O crescimento da demanda por serviços e do gasto com saúde no Brasil em decorrência do envelhecimento da população e do nível de renda *per capita* do país em internados do século XXI acelera as projeções de aumento para 2050. Deve-se entender isso como uma sinalização das mudanças na estrutura etária da população brasileira que estão em curso e que serviram de suporte para planejamento, adaptação da oferta à demanda de serviços de saúde no país⁴⁴.

Segundo um estudo, os gastos totais com saúde em 1998 foram estimados em R\$ 73,8 bilhões correntes, equivalentes a 8,2% do produto interno bruto (PIB); o setor público foi responsável por R\$ 29,7 bilhões, 3,3% do PIB, 1,9% federal, 0,6% estadual e 0,8% municipal. O setor privado respondeu por R\$ 44,2 bilhões, 4,9% do PIB, 4,2% das famílias e 0,7% das empresas^{44,72}. A partir destes parâmetros, o gasto com saúde *per capita* para a população com mais de três salários mínimos de

rendimento familiar *per capita*, em 1998, foi de R\$ 1.038,55, três vezes o gasto da população com até três salários mínimos, R\$ 352,84^{44,72}.

A demanda derivada do envelhecimento da população e do aumento do rendimento familiar per capita concomitante poderá elevar a taxa de utilização de serviços de saúde para consultas médicas, exames e tratamentos em, respectivamente, 59; 96; e 122% 44. Como não há possibilidade de diferenciar os usuários da Rede SUS por rendimento, essas projeções do aumento da taxa de internações e valor pago pelo SUS por habitante só podem ser realizadas pelas mudanças na estrutura etária da população, respectivamente, 43 e 50%. Quanto ao total de gastos com saúde, público e privado, considera-se, a princípio, em qualquer cenário econômico projetado, que o crescimento do gasto com saúde per capita acompanha o próprio crescimento do PIB per capita. Embora resultantes do envelhecimento populacional, tais gastos poderão crescer a uma taxa superior à de crescimento do produto, ou, dito de outra forma, o gasto com saúde deverá crescer enquanto proporção do PIB^{44,67-69}. Segundo (Veras, 2007), as síndromes demenciais são a principal causa de incapacidade e dependência na população de idosos. A família é a principal fonte de cuidados, com uma série de ações e atitudes que produzem gastos relevantes em assistência: em média, 66% da renda familiar. Os gastos podem chegar até 75% para pacientes em estágio inicial; 62% em estágio avançado e a cerca de 80% da renda familiar quando a demência é associada à outra doença crônica⁴⁷. A relevância econômica dos gastos exige que sejam realizadas análises sistemáticas para fornecer, aos profissionais de saúde, informações para que possam elaborar planejamentos assistenciais com soluções economicamente viáveis para as famílias cuidadoras. No Brasil, é notória a inexistência de um programa de governo direcionado à população idosa com demência, apesar da instituição da Política Nacional de Saúde do Idoso, cujo Decreto-lei foi promulgado em 199944,67-69

2.5 Atenção ao autocuidado dos idosos

Falar em conceito de funcionalidade é particularmente útil para o contexto do envelhecimento. Envelhecer e manter a capacidade funcional não é problema nem para o indivíduo nem para a comunidade, quando vem com qualidade de vida e possibilita aos idosos desempenhar seu autocuidado e manter suas atividades adequadamente. Quando o envelhecimento funcional está relacionado à deterioração biopsicossocial é que se torna um problema. Neste aspecto é que o conceito de autonomia está intimamente ligado à manutenção da condição funcional para uma vida com dignidade 34,73,74.

A manutenção de autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida e é por meio do grau de autonomia que o idoso desempenha as funções de ABVD, AIVD no contexto socioeconômico-cultural. Para os idosos, essas funções são essenciais, pois é por meio do desempenho delas que se mostram ativos^{34,73,74}. Os idosos com capacidade funcional prejudicada e portadores de doença crônico-degenerativa se tornam onerosos ao Estado e à família. Quando perdem a autonomia, se transformam em dependentes e necessitam de cuidados integrais.

O crescimento populacional de pessoas com 60 anos e mais em relação à população total no Brasil e sua sobrevida elevada tem impulsionado pesquisas referentes à expectativa e qualidade de vida e a condições de saúde desses indivíduos no sentido de verificar a situação de saúde, anos vividos com saúde ou não. Assim, conhecer essa relação é fundamental para a implementação de programas e para trabalhar com base na qualidade de vida da população: como se chegar aos 90 anos livre de doenças, vida equilibrada etc. É de extrema importância ter conhecimento das estruturas dos serviços de saúde para atender essa camada da população brasileira⁷⁵.

A questão do adoecimento da população idosas não só gera um problema para o familiar e o doente, mas traz consigo uma série de inquietações para os gestores em saúde, como captar, capacitar e organizar serviços voltados a atender essa população sem acarretar-lhe mais risco e alterar sua qualidade de vida com uma internação. A institucionalização é uma das principais opções para famílias com idosos que demandam uma série de cuidados e que, muitas vezes, exigem muito das famílias

para dar conta de todo o necessário. Em estudo feito com os idosos institucionalizados, a prevalência de dependência para AVD foi de 44%; idosos sem contato familiar e que referiram saúde regular-ruim apresentaram probabilidade duas vezes maior de dependência para AVD e a prevalência de dependência para AIVD foi de 88,7%, associada ao sexo feminino com ausência de contato familiar e déficit cognitivo⁷⁶.

Um inquérito de saúde efetuado com 2.271 idosos na região metropolitana de Belo Horizonte originou uma amostra probabilística de 2.055 participantes (90,5%) com informações completas sobre todas as variáveis e foram incluídos na atual análise. Quanto ao desempenho funcional, 19,7% relataram uma limitação na realização de, pelo menos, uma atividade de vida diária. Em relação às redes sociais dos idosos, 51% tinham um cônjuge, 56,4% viviam com seus filhos, 27,2% receberam visitas quase diárias das crianças que vivem com outros agregados familiares, 26% receberam visitas semanais a partir de outros parentes, e 73,7% se reuniram com três ou mais amigos 30 dias anteriores. Em termos de apoio social, 91,4% relataram ter alguém em quem poderiam confiar e 81,3% ficaram satisfeitos com suas relações pessoais ²³.

2.6 O cuidador e a relação do cuidar

Os cuidados são classificados de acordo com a necessidade exigida pela pessoa idosa. São prestados por diferentes tipos de profissionais ou por equipe interdisciplinar, e cuidadores ou responsáveis legais^{34,73,74}. Uma das equipes que assiste essa população é a enfermagem, em todas as suas fases de vida e abrangência na saúde; o enfermeiro é um profissional imprescindível aos programas que visam à construção de uma assistência qualificada em saúde. E precisa estar voltado ao campo tecnológico, às relações interpessoais e, principalmente, à maneira de organizar os serviços, e responder às novas demandas gerenciais e científicas para olhar essa população⁷³. Em um estudo, cita-se que, aproximadamente, 90% dos idosos permanecem em domicílio, os serviços institucionais são responsáveis por menos de 10% desse público^{73,74}. A família é a grande responsável pela assistência

ao idoso em domicílio. Por este prisma, é visível a inconsistência das políticas públicas de saúde; elas se tornam inexpressivas para esse tipo de atendimento⁷⁴.

A Política Nacional dos Idosos (PNI), a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e o Estatuto do Idoso, pela Lei nº. 10.741/2003, enfatizam no Brasil a importância da família para os idosos. Ela deve cuidar e acolher seu familiar idoso. O Art. 3º. do Estatuto dispõe que os cuidadores não detêm informações adequadas e suficientes para exercer o cuidado. Há poucos recursos sociais de apoio e escassez de pessoas capacitadas para dar suporte aos familiares, treinamentos de adequação dos cuidados em domicílio⁵⁵. Expressa, ainda, a obrigatoriedade de a família, a comunidade, a sociedade e o poder público assegurarem, aos idosos, absoluta prioridade, efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ou ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito, e à convivência familiar e da comunidade⁷⁴.

O aumento do número de doenças crônicas leva os idosos a utilizarem maior número de medicamentos e a realizarem exames de controle com mais frequência, limitando a qualidade de vida. Em um estudo, analisaram-se os padrões de reclamações em saúde e qualidade de vida dos idosos; os pesquisadores verificaram que a comunicação é um fator de descontentamento dos idosos (80,9%) em relação às equipes de atenção^{49,67}.

A caracterização sociodemográfica e a questão de saúde da população de pessoas idosas facilitam a criação de alternativas para intervenção, e proposta de ações e políticas de atendimento na área da saúde que visem atender as demandas dessa população. O aumento do número de idosos pode ser um dos motivos para o crescimento das doenças crônico-degenerativas no perfil epidemiológico da população como um todo. Assim, há maior preocupação com o fato de elas serem incapacitantes, em muitos casos. As incapacidades funcionais afastam as pessoas da sociedade. Em gerontologia, a capacidade funcional é um importante indicador de qualidade de vida. Para essa população, ser capaz em suas atividades de vida diária é um parâmetro fundamental no ciclo social e na vida em comunidade.

As políticas que favorecem a população idosa devem ser voltadas à manutenção do seu bem-estar em sociedade. Os profissionais de saúde também devem ter uma visão precisa das suas necessidades (dependência para as BAVD e

AIVD). Em muitas situações, ao longo do processo de adoecimento, grande parte dos idosos não é hábil para compreender a gravidade das doenças e de suas sequelas, e, assim, procurar ajuda para intervir na melhora ou manutenção dessa condição. Para avaliação das capacidades e incapacidades das pessoas, são aplicadas duas escalas, a de *Katz* (BAVD) e a de *Lawton & Brody* (AIVD), ambas validadas para a cultura brasileira^{66,73}.

A população com capacidade funcional prejudicada e com doenças crônicodegenerativas é onerosa ao Estado e à família, principalmente por seu alto grau de comprometimento, necessitando de cuidados integrais. Esses cuidados são providos por cuidadores leigos e podem ser assim classificados:

- Cuidador principal ou primário: aquele que detém total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente;
- **Cuidador secundário**: familiar, voluntário e profissional que prestam atividades complementares;
- Cuidador formal: contratado (principal ou secundário);
- **Cuidador informal**: membro da própria família⁷⁷.

Entretanto, as decisões para assumir os cuidados dependem de alguns fatores, tais como: parentesco (esposa ou filha), gênero (feminino), proximidade física e emocional⁷⁷. Há falta de assistência do setor público, instituições que recebam esses idosos e, também, existe a tradição cultural de mantê-los em casa, como a observada nos países da América Latina. O familiar, tendo ou não condição física, psicológica e econômica, é obrigado a cuidar da pessoa idosa demente e doente^{57,77}.

Os cuidados mantenedores – aqueles ligados ao vínculo com a vida, isto é, necessários à sobrevivência do ser humano, como alimentação e higiene corporal (oral e íntima) – foram temas muito valorizados pelos cuidadores; essas atividades são essenciais ao bem-estar dos idosos e, muitas vezes, realizadas cotidianamente pelo cuidador, por isso parecem fáceis, mas são as mais difíceis, por constrangerem tanto o cuidador quanto o idoso demenciado^{56,57,77}. Muitos cuidadores sofrem sobrecarga de responsabilidade jurídica das famílias^{56,77}. O termo sobrecarga

(*burden*) vem sendo usado na literatura gerontológica para descrição dos efeitos negativos das tarefas do cuidador. Ocorrem dois tipos de sobrecarga^{56,77}.

- a) **Objetivo:** refere-se à exigência dos cuidados prestados diante da gravidade, dependência e comportamento do doente, e às consequências ou ao impacto nas várias dimensões da vida do cuidador (familiar, social, econômica, profissional).
- b) **Subjetivo**: enfatiza atitudes e respostas emocionais do cuidador às exigências do cuidar^{56,77}.

Um estudo mostrou que a amostra de cuidadores teve predominância feminina (87,5%), com média etária de 57,3 anos e desvio padrão (DP) de 13,9 a mais jovem com 26 anos e o mais idoso 82 com anos, sendo que 19 dos 40 cuidadores eram idosos. Quanto às horas dispensadas para cuidá-los, verificou-se que 67,5% deles se dedicam integralmente (18 a 24 horas por dia), seguidos por 12,5% (com 6 a 12 horas por dia). Em relação à mudança na rotina de vida para executar os cuidados, 72,5% afirmaram terem ocorrido algumas alterações em sua vida; 25% relataram ter deixado de sair como a mudança mais significativa, seguido por deixar de trabalhar (12,5%)⁷⁸. Um outro estudo referente a *comping* revelou que dependendo do grau de autonomia que os idosos possuem, vão necessitar mais ou menos da atuação do cuidador. E a forma como se constrói essa relação de dependência parcial ou total poderá gerar situações de estresse⁷⁹.

Em um estudo com a finalidade de identificar as características dos cuidadores de idosos

Demenciados e os tipos de demandas de cuidados, e relacionar a demanda com o estágio da demência, foram entrevistados 104 idosos, (66,3% de mulheres), idade média de 75,5 anos, (86,5%) com cuidadores. Quanto aos cuidadores, 80% eram mulheres, membros da família, com idade média de 52,3 anos, dedicavam 15,10 horas/dia para o quesito cuidar, sem ajuda de terceiros. Verificou-se importante relação entre a sobrecarga, o esforço físico e emocional, e o estágio da demência. A sobrecarga emocional foi maior nos extremos do processo da demência (início e tardio). Os resultados atuais revelam a urgente necessidade de planejar estratégias de

suporte formal e informal para cuidadores de idosos brasileiros com demência⁸⁰. Passaram-se quase seis anos e poucas são as estratégias de políticas públicas voltadas para atender e acolher os cuidadores de idosos em nosso meio.

2.7 Avaliação

O sentido do termo "avaliação" é muito mais amplo que a simples "mensuração" de dados. Prevaleceu na literatura a ideia de que o processo de aprendizagem deveria ser altamente dirigido e controlado, portanto, avaliado. Para que tal situação ocorresse, seriam necessários instrumentos bem elaborados para avaliar um processo de ensino e aprendizagem (comunicação entre as partes)^{81,82}.

A meta da avaliação deve ser a mais objetiva e a mais precisa. Porém, o processo é complexo, principalmente quando se desconhece o objeto dessa avaliação e como são inseridas as partes sob o olhar avaliatório⁸². Portanto, conhecer as teorias envolvidas no processo de ensino e aprendizagem é importante para o processo reflexivo de avaliação teórica. Torna-se importante dizer que a avaliação é um processo nos sistemas educativos, e estratégia de pontuação e qualificação de um método, grupo, indivíduo e objeto inserido em um sistema organizacional ou não. A história da avaliação é antiga, seus registros datam de 2000 a.C., quando ocorreu a seleção de servidores do governo chinês. No século 5 a.C., na Grécia, as questões avaliativas já eram empregadas na metodologia de ensino usada por Sócrates⁸³. Assim, os caminhos foram trilhados sobre pedras a ser lapidadas ao longo das discussões.

A avaliação pode ser considerada como um processo essencial para determinar em que extensão os objetivos educacionais desse modo de fato foram atingidos pelo currículo ou pelo ensino, completando desse modo a lacuna existente nos modelos anteriores. Ressalta ainda que os resultados da avaliação devem ser objeto de cuidadosa análise e buscar aspectos fracos os quais devem ser modificadas⁸⁴.

O importante, no entanto, é identificar as nuances e realizar as intervenções no processo quando detectados alguns pontos fracos que interferem na aprendizagem⁸³. Buscar novas formas de ver a avaliação é compreender a sua dimensão dentro do processo de ensino/formação na vida.

A avaliação é um processo de regulação da aprendizagem por professores e alunos/indivíduos... Praticar a avaliação em processo significa ajustar também os critérios à ação, incluir os alunos para assumirem, junto com o professor, os riscos de realizar a conquista do conhecimento no mais alto grau possível, na complexidade e na incerteza em que o processo de conhecer se apresenta, com rigor e exigência, mas que não exclui nenhum dos alunos, porque o pacto pelas finalidades da aprendizagem é coletivo⁸⁴.

Assim, o ato de avaliar implica em dois processos articulados e indissociáveis: diagnosticar e decidir; portanto, os instrumentos de avaliação da aprendizagem devem ser adequados para coletar os dados necessários para se configurar o estado de aprendizagem do estudante⁸⁵. Neste âmbito de discussões sobre a importância da avaliação, não se pode deixar de lado a questão do envolvimento social e cultural em que vivem os membros avaliados. Levar em conta essas questões é também considerar outros pontos no processo de avaliação. Ao avaliar, o educador abrange todos os aspectos da inserção do indivíduo.

A avaliação é, ao mesmo tempo, produto e fator do planejamento, ou seja, a avaliação e o planejamento educacional guardam entre si uma relação dialética. Por um lado, como parte integrante do plano educacional, em qualquer nível do sistema educativo, macro ou micro, seja ele um plano global ou um projeto específico, o modelo de avaliação adotado está subordinado às linhas políticas, sociais, filosóficas e pedagógicas do plano, devendo estar coerente com elas⁸³.

Não se pode esquecer que a avaliação tem caráter de pesquisa e os resultados são usados para tomada de decisão e revitalização das propostas pedagógicas em instituições e caráter global, e como indicadores de qualidade do ensino. Também alimentam os planejamentos institucionais mostrando, sinalizando os caminhos para educadores, pesquisadores, alunos e comunidade utilizarem como princípios norteadores no macro e microssistema de ensino^{83,86}.

Assim, avaliar implica necessariamente em uma tomada de decisão numa abordagem mais qualitativa: após os resultados de uma avaliação, o professor deve decidir o que fará indicando caminhos que o aluno poderá percorrer para que seu processo de aprendizagem seja mais efetivo. Entretanto, na realidade educacional brasileira, a avaliação da aprendizagem, de uma maneira geral, é considerada como sinônimo de provas, testes, exames, sendo que, para muitos professores (e alunos), a não aplicação desses instrumentos no processo educativo significa que os alunos não estão sendo avaliados adequadamente⁸⁷.

A palavra "avaliar" na coleta dos dados deste estudo foi utilizada como técnica e estratégia para as entrevistas, por ser a avaliação um processo que deve considerar o nível de conhecimento e informações dos indivíduos em seus ambientes. Entrevista é o meio que o examinador usa para a coleta de dados⁸⁸⁻⁹⁰.

2.7.1 Avaliação subjetiva

Avaliação subjetiva é uma das estratégias que o examinador utiliza para aplicar os instrumentos aos indivíduos da amostra. O entrevistador/examinador colheu as informações relatadas pelo próprio indivíduo de uma amostra, oralmente ou por escrito e mediante aplicação de uma escala sobre itens de tarefas. Essas informações (dados) são verbalizadas pelos sujeitos ou escritas por eles em instrumentos específicos de coleta de dados^{88,91-93}.

2.7.2 Avaliação objetiva

A entrevista objetiva/observacional é o método usado para coleta de dados dos sujeitos de uma amostra, sobre a prática de suas ações, sem a interferência do entrevistador. O sujeito segue um instrumento com itens de tarefas direcionado pelo entrevistador e este o observa executando a tarefa. Este método possibilita ao entrevistador/pesquisador verificar o desempenho do indivíduo em cada item de tarefa e, assim, confirmar sua habilidade para desempenhar uma atividade, além de comparar os dados autorreferidos e os reportados por informantes^{88,91-94}.



3 Objetivo 25

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo principal

 Avaliar a condição funcional subjetiva e objetiva de idosos internados em uma enfermaria geriátrica de um hospital-escola.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a condição de autocuidado referida pelos idosos internados em uma enfermaria geriátrica.
- 2. Identificar a avaliação do cuidador quanto à condição de autocuidado no início da internação.
- 3. Avaliar objetivamente a condição de autocuidado do idoso internado.
- 4. Detectar diferenças entre estas avaliações.



4 MÉTODO E MATERIAIS

4.1 Tipo de estudo

Estudo de corte transversal observacional quantitativo longitudinal prospectivo, com características de acompanhamento da amostra e coleta de dados, durante um período de tempo^{8,88-90,93}. Nesse estudo, essa coleta foi de agosto de 2013 a março de 2014 (8 meses).

4.2 Local do estudo e casuística

O estudo foi realizado na enfermaria de geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IC-HC-FMUSP), instituição de ensino, pesquisa e prestação de serviços de saúde à comunidade vinculada a uma universidade. O IC-HC-FMUSP ocupa posição de destaque como instituição de ensino, pesquisa e atenção quaternária à saúde. Autarquia estadual vinculada à Secretaria de Estado de Saúde para fins de coordenação administrativa e associada à FMUSP. O IC foi o primeiro instituto do complexo hospitalar do Hospital das Clínicas do Estado de São Paulo, fundado em 1944, com 843 leitos distribuídos no próprio IC e outros no prédio dos ambulatórios anexo a ele.

Conta com uma equipe de saúde interdisciplinar: médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogas, farmacêuticos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, entre outros. Abrange, predominantemente, o Sistema Único de Saúde (SUS) e uma parcela pequena de conveniados. A enfermaria de geriatria do IC está localizada no 6º. andar, ala A, com 24 leitos. Os pacientes atendidos são de alta complexidade, em sua maioria, e com doenças crônicas ou à espera de um diagnóstico. Muitos evoluem para cuidados paliativos. Eles vêm dos ambulatórios de outras especialidades do complexo, do

ambulatório de geriatria, do Pronto-Socorro, de encaminhamento externo ou, mesmo, de países vizinhos.

4.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos idosos internados na enfermaria geriátrica e seus respectivos cuidadores que aceitaram participar do estudo. Após concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram orientados a não compartilhar as informações das avaliações (entrevistas).

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos idosos e cuidadores que se recusaram a participar do estudo, bem como os pacientes com alterações cognitivas e/ou sintomas psicóticos graves, além daqueles sem cuidadores ou impossibilitados pelo quadro clínico agudizado, por agravamento dos sinais e sintomas da doença, ou com grau de demência avançado.

4.5 Casuística

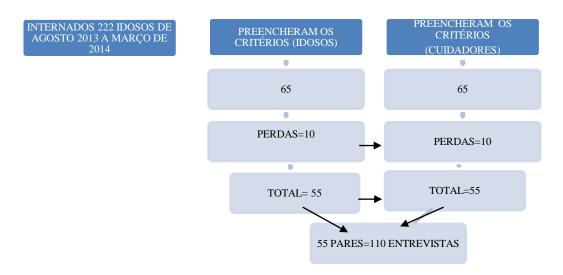


Figura 1 - Fluxograma da captação da amostra

4.6 Seleção e recrutamento da amostra

A amostra foi composta de idosos de ambos os gêneros, na faixa etária de 60 anos ou mais, e de seus respectivos cuidadores. Houve um total de 222 idosos internados de agosto de 2013 a março de 2014; destes, foram incluídos na pesquisa 65 pares (idosos e cuidadores), os quais atenderam os critérios de elegibilidade descritos. Durante a captação da amostra, sete não concluíram a primeira avaliação (subjetiva). Mantiveram-se 58 pares na avaliação subjetiva de idosos (SI) e subjetiva de cuidadores (SC), totalizando 116. Os 58 pares que realizaram as avaliações (SI e SC) passaram para a avaliação objetiva (OB). Nesta modalidade, três pares saíram do estudo, ficaram 55, que compuseram a amostra final, num total de 110 avaliações (entrevistas). Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), (Anexo B e C) do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com número de Protocolo 497.440 (Anexo A).

4.7 Instrumentos

a) Escala de testes de desempenho das atividades de vida diária (performance test of activities of daily living – PADL)

Instrumento selecionado para o estudo, a escala de testes de desempenho das atividades de vida diária – PADL (performance test of activities of daily living) – foi desenvolvida por Kuriansky, Gurland e Fleiss, em 1976. A escala consta de um escore de 0 a 16 pontos, cuja soma categoriza o sujeito em até três níveis de funcionalidade (1- Dependente, 2- Moderadamente dependente e 3- Independente). Após a soma dos acertos, são considerados independentes aqueles pacientes cuja pontuação na escala foi de 100%, ou seja, completaram todas as tarefas; moderadamente dependentes os idosos que completaram entre 75 e 99% das tarefas, e dependentes aqueles que completaram menos de 75%, grau compatível com dependência total. Escala de fácil aplicação, pode ser usada em um cenário prático ou em um ambiente em que era a pessoa estiver, por meio do oferecimento de um kit

portátil. O tempo médio de aplicação foi de até 20 minutos. Os itens de tarefas da escala são: 1- Beber em um copo; 2- Usar um lenço para assoar o nariz; 3- Pentear o cabelo; 4- Lixar as unhas; 5- Barbear-se/maquiar-se; 6- Pegar comida com colher e Levar à boca; 7- Abrir e fechar a torneira; 8- Acender e apagar a luz; 9- Colocar e retirar o agasalho; 10- Colocar e tirar o calçado; 11- Escovar os dentes; 12- Fazer uma chamada telefônica; 13- Assinar o nome; 14- Colocar a chave na fechadura; 15- Dizer as horas; 16- Levantar-se, andar alguns passos e voltar a se sentar (Anexo D)^{8,15}.

Neste estudo, foi adaptado o escore de classificação para as modalidades (1-Dependente 2- Moderadamente dependente e 3- Independente,) de funcionalidade. Os níveis de funcionalidade propostos foram: não faz, faz com ajuda e faz sem ajuda a tarefa.

b) Escala de atividades instrumentais de vida diária

Foram extraídos três itens da escala de atividades instrumentais de vida (AIVD): 1- Cuidado com medicação: preparo reconhecimento, ingestão e armazenamento; 2- Manusear dinheiro e 3- Faz compras (Anexo E), que complementaram as tarefas não avaliadas pela PADL. Esta escala foi desenvolvida nas décadas de 1960 e 1970 para avaliar funcionalidade em pessoas 16,17.

Questionário específico de caracterização da amostra dos idosos (Apêndice G)

Parte dos dados foi retirada da avaliação global geriátrica (AGA), como capacidade de cognição (miniexame do estado mental – MEEM), escala de funcionalidade de Katz, atividades básicas de vida diária (BAVD), atividades instrumentais de vida diária de Lawton (AIVD). As características como: gênero (feminino e masculino), idade, raça, condições socioeconômicas, de saúde, sintomas de saúde nos últimos 3, ou 6 meses, profissão, renda, tempo de internação; data de internação, data da entrevista, data da alta; naturalidade; estado civil: casado (a), solteiro (a), viúvo (a), divorciado (a), outros; escolaridade (anos). Em anexo, o

instrumento de avaliação do estado mental – MEEM, (Anexo F), sendo este aplicado à admissão^{39,40,95}.

d) Questionário específico de caracterização dos cuidadores (Apêndice H)

Levantaram-se os dados seguintes dos cuidadores: condições de saúde, sintomas nos últimos 6 meses dos idosos, situação socioeconômica, profissão, gênero, idade, raça, grau de parentesco. Dos cuidadores: grau de parentesco com idoso (esposo/esposa, filho, filha, genro, nora, sobrinho, irmão, irmã, amigo, amiga, cuidador informal ou formal e outros); profissão; escolaridade (em anos), profissão, relação de convívio com o idoso (moram juntos, moram ao lado, moram distante), frequência de visitas (uma vez por dia, uma vez por semana, duas vezes por semana, cada 2 semanas, cada 3 semanas, uma vez por mês, outros contatos; conhecimento da causa de internação do idoso).

4.7.1 Materiais utilizados para avaliação objetiva dos instrumentos PADL e AIVD

Para as avaliações objetivas das atividades, foram oferecidos materiais de apoio reunidos em *kit* portátil, no ambiente em que os idosos estavam (enfermaria).

a) Materiais para tarefas de atividades práticas do PADL

1- Copo; 2- lenço; 3- pente; 4- lixa de unhas; 5- barbeador ou maquiagem; 6- garfo/colher; 7- torneira; 8- interruptor de luz; 9- agasalho; 10- calçado; 11- escova de dentes; 12- telefone; 13- papel/caneta; 14- chave de porta; 15- relógio e 16- cadeira (Apêndice I).

b) Materiais usados nas avaliações práticas – AIVD

Para as avaliações por meio AIVD, foram oferecidos aos idosos objetos relacionados à tarefa a ser realizada na prática, como fichas com nomes das medicações para que pudessem separar os medicamentos por horário,

e simular a guarda e ingestão sozinho; seis reais e oitenta centavos (R\$6,80), para que fossem capazes de retirar três reais e oitenta centavos (R\$3,80) para fazer compras; frutas não perecíveis para que simulassem uma comprar e usassem os R\$3,80 (cada tipo de fruta foi identificado com um valor específico) para que não sobrasse troco. O tempo foi estipulado em até três tentativas, considerando-se como correta a melhor das três. Esses materiais podem ser de uso diário do idoso; por isso, é importante verificar a tarefa e selecionar o material. Descrevem-se, no anexo, a tarefa e o material correspondente para sua execução (Apêndice L e K).

4.7.2 Critérios para avaliação dos dados subjetivos e objetivos (PADL e AIVD)

A coleta das informações da avaliação subjetiva de PADL e AIVD foi pontuada de acordo com as possibilidades em cada atividade desempenhada para a funcionalidade (NF1, NF2 e NF3). No estudo, considerou-se como pontuação: um (1) não faz a tarefa, dois (2) faz com ajuda a tarefa e três (3) faz tarefa sem ajuda.

Nível o	de Funcionalidade (pontuaçã	o)=NF
1	2	3
Não faz	Faz com ajuda	Faz sem ajuda

Na avaliação objetiva, do mesmo modo, o enfermeiro classifica a atividade realizada conforme os critérios propostos. Porém, são dadas três oportunidades, se necessário, para que esta seja executada. Assim sendo, considera-se o melhor desempenho identificado em uma das três tentativas, por exemplo: o paciente que consegue executar bem a tarefa na sua terceira tentativa terá desempenho = 2C3.

4.8 Desenho do estudo

Primeiramente, os idosos internados e cuidadores foram captados para participar do estudo após uma breve explicação. Depois, foram convidados a essa participação, com permissão. A seguir, o entrevistador clarificou as etapas do estudo com leitura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, que foram aceitos e assinados. Depois, veio a fase de avaliação.

- a) Avaliação subjetiva do autorrelato dos idosos (SI);
- Avaliação subjetiva dos cuidadores (SC) sobre as informações dos idosos;
- c) Avaliação objetiva (OB) do avaliador.

4.8.1 Avaliação subjetiva à internação

As avaliações subjetiva idoso e subjetiva cuidador foram aplicadas em dois momentos distintos. Primeiro, o avaliador aplicou os questionários e instrumentos (em média de 30 minutos) ao idoso, o qual prestou informações. No segundo momento, em separado, o cuidador respondeu às indagações referentes à sua condição de cuidador e aos dados sobre os idosos.

- a) Na entrevista de caracterização dos idosos (questionário específico de caracterização dos idosos), estes verbalizaram suas respostas, que foram didaticamente divididas para facilitar organização e planejamento da coleta de dados. Os sujeitos da amostra foram informados sobre a aplicação do instrumento em cada fase de avaliação. A pergunta que conduziu a entrevista subjetiva para o idoso: "o (a) senhor (a) é capaz de fazer a tarefa?
- b) Na entrevista de caracterização dos cuidadores (questionário específico de caracterização dos cuidadores), eles verbalizaram as suas respostas. Foram didaticamente divididas para facilitar a organização e o planejamento na coleta de dados. Os sujeitos da amostra foram

informados sobre a aplicação do instrumento em cada fase de avaliação. As perguntas que conduziram as entrevistas subjetivas são: Para o idoso: "o (a) senhor (a) é capaz de realizar essa tarefa?". Para o cuidador: "o idoso é capaz de realizar essa atividade sozinho (a)?".

4.8.2 Avaliação objetiva à internação

Uma quarta etapa foi realizada assim que o paciente se ambientou na enfermaria, com a aplicação de PADL e AIVD (anexos) à internação na prática das tarefas, pelo paciente, logo após a aplicação das entrevistas subjetivas, que ocorreu em até dois dias da internação. Os idosos foram observados na execução das atividades. O entrevistador (pesquisador), de acordo com a atividade a ser praticada e na sequência das tarefas, avaliou e pontuou suas tarefas (anexos dos instrumentos D1 e E2).

4.9 Análise estatística

A amenização dos vieses se deu por seleção dos participantes das questões de direção das entrevistas, com confiança de 95% e precisão de 5%, esperando frequência de dependência ou dependência parcial de 50%; a amostra necessária para o estudo de caracterização desses pacientes e cuidadores, respectivamente, totalizou 130 participantes. Assim, foi realizada a análise estatística para a descrição dos resultados dos questionários e das características pessoais com uso de frequências absoluta e relativas. As associações entre determinadas características e os resultados dos questionários foram obtidas por meio dos testes de qui-quadrado, e a concordância entre as respostas do idoso e do cuidador foi avaliada pelo coeficiente de *Kappa* ponderado. Os testes foram aplicados com nível de significância de 5% 8,15,62,93.

Os dados coletados foram armazenados na planilha Excel e analisados em SPSS for WINDOWS, versão 17.0 e realizada uma descrição dos pacientes, sendo a

medida quantitativa descrita como uso de medida resumo (média, mediana, mínima, máxima e desvio padrão); as medidas qualitativas, com frequência absoluta e relativa. A análise estatística decorreu das associações entre determinadas características e os resultados dos questionários foram obtidos com testes quiquadrado. A concordância entre as respostas do idoso e do cuidador, pelas avaliações subjetivas dos idosos e objetiva (observador), e entre as avaliações subjetivas e objetiva nas escalas PADL e itens da AIVD, pelo coeficiente *kappa*=K. O índice de concordância (Ind. Co%) foi aplicado para verificar a porcentagem de consenso entre as informações referidas nas avaliações.

Os resultados das avaliações foram separados em:

- 1. Caracterização da amostra dos 55 pares;
- Avaliações subjetivas idosos (SI), relato do autocuidado em comparação com informações reportadas subjetivamente (SC) e avaliação objetiva (OB).



5 RESULTADOS

A apresentação dos dados de caracterização dos 55 pares e das avaliações do nível de funcionalidade no desempenho do autocuidado foi subdividida em categorias de acordo com as avaliações subjetiva idosos, subjetiva cuidadores e objetiva observador. Informações obtidas por meio da aplicação da escala de desempenho de atividades de vida diária e itens adicionais da escala instrumental de vida diária. Portanto, os relatos dos idosos quanto ao seu desempenho de autocuidado e informações subjetivas dos seus cuidadores foram comparados: subjetiva (SI) versus objetiva (OB), subjetiva (SC) versus objetiva (OB) e subjetivo (SI) versus subjetiva (SC).

A Tabela 1 demonstra as características demográficas e sociofuncionais dos 55 pares de participantes do estudo. O gênero feminino predominou entre os idosos: (32 indivíduos, 58,2%) e os cuidadores (46 indivíduos, 83,6%). Quanto à idade, a média foi de 80 anos (máxima = 99 anos) para os idosos e de 58,7 (máxima = 84 anos) para cuidadores. Houve predominância de brancos entre os cuidadores e idosos. Em relação à escolaridade, tomando em número de anos, predominou o nível primário para os idosos (36 indivíduos, 65,4%) e o superior para os cuidadores (18 indivíduos, 32,7%).

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas e sociofuncionais dos pares participantes do estudo em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

Variávois	Idosos N	=55		Cuidadores N=55				
Variáveis 	N	%	P-Valor	N	% P-Valor			
Gênero								
Feminino	32	58,2		46	83,6			
Masculino	23	41,8		9	16,4			
Idade								
Média (DP)	80 (7,24)			58,7 (11,96	5)			
Mediana (Mínima; Máxima)	80 (64:99)			58 (37: 84)				
MEEM								
Média (DP)	22 (4,99)			-	-			
Mediana (Mínima; Máxima)	23 (9:30)			-	-			
KATZ								
Média (DP)	9,42 (3,13)			-	-			
Mediana (Mínima; Máxima)	10 (6:16)			-	-			
LAWTON								
Média (DP)	15,80 (4,56)			-	-			
Mediana (Mínima; Máxima)	16 (9:27)			-	-			
Filhos								
Média (DP)	3,15 (1,80)			2 (1,64)				
Mediana (Mínima; Máxima)	3 (0:6)			2 (0: 7)				
Raça								
Branca	40	72,7		38	69,1			
Não Brancas	14	25,5		16	29,1			
Amarela	1	1,8		1	1,8			
Escolaridade								
Analfabeto	7	12,7		-	-			
Primário	36	65,4		7	12,7			
Ginasial	5	9,1		17	30,9			
Colegial	6	10,9		13	23,6			
Superior completo	1	1,8		18	32,7			
Estado civil								
Casado (a)	21	38,2		34	61,8			
Solteiro (a)	3	5,5		8	14,5			
Viúvo (a)	27	49,1		3	5,5			
Divorciado (a)	3	5,5		7	12,7			
Outros	1	1,8		3	5,5			
Grau de parentesco do cuida	ador							
Esposa	-	-		12	21,8			
Esposo	-	-		3	5,5			
Filhas	-	-		30	54,5			
Filhos	-	-		5	09,1			
Nora (Genro)	-	-		1	1,8			
Netos (a)	-	-		2	3,6			
Outros (amigos)	_	-		2	3,6			

Teste Mann-Whitney.

A Tabela 2 e a Tabela 3 trazem os resultados das avaliações subjetivas idosos em comparação com as avaliações quanto ao desempenho dos idosos no autocuidado nas tarefas da escala do PADL (1 a 8) e (9 a 16) na escala de PADL. Na Tabela 2, demonstrou que o nível de funcionalidade (NF1, 2 e 3) oscilou de tarefa a tarefa. O índice de concordância foi de 93 a 62% nas tarefas (4 e 5), havendo discordância de 38,2% nas informações entre as informações e observador. Os idosos superestimaram seu desempenho nas tarefas 3- 5 e 7. A concordância foi regular (0,20≥K≤0,39) para as tarefas 1, 3, 4, 5,7, 8; moderada (0,40≥K≤0,59) para a 6 e substancial (0,60≥K≤0,79) para a 2, o que foi estatisticamente significante.

Na Tabela 3, vê-se que o nível de funcionalidade oscilou nas tarefas 9 a 16, com maior diferença em 11 e 12. O índice de concordância manteve-se entre 93 e 73%:

- na tarefa 12, houve discordância de 27% entre as informações;
- as tarefas 13, 15 e 16 mostram concordância moderada (0,40≥K≤0,59);
- para as tarefas 9 e 10, a concordância substancial (0,60≥K≤0,79) estatisticamente significante;
- verificou-se corelação estatística valor-P<0,5 apenas nas tarefas 11 e 12.
 Os idosos subjetivamente referiram realizar as tarefas, porém apresentaram algum tipo de dificuldade na prática.

Tabela 2 - Distribuição dos resultados do desempenho de autocuidado nas avaliações SI (idosos) em comparação com OB (observador), pela escala (PADL), nas tarefas 1 a 8, em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

Subjetiva/Idosos- SI						Objeti	o/Ob	serva	dor-O	В		
DADI	ME		1		2	3	1	To	otal	v	P-	11.00/
PADL	NF	N	%	N	%	N	%	N	%	- K	Valor	Ind.Con%
1. D.1	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
1- Beber em um copo	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0,320	0,03	93,0
Соро	3	1	1,8	3	5,5	50	91	54	98			
2. 11 1	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
2- Usar um lenço para assoar o nariz	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0,660	0,01	98,2
para assoar o nariz	3	-	-	1	1,8	53	96	54	98			
	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
3- Pentear o cabelo	2	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	0,330	0,03	87,2
	3	4	7,3	3	5,5	46	84	53	96			
	1	10	18	2	3,6	3	5,5	15	27			
4- Lixar as unhas	2	2	3,6	1	1,8	1	1,8	4	7,3	0,320	0,04	62,0
	3	11	20	2	3,6	23	42	36	66			
5 D 1	1	6	11	1	1,8	1	1,8	8	15			
5- Barbear-se/ maquiar-se	2	2	3,6	-	-	-	-	2	3,6	0,290	0,01	65,4
maquiai-sc	3	11	20	4	7,3	30	55	45	82			
6- Pegar comida	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
com colher e levar	2	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8	0,580	-	96,3
à boca	3	-	-	1	1,8	52	95	53	96			
7 Alexandra Contra	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
7- Abrir e fechar torneira	2	-	-	2	3,6	-	-	2	3,6	0,390	0,01	85,4
tornena	3	4	7,3	4	7,3	44	80	52	95			
0 1 1	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
8- Acender e apagar a luz	2	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	0,250	0,06	82,0
upugui u iuz	3	4	7,3	6	11	43	78	53	96			

Nível de funcionalidade (NF)= 1- Não faz, 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda; *Kappa*=K; Índice de concordância=Ind.Con.%; teste McNemar; (-) caselas com valor =0

Tabela 3 - Distribuição dos resultados do desempenho de autocuidado nas avaliações SI (idosos) em comparação com OB (observador), pela escala (PADL), nas tarefas 9 a 16, em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

Subjetiva/Idosos-	SI									Objet	ivo/Obser	vador-OB
PADL	NF.		1		2		3		<u> Total</u>	- K	P-Valor	Ind.Con%
	111	N	%	N	%	N	%	N	%		1 / 4101	Ind.Con70
9- Colocar e retirar	1	1	1,9	-	-	-	-	1	1,9			
o agasalho	2	1	1,9	2	3,7	1	1,9	4	7,4	0,490	-	87,0
	3	1	1,9	3	5,6	45	83	49	91			
10- Colocar e	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
retirar o calçado	2	1	1,8	2	3,6	-	-	3	5,5	0,500	-	89,0
Tethar o carçado	3	1	1,8	4	7,3	46	84	51	93			
11- Escovar os	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
dentes	2	1	1,8	2	3,6	-	-	3	5,5	0,610	< 0,001	93,0
dentes	3	-	-	3	5,5	48	87	51	93			
12- Fazer uma	1	1	1,8	1	1,8	-	-	2	3,6			
chamada telefônica	2	1	1,8	7	13	-	-	8	15	0,430	< 0,001	73,0
	3	4	7,3	9	16	32	58	45	82			
	1	1	1,8	1	1,8	-	-	2	3,6			
13- Assinar o nome	2	1	1,8	-	-	1	1,8	2	3,6	0,320	0,010	87,2
	3	1	1,8	3	5,5	47	86	51	93			
14- Colocar a	1	1	1,8	1	1,8	-	-	2	3,6			
chave na fechadura	2	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8	0,200	0,030	78,1
	3	5	9,1	5	9,1	42	76	52	95			
	1	2	3,6	2	3,6	-	-	4	7,3			
15- Dizer as horas	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0,350	-	84,0
	3	2	3,6	5	9,1	44	80	51	93			
16- Levantar-se,	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
andar alguns	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0,270	0,010	91,0
passos e voltar a sentar-se	3	-	-	5	9,1	49	89	54	98	-,	- , -	- ,-

Nível de funcionalidade (NF)= 1- Não faz, 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda; *Kappa*=K; Índice de concordância=Ind.Con.%; teste McNemar; (-) caselas com valor =0

A Tabela 4 espelha o desempenho dos idosos nas tarefas dos itens 1 a 3 da escala AIVD. A concordância foi regular (0,20≥K≤0,39) nas tarefas 2 e 3, e moderada (0,40≥K≤0,59) no item 1, estatisticamente significante. Chamou a atenção no nível de funcionalidade: em NF2, todas as tarefas apareceram algum tipo de dificuldade, para os participantes. O índice de concordância ficou entre 80,0 a 76,4% nos itens 1-3, havendo discordância entre as avaliações: os idosos referiram realizar ou tentar realizar as tarefas, porém o observador verificou que não o conseguiram. O valor-P foi menor que <0,001 na tarefa 1.

Tabela 4 - Distribuição dos resultados do desempenho de autocuidado nas avaliações SI (idosos) em comparação com OB (observador), por meio dos itens da escala (AIVD), nas tarefas 1, 2 e 3 em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

Subjetiva /Idosos-	Subjetiva /Idosos-SI					dor C)B					
AIVD	ME		1		2		3	7	Total	v	P-	Ind.Con
AIVD	NF	N	%	N	%	N	%	N	%	K	Valor	%
1- Medicações- é	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
capaz de realizar a guarda, o	2	1	1,8	9	16,4	1	1,8	11	20	0,542	<0,001	80,0
reconhecimento e a ingestão.	3	-	-	9	16,4	34	61,8	43	78,2			
2.1/	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
2- Manusear dinheiro	2	1	1,8	3	5,5	2	3,6	6	10,9	0,356	0,003	80,0
dimeno	3	-	-	8	14,5	40	72,7	48	87,3			
	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
3- Fazer compras	2	1	1,8	5	9,1	3	5,5	9	16,40	0,380	0,009	76,4
	3	1	1,8	8	14,5	36	65,5	45	81,8			

Nível de funcionalidade=NF 1= Não faz; 2= Faz com ajuda; 3= Faz sem ajuda; K=Kappa; Teste McNemar e ; Ind. Con%.=Índice de concordância; (-) caselas com valor =0

Nos Gráficos 1 e 2 está a distribuição das médias de respostas entre as avaliações SI e SC e OB, na escala de PADL e nos itens da escala de AIVD.

Gráfico 1 - Distribuição das médias das respostas nas avaliações subjetivas idosos, subjetiva cuidadores e objetiva na da escala PADL.

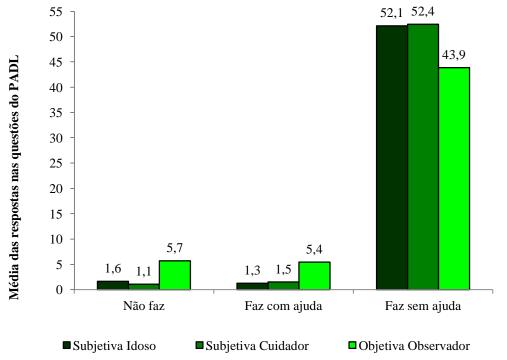
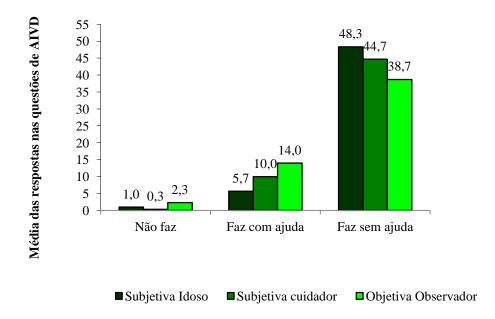


Gráfico 2 - Distribuição das médias das respostas nas avaliações subjetiva idosos, subjetiva cuidadores e objetiva nos itens de AIVD.



As Tabelas 5 e 6 mostram as avaliações reportadas pelos cuidadores sobre o desempenho dos idosos em comparação com a avaliação do observador para as tarefas da escala PADL 1 a 8 e 9 a 16, respectivamente. Na Tabela 5, destaca-se a classificação do nível de funcionalidade. Houve concordância regular (0,20≥K≤0,39) nas tarefas 3-7, estatisticamente significante. O índice de concordância exibiu algumas tarefas diferenças: os cuidadores superestimaram o desempenho de seus idosos, o que não foi comprovado pelo observador.

Na Tabela 6, o item 12 se destacou com o nível de funcionalidade. Observouse uma concordância regular $(0,20 \ge K \le 0,39)$ para as tarefas 10,11, 13-15 e 16, e moderada para a tarefa 12 $(0,40 \ge K \le 0,59)$, estatisticamente significante. Quanto ao índice de concordância, ele indicou significativas correspondência entre as respostas dos cuidadores e a análise objetiva.

Tabela 5 - Distribuição dos resultados das avaliações SC em comparação com OB, na escala PADL em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

Subjetiva/SC						(Objetiv	a/OB				
DADI	ME		1		2		3	T	otal	T/	P-	Ind.Con
PADL	NF	N	%	N	%	N	%	N	%	- K	Valor	%
1. D.1	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
1- Beber em um copo	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98,1
Соро	3	-	-	-	-	54	98,2	54	98,2			
2- Usar um lenço	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
para assoar o	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98,1
nariz	3	-	-	-	-	54	98,2	54	98,2			
2 D .	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
3- Pentear o cabelo	2	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	0,780	-	98,1
cabelo	3	-	-	1	1,8	52	94,5	53	96,4			
	1	6	10,9	1	1,8	8	14,5	15	27,3			
4- Lixar as unhas	2	-	-	1	1,8	3	5,5	4	7,3	0,250	0,12	65,4
	3	6	10,9	1	1,8	29	52,7	36	65,5			
5 D 1 /	1	2	3,6	1	1,8	5	9,1	8	14,5			
5- Barbear-se/ maquiar-se	2	-	-	-	-	2	3,6	2	3,6	0,040	0,77	65,4
maquiai-sc	3	8	14,5	3	5,5	34	61,8	45	81,8			
6- Pegar comida	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
com colher e	2	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	0,660	<0,01	98,1
levar à boca	3	-	-	-	-	53	96,4	53	96,4			
7 41 : 6 1	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
7- Abrir e fechar torneira	2	-	-	1	1,8	1	1,8	2	3,6	0,370	0,10	94,5
omena	3	-	-	1	1,8	51	92,7	52	94,5			
0. 4. 1	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
8- Acender e apagar a luz	2	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8	-	0,96	94,5
apagai a iuz	3	-	-	1	1,8	52	94,5	53	96,4			

Nível de funcionalidade=NF 1= Não faz; 2= Faz com ajuda; 3= Faz sem ajuda; K=*Kappa*; Teste McNemar; Ind. Con.%.=Índice de concordância; (-) caselas com valor =0

Tabela 6 - Distribuição dos resultados das avaliações SC em comparação com OB, na escala PADL em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

Subjetiva/SC							Ob	jetiva	ı/OB			
PADL	NF.		1		2		3	T	otal	K	P-Valor	Ind.Con
	111	N	%	N	%	N	%	N	%	<u>.</u>	1 - vaior	%
9- Colocar e	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
retirar o	2	-	-	1	1,8	3	5,5	4	7,3	0,170	0,48	87,2
agasalho	3	-	-	3	5,5	47	85,5	50	90,9			
10- Colocar e	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
retirar o	2	-	-	2	3,6	1	1,8	3	5,5	0,400	0,03	90,0
calçado	3	-	-	3	5,5	48	87,3	51	92,7			
11 E	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
11- Escovar os dentes	2	-	-	1	1,8	2	3,6	3	5,5	0,250	0,46	90,0
dentes	3	1	1,8	1	1,8	49	89,1	51	92,7			
12- Fazer uma	1	-	-	2	3,6	-	-	2	3,6			
chamada	2	-	-	5	9,1	3	5,5	8	14,5	0,420	-	80,0
telefônica	3	1	1,8	5	9,1	39	70,9	45	81,8			
10	1	1	1,8	-	-	1	1,8	2	3,6			
13- Assinar o nome	2	1	1,8	1	1,8	-	-	2	3,6	0,530	-	93,0
HOME	3	-	-	2	3,6	49	89,1	51	92,7			
14- Colocar a	1	-	-	1	1,8	1	1,8	2	3,6			
chave na	2	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	0,300	0,03	89,0
fechadura	3	-	-	4	7,3	48	87,3	52	94,5			
15.5:	1	2	3,6	1	1,8	1	1,8	4	7,3			
15- Dizer as horas	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0,470	-	90,0
noras	3			3	5,5	48	87,3	51	92,7			
16- Levantar-	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
se, andar alguns	2	-	-	-	-	-	-	-	-	_	0,85	96,3
passos e voltar a se sentar	3	-	-	1	1,8	53	96,4	54	98,2		- ,	

Nível de funcionalidade (NF)= 1- Não faz, 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda; *Kappa*=K; Índice de concordância=Ind.Con.%; teste McNemar; (-) caselas com valor =0

A Tabela 7 traz os itens 1 a 3 da escala AIVD, com concordância moderada para os itens 2 e 3 $(0,40 \ge K \le 0,59)$, e substancial para o item 1 $(0,60 \ge K \le 0,79)$, estatisticamente significante. O índice de concordância foi discordante para a comparação entre cuidadores e observador (23,7%) para a tarefa 3).

Tabela 7 - Resultados da avaliação subjetiva cuidadores (SC) referente ao desempenho de autocuidado dos idosos em comparação com a avaliação objetiva (OB), nos itens da escala AIVD em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

Subjetiva/Cuidae SC	dores-						Ob	jetiva	ı-OB			
A HVD	ME	-	1		2		3	To	otal	V	D Valor	Ind.Con.
AIVD	NF	N	%	N	%	N	%	N	%	Карра	P-Valor	%
1- Medicações-	1	-	-	-	-	-	-	-	-			
é capaz de realizar a	2	2	3,6	13	23,6	3	5,5	18	32,7			
guarda, o reconhecimento e a ingestão	3	-	-	5	9,1	32	58,2	37	67,3	0,609	<0,001	81,8
2.34	1	-	-	-	-	-	-	-	-			
2- Manusear dinheiro	2	1	1,8	8	14,5	4	7,3	13	23,6	0,556	< 0,001	83,6
difficito	3	1	1,8	3	5,5	38	69,1	42	76,4			
	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
3- Fazer	2	1	1,8	9	16,4	7	12,7	17	30,9	0,474	0,001	76,4
compras	3	1	1,8	4	7,3	32	58,2	37	67,3			

Nível de funcionalidade (NF)= 1- Não faz, 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda; *Kappa*=K; Índice de concordância=Ind.Con%; teste McNemar; (-) caselas com valor =0

As Tabelas 8 e 9 comparam as informações de idosos e de cuidadores sobre o desempenho nas tarefas de 1a 8 e 9 a 16 da escala PADL. Na Tabela 8, chama a atenção a classificação NF1 para as tarefas 4 e 5. Houve concordância substancial nas tarefas 3 e 6 pela escala PADL (0,60≥K≤0,79), estatisticamente significante. O índice de concordância indicou discordância entre as respostas para os itens 4 e 5.

A Tabela 9 destaca-se a classificação NF2 para os itens 9 a 15. Os dados também mostraram concordância substancial para a tarefa 13 (escala de PADL), igual a 0,60≥K≤0,79 significante em análise estatística. O índice de concordância foi estável em referência às respostas de ambos grupos.

Tabela 8 - Distribuição dos resultados das avaliações SI em comparação com as SC pela escala PADL, itens 1 a 8 em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

Subjetiva/Idosos- SI						Sub	jetiva	/Cuida	dores-	SC		
DADI	27.57		1		2		3	To	tal	T 7	P-	1.10 0/
PADL	NF	N	%	N	%	N	%	N	%	- K	Valor	Ind.Con%
1 D 1	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
1- Beber em um copo	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98,1
Соро	3	-	-	-	-	54	98	54	98			
O. II	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
2- Usar um lenço para assoar o nariz	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98,1
para assoar o nariz	3	-	-	-	-	54	98	54	98			
	1	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8			
3- Pentear o cabelo	2	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	0,780	-	98,1
	3	-	-	1	1,8	52	95	53	96			
	1	6	11	1	1,8	8	15	15	27			
4- Lixar as unhas	2	-	-	1	1,8	3	5,5	4	7,3	0,250	0,12	65,4
	3	6	11	1	1,8	29	53	36	66			
	1	2	3,6	1	1,8	5	9,1	8	15			
5- Barbear- se/maquiar-se	2	-	-	-	-	2	3,6	2	3,6	0,040	0,77	65,4
se/maquiai-se	3	8	15	3	5,5	34	62	45	82			
6- Pegar comida	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
com colher e levar	2	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	0,660	0,01	98,1
à boca	3	-	-	-	-	53	96	53	96			
	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
7- Abrir e fechar torneira	2	-	-	1	1,8	1	1,8	2	3,6	0,370	0,1	94,5
tornena	3	-	-	1	1,8	51	93	52	95			
0 4 1	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
8- Acender e	2	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8	-	0,96	94,5
apagar a luz	3	-	-	1	1,8	52	95	53	96			

Nível de funcionalidade (NF)= 1- Não faz, 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda; *Kappa*=K; Índice de concordância=Ind.Con%; teste McNemar; (-) caselas com valor =0

Tabela 9 - Distribuição dos resultados das avaliações SI em comparação com as SC pela escala PADL, itens 9 a 16 em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

Subjetiva/Idosos- SI						Su	bjetiv	a/Cui	dadore	es-SC		
DADI	NF		1		2	,	3	To	otal	- K	P-Valor	Ind.Con
PADL	NF	N	%	N	%	N	%	N	%	- V	P-vaior	%
0. Calaaana	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
9- Colocar e retirar o agasalho	2	-	-	1	1,8	3	5,5	4	7,3	0,170	0,48	87,2
Tethar o agasamo	3	-	-	3	5,5	47	86	50	91			
10 C-1	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
10- Colocar e retirar o calçado	2	-	-	2	3,6	1	1,8	3	5,5	0,400	0,03	90,0
Tethar o caiçado	3	-	-	3	5,5	48	87	51	93			
11 5	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
11- Escovar os dentes	2	-	-	1	1,8	2	3,6	3	5,5	0,250	0,46	90,0
dentes	3	1	1,8	1	1,8	49	89	51	93			
12- Fazer uma	1	-	-	2	3,6	-	-	2	3,6			
chamada	2	-	-	5	9,1	3	5,5	8	15	0,420	-	80,0
telefônica	3	1	1,8	5	9,1	39	71	45	82			
12 4 :	1	1	1,8	-	-	1	1,8	2	3,6			
13- Assinar o nome	2	1	1,8	1	1,8	-	-	2	3,6	0,530	-	93,0
HOME	3	-	-	2	3,6	49	89	51	93			
14- Colocar a	1	-	-	1	1,8	1	1,8	2	3,6			
chave na	2	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	0,300	0,03	89,0
fechadura	3	-	-	4	7,3	48	87	52	95			
15.5:	1	2	3,6	1	1,8	1	1,8	4	7,3			
15- Dizer as horas	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0,470	-	90,0
noras	3	-	-	3	5,5	48	87	51	93			
16- Levantar-se,	1	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8			
andar alguns	2	-	-	-	-	-	-	-	-	_	0,85	96,3
passos e voltar a se sentar	3	-	-	1	1,8	53	96	54	98		0,02	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,

Nível de funcionalidade (NF)= 1- Não faz, 2- Faz com Ajuda e 3- Faz sem ajuda; *Kappa*=K; Índice de concordância=Ind..Con.%; teste McNemar; (-) caselas com valor =0

A Tabela 10, referente aos itens 1 a 3 de escala AIVD, mostra concordância moderada (0,40≥K≤0,59) nos itens 2 a 3 e substancial no item 1 (0,60≥K≤0,79), estatisticamente significante. O índice de concordância indicou disparidade entre as avaliações SC e SI em relação aos itens 23,6% para a tarefa 2 e 23,5 para a 3. Quanto ao nível de funcionalidade, a maior porcentagem foi para NF3, seguido por NF2.

Tabela 10 - Distribuição dos resultados das avaliações subjetivas dos idosos em comparação com as dos cuidadores quanto ao desempenho dos idosos nos itens da escala AIVD em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

Subjetiva/Cuidadores-SC Subjetiva /Idosos-SI

Subjetiva /1aosos-51										_		
		1		2		3		Tota	al			Ind.Con.
AIVD	NF.	N	%	N	%	N	%	N	%	K	P-Valor	%
1- Medicações- é	1	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8			
capaz de realizar a	2	-	-	9	16,4	2	3,6	11	20			
guarda, o										0,510	<0,001	80,0
reconhecimento e a	3	-	-	8	14,5	35	63,6	43	78,2			00,0
ingestão.												
2. 14	1	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8			
2- Manusear dinheiro	2	-	-	3	5,5	3	5,5	6	10,9	0,232	0,064	76,4
unneno	3	-	-	9	16,4	39	70,9	48	87,3			
	1	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8			
3- Fazer compras	2	1	1,8	6	10,9	2	3,6	9	16,4	0,360	0,006	74,5
	3	-	-	10	18,2	35	63,6	45	81,8			
		•										,

Nível de funcionalidade (NF)= 1- Não faz, 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda; *Kappa*=K; Índice de concordância=Ind.Con.%; teste McNemar; (-) caselas com valor =0

Os Gráficos 3 e 4 mostram o nível de concordância entre as informações obtidas nas avaliações pelas escalas de PADL e AIVD entre os idosos e os cuidadores.

Gráfico 3 - Distribuição das concordâncias entre as informações dos pacientes e dos cuidadores em comparação com as avaliações objetivas na escala PADL.

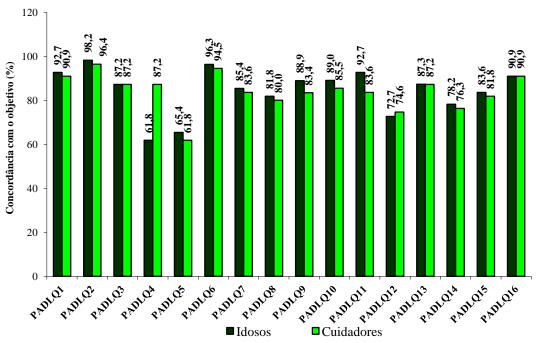
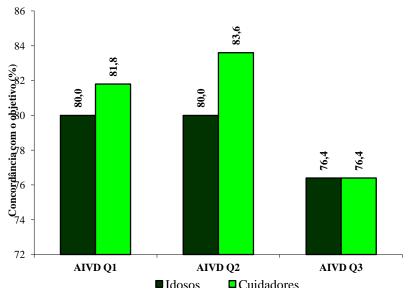


Gráfico 4 - Distribuição das concordâncias entre as informações dos pacientes e dos cuidadores em comparação com a avaliação objetiva na escala AIVD.



A Tabela 11 mostra os resultados relativos ao desempenho dos idosos nos itens 1 a 3 da escala AIVD. Houve concordância moderada (0,40≥K≤0,59) no item 1, com significância estatística. Os valores de Kappa oscilaram entre moderado e substancial, e o índice de concordância indicou discordâncias entre as respostas.

A Tabela 12 trata das comparações do desempenho dos idosos entre as avaliações nas avaliações SI, SC e OB, e exibe valores substanciais do Kappa; Valor-P inferior 0,005 e o índice de concordância similar para as tarefas.

5 Resultados 51

Tabela 11 - Distribuição das comparações do desempenho de autocuidados entre avaliação subjetiva idosos *versus* e objetiva, subjetiva cuidadores *versus* objetiva e em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

			Desempe	enho do a	utocuida	ıdo				
E1- 1-	Avaliações									
Escala de desempenho	$(SI) \times (OB)$			$(SC)^{x}(OB)$			$(SI)^{x}(SC)$			
PADL	Kappa	P - Valor	Ind. Con%	Kappa	P - Valor	Ind. Con%	Kappa	P - Valor	Ind. Con.%	
1-Beber em um copo	0,316	0,027	93,0	-	-	91,0	-	-	98,1	
2-Usar um lenço para assoar o nariz	0,661	0,007	98,2	-	-	96,4	-	-	98,1	
3-Pentear os cabelos	0,330	0,033	87,2	0,378	0,011	87,0	0,784	0,002	98,1	
4-Lixar as unhas	0,315	0,039	62,0	0,378	0,033	58,0	0,248	0,121	65,4	
5-Barbear- se/maquiar-se	0,287	0,009	65,4	0,252	0,168	62,0	0,043	0,772	65,4	
6-Pegar a comida com a colher e levar à boca	0,580	0,002	96,3	0,233	0,027	94,5	0,661	0,007	98,1	
7-Abrir e fechar a torneira	0,388	0,006	85,4	0,271	0,008	84,0	0,373	0,104	94,5	
8-Acender e apagar a luz	0,249	0,056	82,0	0,130	0,119	80,0	-0,04	0,963	94,5	
9-Colocar e retirar o agasalho	0,494	0,004	87,0	0,187	0,198	82,0	0,165	0,478	87,2	
10-Colocar e retirar o calçado	0,496	0,001	89,0	0,370	0,013	85,4	0,403	0,032	90,0	
11-Escovar os dentes	0,606	<0,001	93,0	0,041	0,294	84,0	0,252	0,457	90,0	
12- Fazer uma chamada telefônica	0,425	<0,001	73,0	0,477	<0,001	74,5	0,417	0,003	80,0	
13-Assinar o nome	0,318	0,009	87,2	0,361	0,022	87,2	0,526	0,001	93,0	
14-Colocar a chave na fechadura	0,197	0,032	78,1	0,229	0,001	76,3	0,301	0,031	89,0	
15-Dizer as horas	0,352	0,001	84,0	0,339	0,002	82,0	0,469	0,001	90,0	
16-Levantar-se, andar alguns passos e voltar a se sentar	0,270	0,007	91,0	0,263	0,082	91,0	-0,01	0,847	96,3	

Nível de funcionalidade (NF)= 1-Não faz; 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda; K= *Kappa*; Ind.Con.%=Índice de concordância; teste McNemar; (-)caselas com dados= 0

5 Resultados 52

Tabela 12 - Distribuição das comparações do desempenho de autocuidados entre a avaliação subjetiva idosos e objetiva subjetiva cuidadores e em internados na enfermaria de geriatria, São Paulo, 2014.

Desempenho do autocuidado										
	Avaliações									
Itens s da	(SI) x (OB)			(SC) x (OB)				$(SI) \times (SC)$		
escala AIVD	Kappa	P - Valor	Ind. Con.%	Kappa	P - Valor	Ind. Con.%	Kappa	P - Valor	Ind. Con.%	
1-Medicações: é capaz de realizar a guarda, o reconhecimento e a ingestão.	0,542	<0,001	80,0	0,609	<0,001	82,0	0,510	<0,001	80,0	
2- Manusear dinheiro	0,356	0,003	80,0	0,556	<0,001	84,0	0,232	0,064	76,3	
3-Fazer compras	0,380	0,009	76,4	0,474	<0,001	76,3	0,360	0,006	74,5	

Nível de funcionalidade (NF)= 1-Não faz; 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda; K=*Kappa*; Ind.Con.%=Índice de concordância; Teste McNemar(-) caselas com dados= 0

6 DISCUSSÃO

O estudo baseou-se na avaliação subjetiva idoso (SI) e subjetiva cuidador (SC) em comparação com a objetiva (OB). As respostas dos idosos quanto ao seu desempenho de autocuidados foram confirmadas pela avaliação objetiva, assim como os relatos reportados subjetivamente pelos cuidadores quanto a essa capacidade de desempenho das tarefas essenciais de vida. Na literatura consultada sobre o tema, este tipo de estudo expressa a importância cada vez maior de as informações trazidas pelos idosos serem confrontadas com as dos seus cuidadores e utilizadas como subsídios na prática do cuidador por profissionais no planejamento da assistência aos idosos^{8,15,69}.

As avaliações possibilitaram sinalizar o quanto os idosos são capazes de se autoavaliar quanto ao desempenho das suas tarefas essenciais de vida diária e das atividades instrumentais de vida mais complexas, bem como seus cuidadores reconheceram esse desempenho no dia a dia. A avaliação objetiva mostrou os idosos na realização dessas atividades por meio da aplicação da escala ecológica de desempenho de atividades de vida diária e dos itens adicionais da escala de atividades instrumentais. Os resultados foram classificados de acordo com os parâmetros estabelecidos para o nível de funcionalidade dos idosos (NF1, NF2 e NF3). Nas caracterizações sociodemográfica, socioeconômica-funcional dos pares avaliados (idosos e cuidadores), chamou atenção o quanto os idosos necessitam de seus cuidadores e como se dá a relação familiares-paciente.

Os dados, para melhor organização, foram separados em grupos: 1-caracterização socioeconômica-funcional dos pares (idosos e cuidadores); 2-comparação das avaliações subjetiva idosos (SI) *versus* objetiva OB, subjetiva cuidadores SC *versus* OB e SI *versus* OB.

1. A caracterização demográfica e socioeconômica-funcional

As mulheres foram predominantes nos 55 pares avaliados, com 58,2% (32 indivíduos) entre os idosos e 83,6% (46) entre os cuidadores, com

idade média de 80 anos para o grupo idoso e de 58,7 anos para os cuidadores. Os estudos referentes ao assunto encontram resultados semelhantes, com a média de idade de 77,5 a 80 anos para as mulheres idosas, e de 59 a 60 anos entre os cuidadores^{39,40,96,97}. A maioria de raça branca (40 ou 72,7%) para os mais velhos e 38 ou 69,1% para os cuidadores, equivalente aos achados nos estudos⁹⁸⁻¹⁰⁰. O nível de escolaridade entre os idosos foi o primário, 4 anos de estudos (36 indivíduos 65,4%) e entre os cuidadores foi o superior (18, 32,7%), realidade compatível com o mesmo estudo⁹⁸⁻¹⁰⁰. Observou-se que os anos de estudo para os cuidadores triplicou em comparação com os dos idosos nas duas décadas. Os anos de estudo dos idosos em contraste com o miniexame do estado mental (MEEM), com média de 22 pontos, foram compatíveis, uma vez que a escolaridade influencia diretamente o MEEM, enquanto as escalas de Katz (9,42) e Lawton (15,80), dados obtidos da (AGA), mostraram concordância com os achados⁹⁸⁻¹⁰³.

2. Avaliação subjetiva idosos (SI) e subjetiva cuidadores (SC) em comparação com a avaliação objetiva (OB)

A interface entre o autocuidado dos idosos avaliados e a aplicação da escala de desempenho de atividades de vida diária e itens adicionais da escala de atividades instrumentais de vida pôde verificar a capacidade destes nas suas tarefas: o nível de funcionalidade oscilou de NF1 (não faz a tarefa), NF2 (faz com ajuda a tarefa) a NF3 (faz sem ajuda a tarefa). Foi predominante o grupo de idosos que fez a tarefa sem ajuda NF3, uma boa parte dos mais velhos encontra-se no nível de funcionalidade "faz com ajuda" e ressaltou a necessidade de disponibilizar maior tempo do cuidador. As informações obtidas nas avaliações concordância entre as respostas subjetivamente referidas pelos idosos em comparação com as reportadas pelos cuidadores, com Kappa regular na maioria das tarefas da escala de PADL; o P-valor não foi tão consistente e o índice de concordância (ind.con.%) oscilou de 63,3 a 99,%, o que

possibilitou evidenciar, em algumas tarefas informadas pelos idosos, discordância entre sua fala e a prática objetiva.

No desempenho dos idosos nas tarefas 1 a 16 da escala de PADL, o Kappa foi regular a substancial; já o índice de concordância (Ind.Con.%) para todas as tarefas evidenciou ter havido discordância entre as informações oferecidas pelos idosos e pelos cuidadores em comparação com a avaliação objetiva. A avaliação OB observou algum tipo de dificuldade no desempenho da tarefa. Esses resultados demonstraram que as informações relatadas pelos idosos e praticadas in loco, as quais foram supervisionadas pelo profissional, foram significativas quando confrontadas com dados da literatura: Kappa oscilou de regular a substancial para os 16 itens de tarefas da PADL^{8,15,96}. Os idosos referiram desempenhar as atividades, porém, em OB, alguns superestimaram suas respostas, outros não conseguiram executar as tarefas sozinhos e necessitaram de algum tipo de suporte para realizá-los. As informações subjetivas reportadas pelos cuidadores causaram discordância entre as comparações. Os idosos tendem a se avaliar melhor que seus cuidadores diferenças observadas no estudo⁹⁸, enquanto os cuidadores tendem a superestimar essas informações. Nas avaliações SC sobre o desempenho dos idosos no autocuidado em comparação com a OB, na escala de PADL e itens das atividades da escala de AIVD, verificou-se K regular em algumas tarefas e, de acordo com o Ind.Con.%, houve discordância nas tarefas PADL. Nos itens de 1 a 3 da escala AIVD, o Kappa foi moderado e substancial, e houve discordância SC referidas em relação às avaliações OB para uma tarefa (Ind.con% de 23,7%).

As comparações entre informações subjetivas idosos e subjetivas cuidadores mostraram que os mais velhos avaliam melhor seu desempenho que os seus cuidadores. Na literatura consultada, as informações dos idosos, quando comparadas com as dos cuidadores, mostram concordância, porém, em alguns momentos ocorre discordância, como foi nos estudos^{39,40}. O mesmo estudo demonstrou que o *Kappa* foi substancial e moderado em 15 tarefas da escala PADL, e que os cuidadores tendem a pontuar as informações referentes aos idosos como "incapaz" em maior grau que os idosos se autoavaliam. O mesmo estudo afirmou que o conhecimento das capacidades funcionais dos idosos pelos seus cuidadores é imprescindível para

acurácia das informações fornecidas quanto às condições de funcionalidade e saúde^{39,40}. Em Weinberger *et al.* (1992)⁹⁷ houve concordância de 92% quando comparadas as informações dos SI e SC para o desempenho na PADL. Nas avaliações, os cuidadores reportam que os idosos conseguem realizar a tarefa, mas, na avaliação objetiva, isso não é comprovado em alguns itens.

Para as avaliações subjetivas idosos comparadas com subjetivas cuidadores no PADL (1 a 16), os *Kappas* foram de regular a substancial, indicando que cuidadores e idosos concordam em algumas respostas, porém os idosos se avaliam melhor em contraste com as respostas dos cuidadores sobre a sua capacidade de autocuidar. O Ind.con.% de discordância em 4 e 5 foi de 34%. Os cuidadores reportam que os idosos conseguem realizar a tarefa. Nos itens da escala de AIVD, o *Kappa* foi regular a moderado e o Ind.con.% entre as avaliações subjetivas idosos em relação às avaliações subjetivas cuidadores, em 2 e 3, foi de 23,7 e 25,5%, os idosos discordaram das informações fornecidas pelos cuidadores. Para os itens da escala de atividades instrumentais de vida, os resultados foram de 0,20≥K≤0,39 nas tarefas 2 e 3, e 0,40≥K≤0,59 em 1, foi moderado o Kappa para a atividade "manuseio de dinheiro", enquanto para "manuseio de medicações" e "fazer compras" foi nulo. Em Magaziner *et al.* (1996)⁴⁰, o *Kappa* foi substancial para essas atividades, e, em Weinberger *et al.* (1992)⁹⁷, o Ind.con.% oscilou de 86% para "fazer compras" a 72% em "manusear dinheiro".



7 Conclusão 59

7 CONCLUSÃO

O estudo mostrou a importância de avaliar os três possíveis relatos da capacidade que o idoso tem de executar seu autocuidado.

Os resultam mostram haver discrepância dessas avaliações, demonstrando que o idoso, geralmente, avalia-se com melhor capacidade quando comparado à avaliação do seu cuidador e que ambos avaliam esta capacidade mais eficaz do que verificado pela avaliação objetiva do enfermeiro.

8 QUESTÕES QUE SE DESTACAM NESTE TRABALHO

8 QUESTÕES QUE SE DESTACAM NESTE TRABALHO

- Pouca expressividade da amostra avaliada.
- Inexperiência acadêmica do avaliador.
- Poucas referências relacionadas ao tema.
- Comprovação de que se pode investir nesse tipo de pesquisa.
- Oportunidade de novos olhares sobre a atenção aos idosos e cuidadores.
- Valorização do assunto para todas as categorias profissionais.
- Importância do acolhimento aos cuidadores.
- Desenvolvimento de pesquisa sobre o conhecimento do autocuidado dos idosos.
- Favorecimento do autocuidado de idosos.
- Estímulo a novos estudos nessa área.

9 ANEXOS

9.1 Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP – HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESOUISA

Título da Pesquisa: AUTOCUIDADO EM IDOSOS INTERNADOS NUMA ENFERMARIA GERIÁTRICA DE UM HOSPITAL ESCOLA: COMPARAÇÃO DAS AVALIAÇÕES SUBJETIVA E OBJETIVA

Pesquisador: Wilson Jacob Filho

Instituição Proponente:

Área Temática: Versão: 4

CAAE: 15546013.3.0000.0068

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 497.440

Data da Relatoria: 22/01/2014

Apresentação do Projeto:

Após o pesquisador atender às sugestões desta Comissão, o projeto apresenta todas as fases da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar a condição funcional objetiva e subjetiva de idosos internados em uma enfermaria geriátrica de um hospital escola.

Objetivo secundário:

- 1- Identificar a condição de autocuidado referida pelos idosos internados em uma enfermaria geriátrica.
- 2- Identificar a avaliação do acompanhante quanto à condição de autocuidado prévia à internação.
- 3- Avaliar objetivamente a condição de autocuidado do idoso internado.
- 4- Caracterizar a evolução funcional do idoso durante sua internação.
- 5- Identificar recursos disponíveis para os cuidados no domicílio (físicos, financeiros e comunidade;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos ao sujeitos de pesquisa são mínimos, por se tratar de pesquisa envolvendo aplicação de questionário e testes simulando atividades diárias.

Endereço: R ua Ovídio Pires de Campos, 225 5° andar **Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010

RUF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:**

marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

Página 01 de 03

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP – HCFMUSP



Continuação do Parecer: 497.440

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pretende fazer um estudo prospectivo, incluindo 120 sujeitos de pesquisa, entre pcts idosos com idade de 60 anos ou mais e seus cuidadores, para identificar as diferenças entre as avaliações subjetivas da capacidade de autocuidado, realizadas pelos próprios pcts e seus cuidadores e comparar as avaliações objetivas realizadas pelo enfermeiro nas unidades de internação. O tema é relevante e aprimorará as condutas no cuidado com o idoso, assim como a identificação de suas necessidades e capacidade de Autocuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadora atendeu às recomendações desta Comissão quanto a elaboração do TCLE em linguagem acessível ao participante da pesquisa e cuidador/ familiar

Recomendações:

Todas as recomendações foram atendidas!

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto APROVADO!

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 (cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010

RUF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585

E-mail: marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

Página 02 de 03



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP – HCFMUSP

Continuação do Parecer: 497.440

SÃO PAULO, 17 de dezembro de 2013

Assinador por:

Luiz Eugênio Garcez Leme (Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5° andar **Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010

RUF: SP **Município:** SAO PAULO **Telefone:** (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585

E-mail: marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

9.2 Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Paciente)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

		PACIENTE				
DADOS DE IDEN	DOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL ME					
1.NOME						
					_	
DATA NASCIMENTO) /					
ENDEREÇO:					N°:	
APTO:						
BAIRRO:						
CIDADE:						
			(()
2.	RE	SPONSÁVEL				LEGAL
NATUREZA	(grau de	parentesco,			curador	etc.):
DOCUMENTO DE ID	ENTIDADE :	SEXO:	M	F		
ENDEREÇO:					N°:	
APTO:						
BAIRRO:						
CIDADE:						
CEP:	TELEFONE:	DDD	(()

DADOS SOBRE A PESQUISA

 TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Autocuidado em idosos internados numa enfermaria geriátrica de um hospital escola: comparação das avaliações subjetiva e objetiva.

2. PESQUISADOR:

Prof. Dr. Wilson Jacob Filho

CARGO/FUNÇÃO: Professor Titular da Disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP. INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL N° CRM-SP: 28.135......

UNIDADE DO HCFMUSP: Disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina da USP Enfermaria de Geriatria.

Delcina Jesus Figueredo

CARGO/FUNÇÃO: Enfermeira encarregada de turno

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto Central- ICHC da Universidade de São Paulo, Enfermaria de

Geriatria. COREN-SP: 0073477

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: Risco mínimo

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável	
Rubrica do pesquisador_	

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – Desenho do estudo e objetivo(s) "essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa."; ou "o objetivo deste estudo é."

Gostaria de convidar o senhor (a) a fazer parte desta pesquisa, que visa conhecer como o senhor (a) realiza seu autocuidado e tarefas no dia a dia, ou seja, como faz suas atividades diárias, tais como: pentear os cabelos, lixar as unhas, colocar sapatos, tomar remédios, etc. Também queremos entender como seus familiares ou cuidadores veem o senhor (a) realizar essas atividades no dia a dia. Caso o senhor (a) aceite participar desta pesquisa, terá que responder alguns questionários, para que possamos saber das suas necessidades. Logo após, faremos uma avaliação objetiva, onde entregamos ao senhor (a) alguns objetos como, por exemplo: moedas, garfo, faca e pediremos que o senhor faça uma atividade usando esses objetos: separar e contar o dinheiro; pegar comida com o garfo e levar a boca, etc. Nessas atividades observaremos como o senhor (a) realiza as tarefas no seu cotidiano. Estes testes são feitos no momento da internação e na alta. Estas informações serão colhidas de seu cuidador através de questionários. As atividades serão simples e explicadas claramente antes de serem

aplicadas. O senhor (a) poderá solicitar pausa ou descanso, embora as tarefas sejam simples e de pouco esforço físico. O objetivo do nosso trabalho é identificar as diferenças entre o autocuidado e tarefas do dia a dia realizadas pelo senhor (a), assim como seu cuidador vê sua capacidade de desempenhar este autocuidado. Ambos os resultados serão comparados para melhor planejamento da assistência futura. A participação do senhor (a) neste estudo é voluntaria e o senhor (a) tem a liberdade de recusar sua participação sem que haja prejuízo no seu atendimento ou tratamento. Se o senhor (a) aceitar participar, pode a qualquer momento solicitar desistência e isto não implicará na interrupção do seu tratamento nesta instituição. Quanto a sua participação neste estudo, o senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro ou terá qualquer custo. Não se espera que existam quaisquer danos em sua saúde decorrentes desta pesquisa, mas se eventualmente houver, o senhor (a) terá disponibilidade de assistência neste instituto. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas e o senhor (a) não receberá nenhuma compensação financeira por participar neste estudo. Em qualquer etapa do estudo o senhor (a) poderá terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. Os principais investigadores são o Prof. Dr. Wilson Jacob Filho, o qual pode ser encontrado no endereço Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, nº 255, Cerqueira César, São Paulo, 05403-000, (11) 2661-6639, (enfermaria de geriatria), (11) 2661-6731 e Enfermeira Delcina Jesus Figueredo, que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho, nº255, (Enfermaria da Geriatria) 6º andar - Cerqueira Cesar. Tel.: (11) 2661-6338 / 2661-7935, email: delcina.figueredo@fm.usp.br. Se houver alguma dúvida ainda sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar-Telefone: (11) 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: (11) 2661-6442, ramal 26, e-mail: cappesq@hcnet.usp.br. Acredito ter sido suficientemente claro a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo (Autocuidado em idosos internados numa enfermaria geriátrica de um hospital escola: comparação das avaliações subjetivas e objetivas). Eu discuti com o Dr. Wilson Jacob/ Enf. Delcina sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confiabilidade e esclarecimento permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que terei garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício ou no atendimento neste Serviço dos internados em uma enfermaria geriátrica de um hospital escola.

Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5° andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 – e-mail: cappesq@hcnet.usp.br. Enf. **Delcina Jesus Figueredo**. Endereço de trabalho: Av. Dr. Enéas de Carvalho, n°255 – Enfermaria da Geriatria – 6° andar - Cerqueira Cesar. Tel.: (11) 2661-6338 / 2661-7935, Email: delcina.figueredo@fm.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Ficou claro que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento
hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o
meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou
perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.
Assinatura do paciente / responsável legal Data//
Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste
paciente ou representante legal para a participação neste estudo.
Assinatura do responsável pelo estudo Data//
Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável
Rubrica do pesquisador

9.3 Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Cuidador)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

		CUIDAD	OR/RESPONS	AVEL		
DADOS DE ID 1.NOME					ESPONSÁVEL	
DOCUMENTO DI						•••••
DATA NASCIME	NTO/	/				
ENDEREÇO: .					N°:	
APTO:						
BAIRRO:						
CIDADE:						
CEP:		TELEFONE:	DDD	()
2.			PONSÁVEL			LEGAL
NATUREZA	, C	de	•	tutor,	curador	etc.):
DOCUMENTO DE	E IDENTIDA	DE :	SEXO:	M F		
ENDEREÇO: .					N°:	
APTO:						
BAIRRO:						
CIDADE:						
CEP:		TELEFONE:	DDD	()

DADOS SOBRE A PESQUISA

- 1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Autocuidado em idosos internados numa enfermaria geriátrica de um hospital escola: comparação das avaliações subjetiva e objetiva.
- 2. PESQUISADOR:

Prof. Dr. Wilson Jacob Filho

CARGO/FUNÇÃO: Professor Titular da Disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP. INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL N°. CRM-SP: 28.135......

UNIDADE DO HCFMUSP: Disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina da USP Enfermaria de Geriatria.

Delcina Jesus Figueredo

CARGO/FUNÇÃO: Enfermeira encarregada de turno

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto Central- ICHC da Universidade de São Paulo, Enfermaria de Geriatria. COREN-SP: 0073477

- 3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: Risco mínimo
- 4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável
Rubrica do pesquisador

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – Desenho do estudo e objetivo(s) "essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa."; ou "o objetivo deste estudo é"

Gostaria de convidar o senhor (a) a fazer parte desta pesquisa, que visa conhecer como o seu familiar/paciente realiza seu autocuidado e tarefas no dia a dia, ou seja, como faz suas atividades diárias, tais como: pentear os cabelos, lixar as unhas, colocar sapatos, tomar remédios, etc. Queremos entender como os senhores (a) cuidadores veem o autocuidado do seu familiar e/ou do paciente sob sua responsabilidade realizar essas atividades no dia a dia e também conhecer quem é esse cuidador. Caso o senhor (a) aceite participar desta pesquisa, terá que responder alguns questionários, para que possamos conhecer o seu entendimento referente as necessidades do seu paciente/familiar internado. As atividades serão simples e explicadas claramente antes de serem aplicadas. O objetivo do nosso trabalho é identificar as diferenças entre o autocuidado e tarefas do dia a dia realizadas pelo paciente/familiar, assim como, seu cuidador vê sua capacidade de desempenhar este autocuidado. Ambos os resultados serão comparados para melhor planejamento da assistência futura. participação do senhor (a) neste estudo é voluntaria e o senhor (a) tem a liberdade de recusar sua participação sem que haja prejuízo no seu atendimento ou tratamento. Se o senhor (a) aceitar participar, pode a qualquer momento solicitar desistência e isto não implicará na interrupção do tratamento do seu paciente/familiar internado nesta instituição. Quanto a sua participação neste estudo, o senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro ou terá qualquer custo. Não se espera que existam quaisquer danos à saúde decorrentes desta pesquisa, mas se eventualmente houver, o senhor terá disponibilidade de assistência neste instituto. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente ou o seu nome cuidador. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas e o senhor (a) não receberá nenhuma compensação financeira por participar neste estudo. Em qualquer etapa do estudo o senhor (a) poderá terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. Os principais investigadores é o Prof. Dr. Wilson Jacob Filho, o qual pode ser encontrado no endereço Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, nº 255, Cerqueira César, São Paulo, 05403-000, (11) 2661-6639, (enfermaria de geriatria), (11) 2661-6731 e Enfermeira Delcina Jesus Figueredo, que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho, nº255, (Enfermaria da Geriatria) 6º andar - Cerqueira Cesar. Tel.: (11) 2661-6338 / 2661-7935, email: delcina.figueredo@fm.usp.br. Se houver alguma dúvida ainda sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar -Telefone: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442, ramal 26, e-mail: cappesq@hcnet.usp.br. Acredito ter sido suficientemente claro a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo (Autocuidado em idosos internados numa enfermaria geriátrica de um hospital escola: comparação das avaliações subjetivas e objetivas). Eu discuti com o Dr. Wilson Jacob/ Enf. Delcina sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para

mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confiabilidade e esclarecimento permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que terei garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício ou no atendimento neste Serviço dos internados em uma enfermaria geriátrica de um hospital escola.

Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5° andar – tel.: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 – e-mail: cappesq@hcnet.usp.br. Enf. **Delcina Jesus Figueredo**. Endereço de trabalho: Av. Dr. Enéas de Carvalho, n°255 – Enfermaria da Geriatria – 6° andar - Cerqueira Cesar. Tel.: (11) 2661-6338 / 2661-7935, Email: delcina.figueredo@fm.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMUSP

Ficou claro que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento
hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o
meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou
perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.
Assinatura do paciente/ responsável legal Data//
Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste
paciente ou representante legal para a participação neste estudo.
Assinatura do responsável pelo estudo Data//
Rubrica do sujeito de pesquisa ou
responsável
Rubrica do pesquisador

9.4 Anexo D – Escala Ecológica

Escala ecológica (*performance test of activities of daily living*, PADL) de testes para avaliação de desempenho das atividades de vida diária (PADL). Aplicação ao paciente e cuidador no momento da internação. Coleta dos dados subjetivos.

	Níve	l de Funcionalidade	=NF
	1	2	3
Escala de PADL (tarefas)	Não faz com ajuda	Faz com ajuda	Faz sem ajuda
1- Beber em um copo			
2- Usar um lenço para assoar o nariz			
3- Pentear os cabelos			
4- Lixar as unhas			
5-Barbear-se/ maquiar-se			
6- Pegar comida com colher e levar à boca			
7- Abrir e fechar torneira			
8- Acender e apagar a luz			
9- Colocar e retirar o agasalho			
10 - Colocar e tirar o calçado			
11 - Escovar os dentes			
12 - Fazer uma chamada telefônica			
13 - Assinar o nome			
14 - Colocar a chave na fechadura			
15 - Dizer as horas			
16 - Levantar-se, andar alguns passos e voltar a sentar-se			
Total /16.			

Nível de funcionalidade (NF)= 1-Não faz; 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda;

9.5 Anexo E – Itens da Escala de Testes

Itens da escala de testes de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) aplicada ao paciente e cuidador no momento da internação. Coleta de dados subjetivos.

Nível de Funcionalidade=BF								
	1	2	3					
Itens da escala de AIVD	Não faz com ajuda	Faz com ajuda	Faz sem ajuda					
1-Medicações – é capaz de realizar a guarda, o reconhecimento e a ingestão								
2- Manusear dinheiro								
3-Faz compras								
Total/.03								

Nível de funcionalidade (NF)= 1-Não faz; 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda;

9.6 Anexo F – Miniexame do Estado Mental (MEEM)

Miniexame do estado mental (MEEM)

"Eu vou fazer algumas perguntas e dar alguns problemas para serem resolvidos, para avaliar sua memória. Por favor, fique tranquilo(a) e tente responder da forma que puder".

ITENS	DIREÇÃO	PONTUAÇÃO
ORIENTAÇÃO	() Dia ; () Mês; () Ano; () Dia da semana ;	05
TEMPORAL	() Hora aproximada, (Aceitar erros de mais ou menos sessenta minutos)	
ORIENTAÇÃO	() Local especifico, (apontando para o chão)	
ESPACIAL	() Local geral , (apontando ao redor); () Bairro ou rua próxima	05
	() Cidade; ()Estado	
MEMÓRIA	() Vaso; () Cara; ()Tijolo, (Pontue as palavras repetidas na primeira	03
IMEDIATA	tentativa. Se houver erros, repita até 3 vezes para o aprendizado)	
ATENÇÃO E	() 100-7(93); () -7 (86); () -7 (79); ()-7 (72); () -7(65), (Se houver erro	05
CÁLCULOS	prossiga a partir do número correto. Considere correto se o indivíduo se corrigir	
	espontaneamente)	
EVOCAÇÃO	() Vaso; () Carro; () Tijolo	03
NOMEAÇÃO	() Relógio; () Caneta	02
REPETIÇÃO	() Nem aqui, nem ali, nem lá.	01
COMANDO	() Pegue esse papel com a mão direita; ()Dobre-o ao meio e	03
	() Ponha-o no chão, (Se pedir ajuda no meio da tarefa, NÃO DÊ DICAS).	
LEITURA	() Feche os olhos, (Não auxilie se pedir ajuda ou ler a frase sem realizar o	01
	comando. NÃO DÊ DICAS).	
ESCRITA	() Frase: (Se não compreender a tarefa, ajude com: "alguma frase que tenha	01
	começo, meio e fim", "alguma coisa com sentido", "alguma coisa que queira	
	dizer". Aceitar erros gramaticais e ortográficos).	
CÓPIA DO	() Pentágonos interseccionados, (Aceite apenas dois pentágonos formando uma	01
DESENHO	intersecção de QUATRO lados).	
	<u>'</u>	TOTAL=
		(Máximo 30
		pontos)

≥ 18 pontos

Analfaheto

- $\geq \quad \ 21pontos \ < 4 \ anos$
- ≥ 24 pontos 4-7 anos
- ≥ 27pontos 8 anos ou

mais

FECHE OS OLHOS



9.7 Anexo G – Escala Nível de Funcionalidade nas Avaliações

Escala (*performance test of activities of daily living*, PADL) ecológica de testes para avaliação de desempenho das atividades de vida diária (PADL) aplicada ao paciente. Coleta de dados objetivos, no momento da internação e da alta. Avaliação prática.

-	Nível de funcionalidade nas avaliações								
	1			2 Fez com ajuda a tarefa			3 Fez sem ajuda a tarefa		
Escala de PAD L (tarefas)		Não fez a tarefa							
	T	T	T	T	T	T	Т	T	T
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1-Beber em um copo									
2-Usar um lenço para assoar o									
nariz									
3-Pentear os cabelos									
4-Lixar as unhas									
5-Barbear-se/ maquiar-se									
6-Pegar comida com colher e									
levar à boca									
7-Abrir e fechar torneira									
8-Acender e apagar a luz									
9- Colocar e retirar o agasalho									
10- Colocar e tirar o calçado									
11-Escovar os dentes									
12- fazer uma chamada									
telefônica									
13-Assinar o nome									
14-Colocar a chave na									
fechadura									
15- Dizer as horas									
16-Levantar-se, andar alguns									
passos e voltar a sentar-se									
Total 16									

T= número de tentativas, **t**rês (3) oportunidades para executar a tarefa em cada Nível de funcionalidade

(NF)= 1-Não faz; 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda;

9.8 Anexo H – Escala de Testes para Avaliação de Atividades Instrumentais de Vida Diária (IADL)

Escala de testes para avaliação de atividades instrumentais de vida diária (IADL) aplicada ao paciente. Coleta de dados objetivos à internação e à alta. Avaliação prática.

	Nível de Funcionalidade no Desempenho das tarefas								
Escala de AIVD (itens selecionados)	1			2			2		
	Não faz com ajuda a tarefa			Faz com ajuda a tarefa			Faz sem ajuda a tarefa		
	T1	T2	Т3	T1	T2	Т3	T1	Т2	Т3
1-Medicações – é capaz de realizar a guarda, o reconhecimento e a ingestão									
2- Manusear de dinheiro									
3-Faz compras									
Total/.03									

Legenda: tentativas=T número de tentativas, **t**rês (3) oportunidades para executar a tarefa em cada Nível de funcionalidade

(NF)= 1-Não faz; 2- Faz com ajuda e 3- Faz sem ajuda;



10 REFERENCIAS

Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery* [online]. 2010;14(3):611-6.

- 2- Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter*. 2016];14(4):322-9.
- 3- Timmins F, Horan P. A critical analysis of the potential contribution of Orem's self-care deficit nursing theory to contemporary coronary care nursing practice. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(1):32-9.
- 4- Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Rev Texto Contexto Enferm.* 2006;15(Esp):152-7.
- 5- Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St Louis (USA): Mosby Inc; 2001.
- 6- Orem D. *Nursing concepts of pratice*. 5th ed. St. Louis: mosby-year. Book; 1995.
- 7- Orem DE. *Nursing of practice*. 4th ed. St Louis (USA): Mosby Inc; 1991.
- 8- Kuriansky J, Gurland B. The performance test activities of daily living. *Int J Aging Hum Dev.* 1976;7(4):343-52.
- 9- Del Duca FG, Silva CM, Hallal CP. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):796-805.
- 10- Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA, Santana ME. Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3):690-5.
- 11- Jacob Filho W, Milton GL. *Geriatria e gerontologia:* o que todos devem saber. São Paulo: Roca; 2008. Cap. 01, p. 1-6.

12- Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):317-25.

- 13- Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*. 19(3):725-33.
- 14- Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*. 1982;37(3):323-9.
- 15- Kuriansky JB, Gurland BJ, Fleiss JL, Cowan D. The assessment of self-care capacity in geriatric psychiatric patients by objective and subjective methods. *J Clin Psychol*. Jan 1976;32(1):95-102.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
- 17- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson N BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. *J Am Med Soc.* 1963;185(12):914-21.
- 18- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde PNS*: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 19- Nações Unidas no Brasil (ONUBER). [citado 20 fev. 2016]. Disponível em: https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/.
- 20- Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ESA. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40.
- 21- Lima-Costa FM, Barreto MS. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serviços Saúde*. 2003;12(4):189-201.
- Zhou YY, Wong W, Li H. Improving care for older adults: a model to segment the senior population. *Perm J.* 2014;8(3):18-21.
- Torres JL Dias RC, Ferreira FR, Macinko J, Lima-Costa MF. Functional performance and social relations among the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a population-based epidemiological study. *Cad Saúde Pública*. 2014 May;30(5):1018-28.

24- Giacomin KC, Peixoto VS, Uchoa E. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro 2008;24(6):1260-70.

- 25- Maciel ACC, Guerra RO. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(4):347-52.
- Castro MSM. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. *Ciên Saúde Coletiva*. 2006;11(4):987-98.
- 27- Paixão Jr MC, Reichenheim, ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):7-19.
- World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Título original inglês: Active ageing: a policy framework. WHO/NMH/NPH/02.8 ISBN 1. Envelhecimento. 2. Política de saúde. I. Gontijo, Suzana. II. Organização Pan-Americana da Saúde. III. Título.
- 29- Nunes PD, Nakatani KYA, Silveira AE, Bachion AE, Bachion MM, Souza RM. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Cien Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2887-98.
- 30- Alves CL, Leimann QCB, Vasconcelos LEM, Carvalho Sá M, Vasconcelos GGA, Fonseca OCT, Lebrão LM, Laurenti R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.
- Prado DS, Sayd DJ. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores, temas e tendências. *Ciên Saúde Coletiva*. 2004;9(3):763-72.
- Novais E, Conceição PA, Domingos J, Duque V. O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. *Rev HCPA*. 2009;29(1):36-44.
- 33- Camargo SCM, Rodrigues NR, Machado JC. Expectativa de vida saudável. para idosos brasileiros, 2003. *Ciên Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1903-9.
- 34- Karsch MU. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2003;19(3):861-6.

Wajman JR. Adaptação e correlação entre instrumentos neuropsicológicos para avaliação e acompanhamento da doença de Alzheimer em fases avançadas [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2012.

- Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, Paola CR, Santos FC, Bilton T, Ebel SJ, Macedo MB, Almada CM, Nasri F, Miranda RD, Gonçalves M, Santos AL, Fraietta R, Vivacqua I, Alves ML, Tudisco ES Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública*. 1998;32(5):397-407.
- 37- Verbrugge LM, Jetie AM. The disablement process. *Soc Sci Med.* 1994,38(1):1-14.
- 38- Marcotte TD, Grant I. Neuropsychology of everyday functioning. In: Loewenstein D, Acevedo A. *The relationship between instrumental activities of daily living and neuropsychological performance*. England: Guilford Press; 2009.
- 39- Magaziner J, Zimmerman SI, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, Fox KM. Peroxy reporting in five areas of functional status: comparison with self-reports and observations of performance. *Am J Epidemiol*. 1997;146(5):418-28.
- 40- Magaziner J, Bassett SS, Hebel JR, Gruber-Baldini A. Use of proxies to measure health and functional status in epidemiologic studies of community-dwelling women aged 65 years and older. *Am J Epidemiol*. 1996;143(3):283-92.
- 41- Motta CCR, Hansel CG, Silva J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. *Rev Eletr Enf.* 2010;12(3):471-7.
- 42- Laukkanen P, Heikkinen E, Schroll M, Kauppinen M. A comparative of factores related to carrying out physical activities of daily living (PADL) among 75-year-old-men and women in two Nordic localities. *Aging* (Milano). 1997;9(4):258-67.
- 43- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009*. IBGE divulga Indicadores Demográficos e de Saúde. Comunicação Social, 02 de setembro, 2009 [citado 26 jun. 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.phd?id noticia=1445.

44- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2008. IBGE divulga Indicadores Demográficos e de Saúde. Comunicação Social, 02 de setembro, 2010. [citado 26 set. 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.phd?id_noticia=1445.

- 45- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2010*. IBGE divulga Indicadores Demográficos e de Saúde. Comunicação Social, 02 de setembro, 2010. [citado 26 set. 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.phd?id_noticia=1445.
- 46- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília; 2010.
- 47- Datasus. IDB. *Banco de dados online*. [citado fev. 2013]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/idb.
- 48- Camarano AA (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa:* um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.
- 49- Netto FLM. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Pensar a Prática*. 2004;7:75-84. Disponível em: http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/view/67
- König HH, Leicht H, Fuchs A, Gensichen J, Maier W, Mergenthal K, Riedel-Heller S, Schafer I, Schon G, Weyerer S, Wiese B, van den Bussche H, Scherer M, Eckardt M, Multicare Study Group. Effects of multiple chronic conditions on health care costs: an analysis based on an advanced tree-based regression model. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:219.
- 51- Kalache A, Veras PR, Ramos RL. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev Saúde Pública*. 1987;21:200-10.
- 52- Fonseca FB, Rizzotto MLF, Construção de instrumento para avaliação sóciofuncional em idosos. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2):365-73.
- 53- Borges MS, Silva HCP. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(5).823-9.

54- Garcia AM, Odoni CPA, Souza SC, Frigério MR Merlin SS. Senior citizens in the limelight: the discourses of illness. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2005;9(18):537-52.

- 55- Torres VG, Reis LA, Fernandes MH Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. *Rev Espaço Saúde*. 2009;10(2):12-7.
- 56- Sá SPC, Santana SF, Monteiro MB, Santos IS, Bastos RCS, Gatto FS, Afradique P. Cuidando dos cuidadores de idosos com demência: atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia. *Em Extensão*. 2005-2006;5:61-72.
- 57- Veras RP, Ramos RL, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev Saúde Pública*. 1987;21:225-33.
- 58- Lima-Costa FM, Barreto MS. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serviços Saúde*. 2003;12(4):189-201.
- 59- Silva MJ, Lopes MVO, Araújo MFM, Moraes GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza Ceará. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2):201-6.
- 60- Herrera Jr E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva Estado de São Paulo Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25:70-3.
- 61- Lollar DJ, Crews JE. Redefining the role of public health in disability. *Annu Rev Public Health*. 2003;24:195-208.
- 62- Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential medical statistics*. 2nd ed. Blackwell Science: Massachusetts, USA; 2006. p. 502.
- 63- Szlejf C, Farfel JM, Saporetti LA, Jacob-Filho W, Curiati JA. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospectivo. *Einstein*. 2008;6(3):337-42.
- 64- Diogo MJDE, Ceolim MF, Cintra FA. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (grasi) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. *Rev Latinoam Enferm*. 2000;8(5):85-90.

65- Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomin KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(3):599-610.

- 66- Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):468-78.
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar IESS. Bem-vindo à sala de Imprensa [citado 1 jul. 2012]. Disponível em: http://www.iesssaladeimprensa.institucional.ws/index.php?option=com_conte nt&view=article&id=103:o-custo-da-saude-e-o-envelhecimento-da-populacao&catid=34:pautas&Itemid=28.
- 68- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2865-75.
- 69- Stenzelius K, Westergren A, Thorneman G, Hallberg IR. Patternes of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005;40(1):85-102.
- 70- Del Duca GF, Nader GA, Santos IS, Hallal PS. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(7):1403-10.
- 71- Silveira RE da, Santos AS, Sousa MC de, Monteiro TSA. *Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil:* perspectivas de uma década. Einstein (São Paulo). 11(4):514-20.
- 72- Izaias ÉM, Dellaroza MSG, Rossaneis MA, Belei RA. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. *Ciênc Saúde Col.* 2014;19(8):13395-3402.
- 73- Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):643-8.
- 74- Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2003;19(3):773-81.
- 75- Camargo SCM, Rodrigues NR, Machado JC. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. *Ciên Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1903-9.

76- Oliveira PH de, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(3):395-406.

- 77- Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*.2005;18(4):422-6.
- 78- Ferreira CG, Silva AT, Lemos ND. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saude Soc.* 2011;20(2):398-409.
- 79- Simonetti JP, Ferreira JC Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):19-25.
- 80- Gratao ACM, Vale FAC do, Roriz-Cruz M, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS *et al.* The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):873-80.
- 81- Silva MR. *O mapa conceitual na avaliação do processo ensino-aprendizagem na odontologia*. 2013 [Dissertação]. Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.
- 82- Paiva MGG, organizador, Brugalli M. *Avaliação: novas tendências, novos paradigmas*. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.
- 83- Provenzano EM, Moulin NM. *Proposta pedagógica: avaliação a ação*. Brasília: Ministério da Saúde; RJ: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de saúde Pública; 2000.
- 84- Anastasiou L, Leonir P. organizadores. *Processo de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.* Joianville: Univille; 2003.
- 85- Luckesi. O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem? *Pátio*. Rio Grande do Sul. fev/mar 2000;12:6-11.
- 86- Batista NA, Batista SHSS (orgs.). *Docência em saúde*. São Paulo: Ed Senac; 2004.
- 87- Moraes SHM. Avaliação da aprendizagem na educação profissional: um estudo da escola técnica do SUS "Profa. Ena de Araújo Galvão" [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro; 2009.

88- Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliações e utilização. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.163-98: Compreensão do delineamento da pesquisa quantitativa.

- 89- Calegrari-Jacques SM. *Bioestatística:* princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003. Reimpressão 2008.
- 90- Pereira GM. *Epidemiologia Teoria e Pratica*. Cap.16 Seleção dos participantes para estudo. Ed. Guanabara Koogan; 1995.
- 91- Martins MS, Massarollo MCKB. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do estatuto do idoso segundo profissionais de um hospital geriátrico *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):26-33.
- 92- Gurland BJ, Sharpe L, Simon R, Kuriansky J, Stiller P, Fleiss JL, Copeland JR, Kelleher MJ, Kellett JM, Gourlay AJ, Barron G, Cowan DW. Outcome of hospitalization of geriatric patients in public psychiatric in New York and London. *Can Psychiatr Assoc J.* 1976 Oct;21(6):421-31.
- 93- Robbins TW, James M, Owen AM, Sahakian BJ, McInnes L, Rabbitt P. Cambridge neuropsychological test automated battery (CANTAB): a factor analytic study of a large sample of normal elderly volunteers. *Dementia*. 1994;5(5):266-81.
- Laks J, Baptista EM, Contino AL, de Paula EO, Engelhardt E. Mini-Mental State Examination norms in a community-dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2007 fev;23(2):315-9.
- 95- Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-15.
- 96- Gerson LW, Blanda M, Dhingra P, Davis JM, Diaz SR.Do elder emergency department patients and their informants agree about the elder's functioning? *Acad Emerg Med.* 2001 July;8(7):721-4.
- 97- Weinberger M, Samsa GP, Schmader K, Greenberg SM, Carr DB, Wildman DS. Comparing proxy and patients' perceptions of patients' functional status: results from an outpatient geriatric clinic. *J Am Geriatr Soc.* 1992 Jun;40(6):585-8.
- 98- Shardell M, Alley DE, Miller RR, Hicks GE, Magaziner J. Camparing reports from hip-fracture patients and their proxies: implications on evaluating sex differences in disability and depressive symptoms. *J Aging Health*. 2012;24(3):367-3.

99- Williams LS, Bakas T, Brizendine E, Plue L, Tu W, Hendrie H, Kroenke K. Haw valid are family peroxy assessments of stroke patients' health-related quality of lafe? *Stroke*. 2006;37:2081-5.

- 100- Hellström K, Lindmark B, Wahlberg B, Fugl-Meyer AR. Sel-efficacy inrelation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stoke: a prospective investigation. *J Rehabil Med*. 2003;35(5):202-7.
- 101- Wajman JR, Oliveira FF, Marin SM, Schultz RR, Bertolucci PH. Is there correlation between cognition and functionality in severe dementia? The value of a performance-based ecological assessment for Alzheimer's disease. *Rev Arq Neuropsiquiatr.* 2014;72(11):845-50.
- 102- Castro-Costa E, Fuzikawa C, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Norms for the mini-mental state examination: adjustment of the cut-off point in population-based studies (evidences from the Bambuí health aging study). *Arq Neuropsiquiatr*. 2008;66(3-A):524-8.
- 103- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189-98.



Apêndice A — Questionário específico de variáveis independentes para caracterização dos pacientes. Dados colhidos do paciente, cuidadores, (AGA) após aplicação das escalas de PADL e AIVD.

				Avaliação					
	Nat	Naturalidade			-		-		
RG-HC:	Gênero	iero	Н	M	- Data da internação	,a0	Data da entrevista	B 3	
	Idade	le							
Nome (número de identificação)	ro de ío) Raça	a	1	2	3	4			
	AG	AGG- AVALIAÇÃ	AÇÃO GLOBAL DO IDOSO	080	KATZ (ABVDS)	(5	LAWTON (AIVDs)	'Ds)	MEEM
				Estado civil					
Casado (a)	Solteiro (a)	Viúvo (a)	Divorciado (a)	Outros					
Escolaridade (em anos)	e (em anos)	Até 4(/ 62/4	Até 11 anos	Até 11 anos			
Até 0 (nunca estudou)	Até 4 (primário completo)	H ill	Ate 8 anos (ginasiai completo)	Ate 8 anos (ginasial incompleta)	(Colegial incompleto)	(Colegial completo)	Até 15 anos (Superior	anos (Superior	Outros
Numero de Filhos	0	1	2	3	4	mais 5	completo)	Incompleto)	
				Rede de apoio					
Esposo	Esposa Filho	01	Filha	Nora	Genro	Netos (as)	Sobrinhos (as)	Irmão (as)	Outros
Profissão				Renda	0	1	2	3	mais 4
Sintomas nos últimos 6 meses (6 ou 3)) sesem 9 som	6 ou 3)							
Diagnóstico para internação	internação								

Apêndice B - Questionário específico de variáveis independentes para caracterização do cuidador do paciente.

			Questionário para caracterizacão do cuidador	a caracteriza	cão do c	uidador				
Número de identificação ir	Data de internação	Data da	Data da entrevista N	Naturalidade		Gênero	Fem.	Masc.	Idade	Raça
			Grau de	Grau de parentesco com o idoso	o idoso				8 1	
Esposo/ esposa	Filho		Filha	Nora		Genro	Sobrinho	Irmão	Irmã	Outros
				Estado civil	•					
Casado (a)	Solteiro (a)		Viúvo (a)	Divorciado (a)		Outros				
Condição de trabalho	Ativo		Aposentado	Liberal		Não liberal	Renda em R\$			
				Escolaridade (em anos)	nos)					10
Até 0 (nunca estudou)	Até 4(Primário completo)		Até 4 (Primário incompleto)	npleto)	Até	8 anos (Gina	Até 8 anos (Ginasial completo)		Até 8 anos (Ginasial incompleto)	asial
Até 11 anos (Colegial incompleto)	(6	V	Até 11 anos (Colegial completo)	l completo)		Até 15(Superior completo)	rior	Até 15 anos (Superior incompleto)	(Superior	Outros
Número de Filhos	0	_		2		3	4	5		
			Rede d	Rede de apoio para o idoso	idoso					
Esposo/ esposa	Filho		Filha	Nora	C1021	Genro	Sobrinho	Irmão	Irmã	Outros
	-		Relação de	Relação de convívio com o familiar	o familia	ľ				
Moram juntos	Moram ao lado	lado	Não moram juntos	S Moram distante		Outros				
			Fre	Frequência de visitas	tas					
Uma vez por dia	Uma vez semana	por	Duas vezes por semana	161	Cada quinze dias	S	Uma vez por mês	nês	Sem visita	Outros
Agravos de saúde do cuidador	12									
Sintomas nos últimos 6 meses (cuidador)	iidador)									
		Rel	Relação de entendimento da condição de saúde do idoso	ento da condiç	ão de saú	ide do idoso				
Sintomas relatados pelo idoso nos últimos 6 m	últimos 6 me	eses								
Diagnóstico para internação do idoso	osc									

Apêndice C - *Kits* de materiais usados para avaliação objetiva prática na PADL à internação e à alta

PADL	
Tarefas	Observado
1-Beber em um copo	É capaz de beber água em um copo? Para questão 01 será
	oferecido um copo e uma jarra que está na mesa, no quarto do paciente; ele será solicitado a colocar a água no copo e o levar á boca.
2-Usar um lenço para assoar o nariz	É capaz de usar um lenço para assoar o nariz? Para a
	questão 02 será oferecido um lenço para o paciente fazer a higiene do nariz.
3-Pentear o cabelo	É capaz de pentear os cabelos? Para a questão 03 será
	oferecido um <i>kit</i> de pentes para o paciente pentear os cabelos.
4-Lixar as unhas	É capaz de lixar as unhas? Para a questão 04 será oferecida
\$ (3) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1	uma lixa de unha do <i>kit</i> de higiene para o paciente fazer a higiene das unhas, lixando-as;

5-Barbear-se/ maquiar-se	É capaz de barbeara-se ou maquiar-se? Para
	responder à questão 05 será oferecido um barbeado para homem e um <i>kit</i> de maquiagem para mulher.
6-Pegar comida com colher e levar à boca	É capaz de pegar a comida com colher/garfo e levar
	à boca? Para responder à questão 06 no momento da segunda refeição (almoço), será oferecido, na sua mesa de cabeceira o <i>kit</i> garfo, faca e colher. Nesta questão levar em consideração o paciente comer com faca e garfo.
7-Abrir e fechar torneira	É- capaz de abrir e fechar uma torneira? Para responder à questão 07 o paciente será encaminhado ao banheiro, após o almoço, indicando –lher do a torneira para abertura.
8-Acender e apagar a luz	É capaz de acender e apagar a luz? Para a questão 08 o paciente será encaminhado até o interruptor de luz para acioná-lo
9-Colocar e retirar o agasalho	É capaz de colocar e retirar o agasalho? Para responder à questão 09 será oferecido um agasalho do próprio paciente para que ele o coloque .
10-Colocar e tirar o calçado	É capaz de colocar e tirar o calçado? Para responde à questão 10 serão oferecidos os sapatos (chinelos, sandálias, sapatos fechados) do próprio paciente.

11-Escovar os dentes	É capaz de escovar os dentes? Para responder à
»	questão 11, será oferecido o <i>kit</i> higiene oral do próprio paciente.
12-Fazer uma chamada telefônica	É capaz de fazer uma chamada telefônica? Para
	responder à questão 12 será oferecido um telefone (celular ou comum) da unidade ou do paciente para uma ligação.
13-Assinar o nome	É capaz de assinar o nome? Para responder à
	questão 13 será oferecida uma folha de caderno
	para que o paciente escrever seu nome.
14-Colocar a chave na fechadura	É capaz de colocar a chave na porta? Para
	responder à questão 14 o paciente será encaminhado até a porta da enfermaria para abri-la.
15-Dizer as horas	É capaz de dizer as horas? Para responder à questão
(42)	15 será oferecido o relógio do entrevistador para
	que o paciente enumere as horas.
16-Levantar-se, andar alguns passos e voltar a sentar-se	É capaz de levantar-se, andar alguns passos e
	voltar a sentar-se? Para responder à questão 16 será colocada uma cadeira à distância de 10 metros da cama e o paciente será convidado a sentar e a levantar, andar até a cama.

Apêndice D - Kits de materiais para avaliação objetiva dos itens AIVD da escala

ITENS/AIVD *KITS*/AIVD Serão oferecidos um kit com medicações Medicações – é capaz de realizar a (maquetes) diversas de uso do paciente e com guarda, o reconhecimento e a ingestão? uma escala de horários para que ocorra a separação para o horário simulado (nome, dose e horário de uso). Simular a ingestão dos medicamentos na dose certa, no horário e guarda dos demais no kit. Oferecer seis reais e oitenta centavos em moedas (R\$6,80) ao paciente. Estas moedas serão divididas em: quatro (4) de um real Manusear dinheiro (R\$1,00); duas (2) de cinquenta centavos (R\$ 0,50); duas (2) de vinte e cinco centavos R\$0,25); três (3) de dez centavos (R\$0,10) e quatro (4) de cinco centavos (R\$0,05). Aqui o entrevistador solicitará ao paciente retirar três reais e oitenta centavos (R\$3,80) dos seis reais. Após a separação dos R\$3,80 fará uma compra usando todo o valor.

3- Fazer compras



Oferecer os três reais e oitenta centavos (R\$3,80), já separados na questão 03. Aqui ocorrerá a simulação de uma compra de frutas. Uma cesta de frutas, identificadas com valores de cinco centavos (R\$0,05), dez centavos (R\$0,10), vinte e cinco centavos (R\$0,25), cinquenta centavos (R\$0,50), real (R\$1,00).As frutas selecionadas para simulação serão de material não perecível e de fácil higienização (plástico) dividas em: duas (2) bananas, dois (2) limões, três (3) laranjas, duas (2) maçãs, duas (2) mangas, duas (2) peras, dois (2) pêssegos e uma (1) mexerica, totalizando dezesseis (16).

TOTAL--/3

Período	Medicação/ nome
Manha	6 - 8 - 10 -12 h
Tarde	14 – 16 – 18 h
Noite	20 – 22 – 24 h