FERNANDA PRETTI CHALET FERREIRA

**Adaptação transcultural da versão brasileira do
interRAI-Home Care: avaliação multidimensional em
assistência domiciliar**

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

**São Paulo
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Ferreira, Fernanda Pretti Chalet

Adaptação transcultural da versão brasileira do *interRAI-Home Care* :
avaliação multidimensional em assistência domiciliar / Fernanda Pretti Chalet
Ferreira. -- São Paulo, 2015.

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.Avaliação geriátrica 2.Serviços de assistência domiciliar
3.Idoso 4.Idoso fragilizado 5.Administração de caso 6.Avaliação em saúde
7.Sistemas de informação.

USP/FM/DBD-091/15

Aos meus professores, pessoas que respeito e admiro
pela missão como facilitadores da aprendizagem.

Em especial, à Helena Izzo, minha primeira e principal
fonte de inspiração na atuação em Gerontologia e
exemplo de trabalho feito com brilho nos olhos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Wilson Jacob Filho, pela orientação, exemplo e pelos diálogos norteadores para a conclusão dessa etapa.

À Profa. Dra. Angélica Massako Yamaguchi, pessoa e profissional íntegra, pela generosidade exposta nas conversas durante o andamento da pesquisa e com quem aprendo sobre as potencialidades desse trabalho. Minha eterna gratidão pela confiança depositada em mim.

Aos meus pais, pela base da minha formação, respeito, liberdade e incentivo para eu seguir os meus objetivos com responsabilidade e amor.

Às minhas irmãs, Mariana e Luísa, pela amizade e apoio nas etapas da minha vida.

Aos meus familiares, amigos e ao Eduardo, pela compreensão e carinho.

À equipe do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (NADI-HCFMUSP), que me acolheu e permaneceu acessível para a troca de saberes, base do trabalho interdisciplinar conduzido com maestria por seus profissionais.

Aos funcionários do Núcleo de Apoio à Pesquisa e Ensino em Geriatria e Gerontologia (NAPPEGG) e secretárias do NADI-HCFMUSP, pelo auxílio em questões administrativas.

Ao grupo da pesquisa PrevQuedas-Brasil, equipe primorosa, na qual tive oportunidade de aprender sobre persistência e importância da pesquisa científica, mas sem descartar o valor do afeto e da construção de vínculos.

Ao Prof. Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal, e às Profa. Dra. Sandra Marcia Ribeiro Lins de Albuquerque, Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri e Profa. Dra. Angélica Massako Yamaguchi, integrantes da comissão de especialistas da adaptação transcultural, que acrescentaram qualidade a essa pesquisa com críticas e opiniões valorosas.

Aos amigos e colegas de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Parque Santa Rita e Vila Espanhola, pelo incentivo e reflexões sobre boas práticas em saúde.

Aos idosos, aos cuidadores e às famílias, que abriram as portas de suas casas ao participarem desse estudo e permitiram a sua concretização.

“Devia ou não devia contar-lhe, por motivos de talvez. Do que digo, descubro, deduzo.

Será, se? Apalpo o evidente?

Tresbusco. Será este nosso desengonço e mundo o plano - intersecção de planos - onde se completam de fazer as almas?

Se sim, a “vida” consiste em experiência extrema e séria; sua técnica - ou pelo menos parte - exigindo o consciente alijamento, o despojamento, de tudo o que obstrui o crescer da alma, o que atulha e soterra? Depois, o “salto mortale”... - digo-o do jeito, não porque os acrobatas italianos o aviventaram, mas por precisarem de toque e timbre novos as comuns expressões, amortecidas... E o julgamento-problema, podendo sobrevir com a simples pergunta: - “Você chegou a existir?”.

Trecho de *O espelho – Primeiras estórias*

João Guimarães Rosa

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação 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. Serviço 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: Serviços de Biblioteca e Documentação; 2011.

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

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO	2
1.1 Envelhecimento	2
1.2 Atenção domiciliar	3
1.3 Avaliação geriátrica ampla	6
1.4 Gerenciamento de casos	7
1.4.1 Gerenciamento de casos no Brasil	11
1.6 <i>InterRAI</i>	12
1.6.1 <i>InterRAI-Home Care</i>	16
1.7 Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas	18
1.7.1 Adaptação transcultural	18
1.7.2 Avaliação das propriedades psicométricas	20
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivo específico	24
3 MÉTODOS	26
3.1 Tipo de estudo	26
3.2 Adaptação transcultural do <i>interRAI-HC</i>	26
3.3 Amostra	26
3.4 Coleta de dados	27
3.5 Procedimentos	27
3.5.1 Tradução e retro tradução	27
3.5.2 Comissão de especialistas	28
3.5.3 Pré-teste	28
3.6 Ética	29

3.7 Análise de dados	29
4 RESULTADOS	31
4.1 Tradução e retro tradução.....	31
4.2 Comissão de Especialistas	31
4.3 Pré-teste.....	36
5 DISCUSSÃO.....	43
6 CONCLUSÃO.....	55
7 ANEXOS.....	57
7.1 Anexo A – Autorização para a adaptação transcultural e validação do <i>interRAI-HC</i>	57
7.2 Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	58
7.3 Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
8 REFERÊNCIAS	62
9 APÊNDICES	
9.1 Apêndice A - Quadro 1 – Resultado das modificações sugeridas pela comissão de especialistas	
9.2 Apêndice B – Instrumento InterRAI-Assistência Domiciliar	

LISTA DE SIGLAS ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AD	Atenção Domiciliar
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AVD	Atividades de Vida Diária
CAPpesq	Comitê de Ética em Pesquisa
CAPs	<i>Clinical Assessment Protocols</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPS	<i>Cognitive Performance Scale</i>
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
GC	Gerenciamento de Casos
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
GDS-15	<i>Geriatric Depression Scale</i> de 15 pontos
HC/FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<i>heiQ</i>	<i>Health Education Impact Questionnaire</i>
ILPIs	Instituição de Longa Permanência para Idosos
<i>InterRAI</i>	<i>International Resident Assessment Instrument</i>
<i>interRAI-AC</i>	<i>interRAI-Acute Care</i>
<i>interRAI-HC</i>	<i>interRAI- Home Care</i>
MDS-ADL	<i>Minimum Data Set - Activities of Daily Living Long Form</i>
MDS-HC	<i>Minimum Data Set-Home Care</i>
MDS-RAI	<i>Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument</i>
MEEM	Mini Exame do Estado Mental

MIF	Medida de Independência Funcional
NADI	Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar
RT	versão retro traduzida
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
T	versão traduzida

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas do processo de adaptação transcultural	41
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de modificações do <i>interRAI-HC</i> distribuídos por seção após consenso da comissão de especialistas.....	32
Tabela 2	Caracterização dos participantes da etapa pré-teste (N=30).....	37
Tabela 3	Análise descritiva do domínio apoio social e cuidados recebidos.	38
Tabela 4	Compreensão dos entrevistados em relação ao conteúdo das questões e alternativas de respostas.....	39

RESUMO

Ferreira FPC. *Adaptação transcultural da versão brasileira do interRAI-Home Care: avaliação multidimensional em assistência domiciliar* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

O acelerado processo de envelhecimento populacional é desafiador para a elaboração de estratégias de atenção à saúde nos diferentes níveis de complexidade. Em concordância com a integralidade do cuidado em assistência domiciliar, o *interRAI-Home Care* é um exemplo de avaliação multidimensional utilizado em vários países na gerência de casos, gestão em saúde pública e cooperação internacional na busca de melhores soluções para gestão de saúde. As características culturais e do funcionamento dos serviços de assistência domiciliar podem influenciar o processo de adaptação transcultural e uso desses instrumentos. Os objetivos desse estudo foram realizar a adaptação transcultural do *interRAI-Home Care* para a população brasileira e verificar a validade de conteúdo e face da versão em português brasileiro em um serviço de assistência domiciliar. Foram seguidas as etapas do processo de adaptação transcultural com tradução do instrumento, retro tradução para a língua de origem, avaliação de equivalência das versões do instrumento por uma comissão de especialistas e pré-teste com aplicação da versão pré-final em uma amostra selecionada por conveniência de 30 indivíduos (n=30), matriculados e atendidos no Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os resultados mostram que os procedimentos para a adaptação transcultural foram realizados com ajustes necessários para garantir a equivalência de conteúdo das versões original, traduzida e retro traduzida após revisão e consenso da comissão de especialistas. Na fase pré-teste, verificou-se compreensão de todos os itens da versão pré-final por parte dos entrevistados e concordância entre os avaliadores $\geq 85\%$ para cada item do instrumento, obtendo-se a versão final do *interRAI-Home Care*, traduzido e adaptado para o português, *interRAI-Assistência Domiciliar*. Conclui-se que a adaptação transcultural de um instrumento de avaliação multidimensional em assistência domiciliar foi realizada com verificação da validade de conteúdo e face dos itens do instrumento e elaboração da versão brasileira do *interRAI-Home Care*, em português brasileiro, *interRAI-Assistência Domiciliar*. Em etapas futuras,

sugere-se a avaliação das propriedades psicométricas do interRAI-Assistência Domiciliar para viabilizar o seu uso e aplicabilidade prática em nosso meio.

Descritores: Avaliação geriátrica; Serviços de assistência domiciliar; Idoso; Idoso fragilizado; Administração de caso, Avaliação em saúde, Sistemas de informação.

SUMMARY

Ferreira FPC. *Cross-cultural adaptation of the brazilian version of the interRAI-Home Care: multidimensional assessment in home care*. [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2015.

The accelerated population aging process is challenging for health care strategies development at different levels of complexity. In agreement with the integrality of care in home care, the interRAI-Home Care is an example of multidimensional assessment used in different countries in case and public health management and international cooperation for better solutions to health management. The culture and functioning of home care services can influence the process of cross-cultural adaptation and use of these instruments. This study aims to perform the cross-cultural adaptation of interRAI-Home Care for the Brazilian population and verify the content and face validity of the Brazilian Portuguese version in a home care service. Cross-cultural adaptation process stages were followed with translation, back translation, assessment of equivalence by an expert committee and pretesting with the pre-final version in a sample selected by convenience of 30 subjects (n = 30) registered and attended by the Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. The results shows that the procedures for cross-cultural adaptation were carried out with adjustments to ensure the equivalence of content of the original, translated and back translated versions after the committee experts review and consensus. Pretesting resulted in understanding of all items in the pre-final version by the interviewees and agreement between observers $\geq 85\%$ for each item of the instrument thus obtaining the final version of interRAI-Home Care, translated and adapted to Brazilian Portuguese, interRAI-Assistência Domiciliar. In conclusion, the cross-cultural adaptation of a home care multidimensional assessment instrument was performed with statement of content and face validity of the instrument items and development of brazilian interRAI-Home Care version, in Brazilian Portuguese, interRAI-Assistência Domiciliar. In future steps, we suggest the evaluation of the psychometric properties of the interRAI-Assistência Domiciliar to enable its use and practical applicability in home care in Brazil.

Descriptors: Geriatric assessment; Home care services; Aged; Frail elderly; Case management; Health evaluation; Information systems.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento

O envelhecimento populacional é um fenômeno ascendente e global. Considerando as consequências sociais, econômicas e de saúde trazidas com o processo de envelhecimento, os países enfrentam o desafio de construir estratégias de atenção à saúde que contemplem as necessidades dessa população¹. A responsabilidade de expandir alternativas de cuidado a esse contingente crescente de indivíduos depende do grau de sensibilização ao problema por parte da sociedade, dos profissionais e gestores².

No Brasil, o envelhecimento ocorre de forma radical. O processo de transição demográfica e epidemiológica brasileiro é caracterizado por um ritmo acelerado de mudanças nos níveis de fecundidade e mortalidade, condicionantes da evolução de uma população. Quando associadas às variáveis, idade e sexo, elas também influenciam no crescimento demográfico e no aumento do número de pessoas idosas (60 anos ou mais)³. Comparando-se os anos de 1940 e 2000, a proporção de idosos brasileiros mais que dobrou, mudando de 4,1% para 8,16% da população total. Esses números ilustram a transição demográfica brasileira, com mudança de um regime com alta natalidade e alta mortalidade para o atual, com baixa natalidade e baixa mortalidade⁴. Houve diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônico-degenerativas⁴. Ou seja, uma transição epidemiológica com mudança dos padrões de saúde e doença⁵. As evidências demográficas alertam sobre a importância de estratégias assistenciais favoráveis para um envelhecimento com qualidade⁶.

À medida que o Brasil envelhece, vários fatores interferem para aumentar a sobrevivência e parcela de indivíduos muito idosos (80 anos ou mais)⁴. Porém, ao viver mais, aumenta-se o número de doenças crônico-

degenerativas, desenvolvimento de incapacidades, declínio funcional, risco de dependência e institucionalização⁷, contexto desafiador para a atuação dos profissionais de saúde, implantação de tecnologias de gestão clínica e recursos para o gerenciamento de casos crônicos através de políticas públicas de impacto nacional⁸.

Em geral, os idosos são potenciais usuários dos serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior devido às múltiplas comorbidades⁹. Os grandes centros urbanos brasileiros apresentam um padrão demográfico semelhante ao dos países desenvolvidos, porém a infraestrutura de serviços ainda mostra-se insuficiente para suprir essa demanda, sendo necessárias outras alternativas assistenciais¹⁰.

1.2 Atenção domiciliar

A atenção domiciliar (AD) é uma estratégia de atenção à saúde frente às necessidades de serviços para pessoas em condições crônicas^{11,12}, sendo uma prática reconhecida e incorporada ao Sistema Único de Saúde como modalidade complementar¹³.

O cuidado domiciliar surgiu como uma alternativa para evitar internações hospitalares, reduzindo custos e estimulando a autonomia do paciente, o qual pode executar as suas atividades de acordo com a sua vontade. No domicílio é imprescindível a participação do cuidador e da família como corresponsáveis pelo cuidado¹⁴.

Segundo Duarte e Diogo¹⁵ a AD é uma prática recente no Brasil. A sua implantação começou a ser planejada em 1967 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, com foco na desospitalização dos pacientes crônicos estáveis para desocupar leitos em cuidados de baixa complexidade clínica. Atualmente, com o aumento da população idosa, a AD garante um amplo campo de trabalho para os profissionais de saúde nos serviços públicos e privados¹¹.

No Brasil, a implantação dos serviços de AD passou a ser reconhecida e assegurada com a aprovação da Política Nacional da pessoa idosa em 2006¹⁶. Em 2011, a Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011¹⁷ instituiu a AD no âmbito do SUS organizada em três modalidades: AD 1, AD 2 e AD 3. De acordo com o grau de complexidade dos problemas de saúde do usuário, os serviços de AD deverão ser ofertados na atenção primária com as equipes de Saúde da Família por meio de visitas domiciliares, nos serviços ambulatoriais, de urgência e emergência e hospitalar através da assistência de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Cada serviço deverá seguir critérios para organizar a frequência de atendimentos, composição da equipe multiprofissional, uso de recursos e equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Como termo genérico, a AD é caracterizada por qualquer ação em saúde feita em domicílio independente da complexidade ou objetivo do atendimento¹⁸. O termo AD também está relacionado aos procedimentos realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente, como cuidados pessoais, de atividades de vida diária (AVD), com medicação, realização de curativos e cuidados com úlceras e estomias. Além desses, outros recursos tecnológicos também podem ser disponibilizados, como nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, serviço médico e de enfermagem 24 horas/dia e uma rede de apoio para diagnóstico e outras medidas terapêuticas¹⁹. A assistência realizada no domicílio é vantajosa quando comparada com a internação hospitalar por apresentar redução de custos, mortalidade, readmissões hospitalares e melhorar a satisfação do paciente e cuidador²⁰.

Segundo a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013²¹ a AD e os serviços de AD são definidos como:

- Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;
- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

No mesmo documento é apresentada a definição de cuidador, pessoa com ou sem vínculo com o usuário, capacitado para auxiliá-lo em suas AVDs²¹.

Os objetivos da assistência domiciliar caracterizam-se pela humanização do atendimento, maior recuperação do paciente, diminuição do risco de infecção hospitalar, otimização de leitos hospitalares, redução do custo/dia da internação, aproximação dos familiares, prevenção de eventuais sequelas e redução de internações por recidivas^{15,22}.

Inseridos no conceito de assistência, a internação domiciliar e o atendimento domiciliar são realizados através de uma equipe multiprofissional, composta, em geral, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo atuando de forma interdisciplinar²². Na assistência à saúde, o enfoque à autonomia do paciente deve ser precedido pelo respeito à família, residência do indivíduo²³ e participação do cuidador, formal ou informal²⁴.

Assim, considerando a oferta de serviços de AD, verifica-se que a demanda abrange diferentes perfis de pacientes, desde indivíduos com maior independência funcional, que necessitam de acompanhamento longitudinal menos frequente, àqueles com perfil de fragilidade clínica importante, necessitando de maior suporte, recursos e estrutura do serviço. Nesse aspecto, independente do perfil, a AD contempla variados contextos e incapacidades apresentadas pelo paciente, sendo fundamental avaliá-lo de forma global como estratégia preventiva de agravos e para o planejamento terapêutico.

Diante da realidade mundial de envelhecimento populacional e do crescente número de idosos com doenças crônicas incapacitantes, a AD conta com tecnologias e sistemas de avaliação abrangentes, assegurando os profissionais sobre o rastreo de problemas de saúde frequentes na população idosa e condutas baseadas em evidências que atendam às necessidades dos pacientes²⁵. Nessa lógica, um dos instrumentos utilizados em serviços de geriatria e gerontologia, incluindo a AD, é a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA).

1.3 Avaliação geriátrica ampla

O paciente idoso diferencia-se dos demais ciclos de vida em diversos aspectos, especialmente por apresentar manifestações clínicas e funcionais sistêmicas. As alterações decorrentes do envelhecimento são comuns à população idosa em geral, com modificações decorrentes de alguns fatores, como sexo, origem, local de moradia, história de vida e características pessoais individuais²⁶. Atribui-se às alterações relacionadas à senescência, ou seja, associadas ao envelhecimento normal, medidas de avaliação para prevenir e prever um envelhecimento patológico (senilidade). Essas medidas de avaliação precisam ser abrangentes e multidimensionais quanto aos domínios avaliados para garantir a investigação dos fatores de risco, sintomas e sinais multifatoriais apresentados por um indivíduo, melhorando as abordagens de tratamento²⁷.

Em geriatria e gerontologia, o termo utilizado para esse tipo de medida é avaliação geriátrica ampla ou abrangente (AGA). A AGA foi introduzida na prática clínica multiprofissional há mais de trinta anos com o objetivo de identificar problemas de saúde clínicos, psicossociais e funcionais em idosos. Uma avaliação ampla é conduzida a partir da interação entre fatores relacionados ao paciente, como saúde, funcionalidade e ambiente, e à própria equipe, como o cuidado interdisciplinar e as relações interpessoais²⁸.

Dessa maneira, melhora-se o detalhamento da avaliação, planejamento terapêutico, qualidade dos cuidados e acompanhamento longitudinal²⁹.

A aplicabilidade da AGA já foi confirmada em um estudo de metanálise³⁰ poucos anos após a sua difusão. Nesse estudo, 28 ensaios clínicos foram divididos em grupo controle e intervenção, sendo o último composto por pesquisas que aplicavam diferentes modelos de AGA de acordo com cinco modalidades de serviços: unidade hospitalar de avaliação e acompanhamento geriátrico, internação hospitalar, assistência domiciliar, internação domiciliar e avaliações em outros serviços fora do hospital. Os autores verificaram que os modelos de AGA são capazes de melhorar a sobrevida e funcionalidade, especificamente no contexto domiciliar houve uma redução de mortalidade em até 14%.

Em idosos assistidos em domicílio, soma-se a essas evidências a redução significativa no uso de serviços de urgência e emergência quando os cuidados são ofertados no modelo de gerenciamento de casos³¹.

1.4 Gerenciamento de casos

O conceito de gerenciamento de casos (GC) foi introduzido no contexto da saúde no início dos anos 1940 com as práticas individuais por procedimentos e ampliado a partir dos anos 1970 com as medicinas de grupo. Com a expansão dos sistemas integrados de prestação de serviços de saúde na década de 1990, percebeu-se a necessidade de reorganizar os modelos de cuidado baseados na gestão de doenças e quadros agudos³². A Sociedade Americana de Gerenciamento de Casos (*The Case Management of America*)³³ define-o como:

Um processo colaborativo de avaliação, planejamento, facilitação e defesa de opiniões e serviços para contemplar as necessidades de saúde do indivíduo através de recursos de comunicação, promovendo qualidade e resultados com custo-benefício.

Essa definição possui como eixo estrutural o papel do gerente de caso, usualmente um profissional de enfermagem inserido em uma equipe multiprofissional, como coordenador dos processos envolvidos na assistência à saúde do indivíduo e seus familiares. A equipe de saúde ou o gerente de caso devem garantir a atenção do paciente durante todo o processo de cuidado, julgando quais recursos e procedimentos serão necessários. Portanto, o gerente de caso é o profissional articulador responsável pela gestão da saúde do paciente e faz uso da comunicação como instrumento primordial para tal função. Os enfermeiros são vistos como profissionais para gerenciar casos por possuírem conhecimento clínico, habilidade de cuidado abrangente e bom vínculo com o paciente. O GC é estabelecido a partir da articulação em rede com outros serviços e cumprimento de um plano de tratamento elaborado dentro das necessidades de saúde identificadas³⁴.

Considerando a gestão clínica como um conceito mais amplo para a melhoria da qualidade da atenção à saúde³⁵, o GC é uma tecnologia para a microgestão das atividades clínicas nos sistemas integrados de saúde. A sua terminologia é utilizada de acordo com o local de prática, com variações como: cuidado gerenciado, gerenciamento de cuidado, gerenciamento de caso de enfermagem, competição gerenciada, entre outros. Em comum, todas as definições abordam o foco no indivíduo e na continuidade do cuidado nos diferentes pontos de atenção à saúde³⁶.

A estrutura do GC engloba objetivos diversos, como avaliar as necessidades dos clientes, encaminhar até outros recursos e garantir a prestação e identificação dos serviços. Esses objetivos condizem com a população alvo assistida: indivíduos com comorbidades e doenças de alto nível de complexidade, as quais demandam altos custos para o sistema de saúde. Nos Estados Unidos, o GC vem sendo utilizado na assistência social e na saúde de idosos, usuários de drogas, pessoas com deficiência e populações em risco³⁴.

Além de garantir a integralidade do cuidado, os principais resultados avaliados no sistema de GC são³⁷:

- Qualificação do cuidado e oferta de benefícios para a população alvo;
- Manutenção do paciente o menor tempo possível nos serviços de alta complexidade;
- Uso de recursos de gestão, como protocolos, tomadas de decisões baseadas em evidências e diretrizes;
- Controle de custos e garantia de resultados eficazes no processo de cuidado.

Em um estudo realizado no Reino Unido, Lupari et al.³⁸ propuseram-se a medir o impacto do GC providos por enfermeiras em idosos da comunidade com multicomorbidades nos seus domicílios. Observou-se que o GC possui um impacto positivo para o paciente, para a equipe de saúde e no cuidado. Os pacientes e cuidadores também perceberam melhora na comunicação e na coordenação dos serviços, porém não se observou impacto direto no número de admissões, tempo de permanência no hospital ou custos.

Alguns autores propõem que o gerenciamento de casos é eficaz quando realizado junto com modelos de gerenciamento de doenças, como diabetes e insuficiência cardíaca, e quando estão associados com orientações educacionais ou outras intervenções de suporte^{39,40}.

No decorrer dos anos e das práticas em saúde coletiva, outros conceitos surgiram a partir do GC, o qual se insere em um contexto mais abrangente na definição de cuidados integrados em redes de atenção. Em concordância com o envelhecimento populacional e a sua repercussão nos serviços de saúde, a assistência domiciliar e os cuidados comunitários são alternativas para a redução dos custos com institucionalizações, porém alguns autores afirmam sobre a fragmentação dos serviços de saúde, distanciados pela falta de comunicação entre os mesmos e dificuldade para coordenar serviços multiprofissionais^{41,42}.

Em uma revisão sistemática, Low et al.⁴³ evidenciaram que o GC melhora os desfechos clínicos, diminui admissões em instituições, uso de hospitais e serviços de saúde.

Nos Estados Unidos, um outro tipo de modelo de cuidados em saúde surgiu como alternativa complementar ao GC. Em inglês, o *guided care*, engloba o GC, gerenciamento da doença, autogerenciamento, cuidados de transição e apoio ao cuidador. Nesse modelo, a atenção primária é base do processo de gerenciamento das condições crônicas de saúde. O uso de serviços e a construção da articulação em rede concentram-se na enfermeira gerente de caso e no médico de família responsável pelos indivíduos residentes em uma determinada região⁴⁴. O *guided care* é um sistema de cuidado em saúde com ampliação do conceito de GC proposto pela Sociedade Americana de Gerenciamento de Casos³³ e apresenta os seguintes procedimentos para a sua efetivação: avaliação do paciente em domicílio, plano de cuidados baseado em evidências, empoderamento do paciente para autogerenciamento, monitoramento do paciente em outros serviços, coordenação entre os locais e os prestadores de cuidados, educação e suporte aos cuidadores e contato com os recursos da comunidade. Em estudos pilotos, verificou-se que o *guided care* melhorou a qualidade de vida dos pacientes em condições crônicas, especialmente a comunicação e coordenação entre os provedores de cuidados. Os médicos verificaram que houve otimização do tempo ao comunicarem-se diretamente com a enfermeira responsável, por exemplo para referenciar um paciente para outro serviço e contatos com outros níveis de atenção. As famílias e os pacientes também demonstraram satisfação com a proposta e houve redução dos gastos em até 23% com seguro-saúde quando comparados os pacientes que receberam o *guided care* e os pacientes que receberam cuidados usuais^{45,46}.

Os autores citam que a aplicação prática do *guided care* e os gastos para implantação desse sistema de cuidado ainda está em análise em um ensaio clínico multicêntrico realizado em Baltimore/ Whashington⁴⁴.

1.4.1 Gerenciamento de casos no Brasil

No contexto brasileiro, o gerenciamento de casos de populações vulneráveis, como os idosos, mostra-se ainda tímido e pouco eficaz³⁴. Historicamente, as políticas com foco na pessoa idosa apresentaram avanços importantes, porém ainda possuem desafios que dificultam a organização do sistema em redes de atenção⁸. Segundo Portela e Martins⁴⁷ o GC é direcionado para pacientes de alto risco ou condições crônicas de maior complexidade que demandam maior uso de serviços, adequando os recursos às necessidades do paciente. O reconhecimento da singularidade de cada caso é primordial em situações de vulnerabilidade e requer projetos terapêuticos específicos.

Em uma revisão crítica da literatura, Veras et al.⁴⁸ ilustram como funcionam as redes de atenção à saúde de idosos frágeis no Brasil a partir da busca de serviços de assistência integrados e avaliação de efetividade. Os idosos possuem necessidades específicas e os modelos de atenção a esse segmento populacional precisam ser centrados na pessoa, com atenção organizada de forma integrada e cuidados na lógica de redes. Os autores identificaram apenas cinco programas com serviços integrados, nos quais o GC era parte do processo estrutural dos modelos. Verificou-se que a articulação em rede reduz as admissões hospitalares, os gastos para o sistema financiador, postergam a perda funcional em idosos, melhoram a satisfação e qualidade de vida dos usuários e familiares.

O cuidado do paciente precisa ser gerenciado desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida, com a interlocução dos serviços em todos os níveis. Na atenção primária, os modelos de atenção ao idoso ainda encontram-se limitados pela lógica das políticas de saúde baseadas em doenças, quando deveriam dar ênfase em projetos preventivos e resolutivos de acompanhamento contínuo e integral⁴⁹. Essa configuração mostrou-se mais vantajosa para os sistemas de saúde, os pacientes e seus familiares, melhorando os desfechos^{48,50,51}.

No Brasil, faz-se necessário expandir a prática do gerenciamento de casos a partir do uso de instrumentos de avaliação ampla para identificar e tratar os impactos dos determinantes de saúde em uma população. A garantia da integralidade do cuidado com otimização dos recursos disponíveis envolve custos e é um dos desafios para sistemas de saúde ao redor do mundo. Muitos idosos são hospitalizados em decorrência de falhas ou ausência de planejamento prévio e alguns serviços, como a AD, são opções de cuidados contínuos a favor da desospitalização.

Em um estudo realizado na Itália⁵², quatro empresas de *home care* com um total de 1024 pacientes avaliados com o *Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC)*, participaram da investigação sobre o efeito desse tipo de AGA em assistência domiciliar no uso de hospitais, incluindo a redução de custos com admissão e dias de internação. Os autores compararam a taxa de internação antes e após implantar a AGA nos serviços. Houve redução do número de hospitalizações em 18% após o uso do *MDS-HC*, associado com redução dos custos em aproximadamente \$1200 por paciente. Os autores também concluíram que houve maior aproximação dos gerentes de caso com os profissionais da atenção primária e médicos de família. O gerente de caso tornou-se referência e corresponsável pela saúde dos pacientes, contemplados integralmente através desse modelo. Assim, conclui-se que os serviços de assistência domiciliar com integração e gerenciamento de casos podem reduzir os gastos hospitalares com idosos frágeis e repercutir no empoderamento do gerente de caso.

1.6 InterRAI

Atualmente, na medicina baseada em evidências, as pesquisas de eficácia clínica e os indicadores de desempenho e qualidade são temas de publicações frequentes na literatura. Porém, para a população de idosos frágeis em contextos comunitários e institucionais existem poucas

evidências, pois esse é um perfil de amostra normalmente excluído de ensaios clínicos⁵³.

Um dos métodos utilizados para avaliar a condição de saúde dessa população é a padronização das medidas de AGA, que incluem domínios de saúde, psicossociais e funcionais, contribuindo para a disseminação de informações clínicas e planos de tratamento de idosos. As necessidades individuais das pessoas devem ser avaliadas, independentemente do seu local de moradia, para incentivar a elaboração de políticas públicas baseadas em necessidades de saúde. Para atingir essa meta, as medidas de avaliação precisam ser padronizadas garantindo a uniformidade de comunicação nos serviços e incluir escalas de avaliação com domínios pertinentes à saúde da população idosa, como AVD, comunicação, função cognitiva, humor, qualidade de vida, condição social e outros⁵³.

Sobretudo nos países desenvolvidos, acontece um processo de desinstitucionalização dos casos crônicos, em geral associados à população idosa. Os sistemas de saúde buscam aprimorar os cuidados através da articulação entre os serviços disponíveis em uma rede de cuidados. As pessoas idosas utilizam e transitam muito entre os serviços, os quais precisam de integração e comunicação intersetorial^{54,55}.

Assim, cria-se um movimento para repensar a forma como essa comunicação é estabelecida e se existe necessidade de mudanças para tornar qualquer tipo de informação acessível aos provedores de serviços e gestores. No contexto apresentado, estão inseridas organizações internacionais com a proposta de padronizar a linguagem e as práticas em saúde fundamentadas na singularidade do indivíduo idoso, como a *interRAI*.

A *International Resident Assessment Instrument (interRAI)* é uma organização sem fins lucrativos formada por pesquisadores, profissionais e gestores de saúde atuantes em mais de 30 países. A história da *interRAI* iniciou-se em 1986, quando o governo norte-americano solicitou à Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos (*US National Academy of Sciences*) e ao Instituto de Medicina (*Institute of Medicine - IOM*) a avaliação da qualidade e regulamentação das Instituições de Longa Permanência para

Idosos (ILPIs). Após dois anos e meio de pesquisa em campo, uma comissão de especialistas elaborou um relatório sobre a necessidade de desenvolver um instrumento de avaliação novo, abrangente e aplicável em ILPIs para melhorar a qualidade dos cuidados. Desde aquela época e até o momento presente, a avaliação ampla de saúde inclui os aspectos físicos, cognitivos, sociais e funcionais como indicadores de qualidade, orientando a elaboração de planos terapêuticos individualizados. O relatório do Instituto de Medicina deu origem à elaboração do *Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument* (MDS-RAI) em 1990, um instrumento composto por medidas baseadas em evidências e financiado pela Secretaria da Qualidade de Saúde norte americana. A primeira versão do *MDS-RAI* foi implantada em quase todas ILPIs dos Estados Unidos até o ano de 1992, mesmo ano de fundação da *interRAI*⁶⁶.

A evolução dos instrumentos de avaliação pode ser dividida em três tipos ou gerações. Os instrumentos de primeira geração são as escalas independentes estruturadas para avaliar apenas um constructo, como a escala Barthel de AVDs⁵⁷, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁵⁸ e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS)⁵⁹. Esses métodos são muito úteis para testes psicométricos de confiabilidade e validade, porém não podem ser integrados como um instrumento multidimensional de avaliação. Já os instrumentos de segunda geração possuem essa característica, pois abrangem diversos domínios clínicos com aplicabilidade em variados contextos. Além do registro das funções nos domínios, permitem a elaboração de planos de cuidado e protocolos assistenciais, nomeados pela *interRAI* como *Clinical Assessment Protocols* (CAPs). Cada serviço possui um CAPs norteador para as condutas baseadas em evidências atuais da literatura. As informações podem ser compartilhadas entre serviços locais e internacionais com uma base dados em comum⁶⁰. O *MDS-RAI* foi considerado um instrumento de avaliação de segunda geração por contemplar diversos domínios de saúde e representa um avanço para a AGA^{61,62}.

O impacto do envelhecimento populacional no setor saúde e a evolução das práticas em gerenciamento de casos estimulou a *interRAI* a desenvolver outros instrumentos, transformando as avaliações em medidas singulares de planejamento e gestão de casos.

Os instrumentos utilizados possuem domínios centrais em comum (*core items*) com definições, classificações e interpretações iguais, permitindo a comparação dos dados de um mesmo indivíduo em diferentes serviços. Além dos domínios centrais, cada instrumento possui domínios específicos coerentes com o local de uso. Essa característica transforma as ferramentas da *interRAI* em avaliações de terceira geração, também incluindo pacientes crônicos e frágeis em pesquisas transculturais^{53,63}.

A partir do conceito de avaliação de terceira geração, os pesquisadores definiram quais seriam os itens centrais dos instrumentos e itens específicos de cada um. Alguns instrumentos são parecidos pois contemplam um perfil semelhante de usuários. Por exemplo, o *interRAI-Acute Care (interRAI-AC)* possui 68% dos itens do *interRAI- Home Care (interRAI-HC)*, garantindo a troca de informações. Os instrumentos são utilizados por avaliadores treinados que além de observar podem interagir com o paciente, cuidador e com a equipe. Quando há um déficit importante de comunicação ou cognição, a consulta com cuidadores e familiares torna-se necessária. Os autores sugerem treinamento moderado para aplicação do instrumento, com duração de dois a três dias para garantir reprodutibilidade e validade das medidas⁶⁰.

Desde a sua fundação em 1992 e com a experiência do *MDS-RAI*, a *interRAI* elabora instrumentos para serem utilizados em diferentes cenários de cuidado de acordo com o perfil dos indivíduos, como os cuidados comunitários, domiciliares, em saúde mental, agudos e pós-agudos, paliativos entre outros⁶⁴. Muitos países já aderiram ao pacote de instrumentos da *interRAI*, proposto como um sistema de informações, com indicadores de qualidade comprovados entre países da Europa, Canadá e Estados Unidos⁶⁵.

1.6.1 *InterRAI-Home Care*

Após o *MDS-RAI*, em 1994 a *interRAI* desenvolveu uma outra ferramenta para ser utilizada no contexto domiciliar, o *Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC)*⁶⁶. Com formato multidimensional e utilidade internacional reconhecida⁶⁷, o *MDS-HC* possui alta reprodutibilidade e validade na assistência domiciliar baseada em gerenciamento de casos, melhorando os cuidados^{66,68}, reduzindo admissões e custos hospitalares de idosos frágeis⁵².

Atualmente na versão 9.1, o *interRAI-Home Care assessment form – interRAI-HC*, é um instrumento de avaliação ampla originalmente com itens divididos em 20 seções que englobam dados de identificação e saúde geral do indivíduo: identificação, história de admissão, cognição, comunicação e visão, humor e comportamento, bem-estar psicossocial, capacidade funcional, continência, diagnósticos, condições de saúde, estado nutricional, condições da pele, medicação, tratamentos e procedimentos, responsabilidade, apoio social, avaliação ambiental, potencial para ter alta do serviço e estado geral, alta e informação sobre a avaliação.

O *interRAI-HC* não possui uma pontuação total, entretanto, assim como em outras ferramentas da *interRAI* alguns domínios resultam em escalas do próprio instrumento, como a *Cognitive Performance Scale (CPS)*⁶⁹. A CPS combina cinco itens para avaliação da função cognitiva: tomada de decisão, memória de curto prazo, memória processual, capacidade de se fazer compreender e capacidade para alimentação. Pontua-se a escala de acordo com um algoritmo para gerar sete categorias de comprometimento cognitivo, classificadas de zero (sem comprometimento) a seis (comprometimento cognitivo grave). Valores da CPS menores que três possuem correlação com pontuação no MEEM menor ou igual a 19⁶⁹.

No domínio referente ao humor, os sete primeiros itens sobre possíveis indicadores de depressão formam a escala *Depression Rating Scale (DRS)*, com escore total de 14 pontos⁷⁰. Pontuações um ou dois indicam risco médio para depressão e valores maiores ou igual a três indicam risco alto

para depressão. Os sete itens que compõem a escala foram validados a partir das escalas *The Cornell Scale for Depression in Dementia*⁷¹ e *Hamilton Depression Rating Scale*⁷² para diagnóstico de depressão. Durante a sua validação, verificou-se 91% de sensibilidade e 69% de especificidade para a nota de corte maior ou igual a três e correlação para o rastreio de depressão quando comparada com a *Geriatric Depression Scale* de 15 pontos (GDS-15)⁷⁰.

O domínio associado às atividades básicas de vida diária (ABVD) serve como base para algumas escalas, como a *Minimum Data Set - Activities of Daily Living long form (MDS-ADL)*. A classificação de cada tarefa é realizada a partir do desempenho do indivíduo e varia de zero (independência) a quatro (dependência total)⁷³. Na versão original do *MDS-HC*, a escala permite uma pontuação de zero a 28 e engloba sete ABVDs correlacionadas com o índice de Barthel⁷⁴.

A descrição de cada grau de dependência assemelha-se à escala da Medida de Independência Funcional (MIF)⁷⁵ com apresentação de níveis de assistência em porcentagens.

Alguns estudos já demonstraram a importância dos itens que compõem o *interRAI-HC*, provando reprodutibilidade boa a excelente e validade concorrente com outras escalas como o MEEM, o índice de Barthel e a escala de Lawton⁷⁴.

O *interRAI-HC* possui objetivos coerentes com a crescente demanda de indivíduos com necessidades de cuidados crônicos e pós-agudos, principalmente idosos. Com questões multidimensionais, o *interRAI-HC* pode ser usado como ferramenta de avaliação e rastreio para as equipes de AD na detecção de problemas de saúde e outros fatores associados com o cuidado, assegurando a autonomia e independência do indivíduo em seu local de moradia, o máximo possível. Através do aprofundamento das necessidades de saúde, avalia-se também os resultados da assistência prestada⁷⁶. Os autores sugerem que o processo de avaliação seja conduzido com base no seu manual de orientações, direcionado ao paciente e cuidadores no formato de entrevistas semiestruturadas e observação⁷⁶.

Para garantir a equivalência original dos instrumentos da *interRAI*, os mesmos precisam passar por um processo de adaptação transcultural e validação nos novos locais de aplicação e uso.

1.7 Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas

1.7.1 Adaptação transcultural

O processo de adaptação transcultural é uma combinação de etapas necessárias para garantir a adequação semântica da versão original de uma medida de aferição e da sua versão adaptada, bem como a adequação cultural dos itens ao contexto local. A literatura descreve alguns procedimentos metodológicos para serem seguidos⁷⁷⁻⁸⁴, porém, não existe consenso sobre o melhor método descrito e os pesquisadores devem optar por uma referência norteadora para o processo.

Alguns autores propuseram-se a identificar quais são os principais métodos utilizados durante o processo de adaptação transcultural na tentativa de criar um consenso ou um novo modelo, facilitando a comparação de dados de pesquisas. Como exemplo, em 2001, um grupo de pesquisadores⁸⁵ revisou doze *guidelines* sobre adaptação transcultural e identificou alguns problemas iniciais, como: ausência de padrão de terminologias e de consistência metodológica, falta de informação sobre como o processo deve ser feito e carência de um guia sobre como os resultados devem ser apresentados. O grupo decidiu criar um guia do tipo “*passo a passo*” elencando as dez etapas mais utilizadas e descritas no processo de tradução e as consequências de não segui-las. O guia elaborado pelo grupo é apresentado como um princípio de boas práticas na área de tradução e adaptação transcultural, contendo os riscos de omiti-las. Os autores concluem que é possível encontrar consenso nos processos adaptação transcultural através da análise de áreas de concordância, porém

são necessários mais avanços. Novamente, cabe ao pesquisador decidir qual método será utilizado.

Em um estudo realizado com a proposta de operacionalizar a metodologia da adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia, Reichenheim e Moraes⁸⁶ sugerem seis etapas de equivalência com base em conceitos universalistas definidos por Herdman, Fox-Rushby e Badia⁸¹: equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e funcional. Na análise de equivalência conceitual, realiza-se uma revisão bibliográfica envolvendo publicações originais do instrumento e da população onde ele será adaptado, discussão com especialistas e com a população-alvo. Essas duas últimas estratégias também representam a equivalência de itens. Para verificar a equivalência semântica, os processos sugeridos são: traduções da versão original, retro traduções, avaliação da equivalência semântica entre as retro traduções e a versão original, discussão com a população-alvo, discussão com especialistas para ajustes finais e pré-teste da versão obtida em uma amostra de indivíduos. A fase de equivalência operacional avalia a adequação do instrumento e do formato das questões, o contexto onde o instrumento será utilizado, o modo de aplicação e a categorização dos itens. Após as fases descritas, inicia-se a investigação quanto à equivalência de mensuração, ou seja, avaliações psicométricas para verificar a validade dos itens que compõem o instrumento, a confiabilidade e a validade de constructo e de critério da nova versão obtida. A partir da conclusão das cinco equivalências anteriores obtém-se a equivalência funcional do instrumento de aferição.

Ao término de todos os processos, o pesquisador deverá buscar falhas em etapas mal sucedidas ou que contribuíram negativamente para o resultado final. Discrepâncias psicométricas não significam necessariamente alguma falha importante no processo de adaptação em si e os resultados merecem ser debatidos caso a caso⁸⁶.

O processo de adaptação transcultural descrito por Guilemin (1993, 1995)^{80,87} e Beaton et al.⁷⁸ assemelha-se à fase de equivalência semântica descrita no estudo citado acima.

Segundo Beaton et al.⁷⁸ o processo de adaptação transcultural envolve algumas etapas, as quais requerem comparação com o instrumento original. Esse processo possibilita adequar e elevar ao máximo os componentes semânticos, idiomáticos, experimentais e conceituais do instrumento a ser adaptado, obtendo-se maior equivalência com a sua versão original. Para esses autores, as etapas que compõem o processo de adaptação transcultural de um instrumento são:

- Tradução do instrumento para a língua local;
- Retro tradução do instrumento para a língua de origem;
- Avaliação das versões do instrumento por uma comissão de especialistas;
- Pré-teste para aplicação do instrumento em uma amostra na sua versão pré-final.

Para que essa equivalência seja embasada é necessário manter as propriedades psicométricas do instrumento, como a sua confiabilidade e validade, as quais serão mensuradas em uma amostra maior da população-alvo⁷⁸.

1.7.2 Avaliação das propriedades psicométricas

Conceitualmente, confiabilidade e reprodutibilidade são termos sinônimos. A análise de confiabilidade indica o quanto repetidas aferições de um fenômeno estável, por pessoas e instrumentos diferentes, em diferentes momentos e lugares, têm resultados semelhantes^{88,89}. Hulley et al.⁸⁹ também associam confiabilidade com a definição de precisão, na qual uma medida é confiável quando apresenta alta precisão, podendo ser afetada por erros

aleatórios. Quanto maior o erro, menor é a precisão de uma aferição. As principais fontes de erro estão correlacionadas com variabilidade do observador, do instrumento e do sujeito avaliado. Uma aferição não-confiável não pode ser válida e uma aferição válida precisa ser confiável⁸⁸.

A confiabilidade pode ser medida através da correlação dos itens de um instrumento com o total (consistência interna), entre dois momentos de avaliação realizada pelo mesmo observador (teste-reteste ou intra observador), entre dois observadores (inter observador) e através da análise de resultados que se alteram junto com as condições clínicas que estão sendo medidas (responsividade)⁸⁸. Melhora-se a precisão de uma medida através da padronização dos métodos de aferição, treinamento dos observadores, otimização e automatização dos instrumentos e repetição⁸⁹.

A validade ou acurácia é o grau em que uma variável realmente representa o que deveria representar e associa-se com o grau em que os achados permitem inferências corretas sobre fenômenos que ocorrem na amostra do estudo e universo^{88,89}.

Em um instrumento de medida, questões individuais são desenvolvidas para medir fenômenos específicos, como sintomas, sensações, atitudes, conhecimentos, todos esses denominados constructos. Os agrupamentos de constructos formam uma escala, que segundo Fletcher e Fletcher⁸⁸ não possui validade presente ou ausente, mas argumenta-se a favor ou contra a as condições em que ela é utilizada.

A validade das aferições é estabelecida através de^{88,89}:

- Validade de conteúdo: capacidade de um método específico de aferição de representar todos os aspectos dos fenômenos através de julgamentos subjetivos. Uma das formas de mensurar a validade de conteúdo é através do julgamento de especialistas;
- Validade de face: também denominada validade aparente, diz respeito à forma com que o conteúdo de um método de aferição é apresentado e se a sua linguagem faz sentido;

- Validade de constructo: capacidade de uma aferição de relacionar-se de forma coerente com outras medidas que podem fazer parte do mesmo fenômeno;
- Validade de critério: grau em que uma medida correlaciona-se com medidas já existentes e bem aceitas (padrão-ouro). Uma variação é a validade preditiva, ou seja, a capacidade da medida prever a ocorrência de um fenômeno observável.

As estratégias para melhorar a avaliação da confiabilidade de um instrumento, também são utilizadas para melhorar a validade de uma medida através da padronização dos métodos de aferição, treinamento dos observadores, otimização e automatização dos instrumentos e repetição⁸⁹.

Além de confiáveis e válidas, as medidas de aferição devem ser sensíveis para detectar diferenças importantes em uma característica a ser pesquisada, e específicas, representando apenas a característica de interesse ao objeto de estudo⁸⁹.

Assim, em concordância com a integralidade do cuidado nos serviços de saúde e às tendências internacionais, é fundamental para o Brasil a inserção de modelos assistenciais reconhecidos mundialmente a partir da adaptação transcultural de instrumentos de avaliação multidimensionais como o *interRAI-HC*.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Realizar a adaptação transcultural do *interRAI-HC* para a população brasileira.

2.2 Objetivo específico

Verificar a validade de conteúdo e face do *interRAI-HC* na versão em português brasileiro.

3 MÉTODOS

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal.

3.2 Adaptação transcultural do *interRAI-HC*

O procedimento metodológico norteador para a adaptação transcultural do *interRAI-HC* considerou as sugestões de autores em publicações especializadas^{78,80,87} com as etapas de tradução, retro tradução, avaliação de uma comissão de especialistas e pré-teste.

Antes do início da pesquisa, o presidente da *interRAI* e coautor do *interRAI-HC* foi consultado para autorizar o uso do instrumento durante a adaptação transcultural e futura validação para a população brasileira (Anexo A).

3.3 Amostra

A amostra da fase pré-teste foi selecionada por conveniência e constituída pelos pacientes matriculados e atendidos pelo Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (NADI-HCFMUSP).

Os pacientes foram incluídos no estudo na presença de doença incapacitante para atendimento ambulatorial, acompanhados por cuidador formal e/ou informal. Foram excluídos os pacientes recém-admitidos no serviço, incluídos no programa há menos de três meses, acompanhados por cuidadores com vínculo inferior a três meses ou quando os mesmos não

sabiam as informações necessárias para a pesquisa por dificuldade de compreensão.

Os pacientes foram avaliados em seus respectivos domicílios através de entrevistas semiestruturadas e observação por sete avaliadores (uma enfermeira, três fisioterapeutas, duas assistentes sociais e uma médica) treinados em relação ao conteúdo e uso do instrumento *interRAI-HC*, na versão em português. Conforme as sugestões dos pesquisadores da *interRAI*, o treinamento dos avaliadores foi conduzido pela autora e pela coordenadora do serviço no NADI-HCFUMSP com base no manual de orientações do *interRAI-HC*⁷⁶ e através da discussão de casos clínicos fictícios. A carga horária total do treinamento foi de oito horas divididas em dois dias.

3.4 Coleta de dados

No momento da visita, os avaliadores utilizaram o instrumento *interRAI Home Care* (versão 9.1) na versão pré-final, traduzida e avaliada pela comissão de especialistas, o qual contém 20 sessões multidimensionais sobre a saúde do paciente atendido em domicílio, incluindo os dados sociodemográficos. Os avaliadores não conheciam os pacientes e seus cuidadores e tiveram acesso aos prontuários e contatos de familiares para completar o preenchimento das questões do instrumento sobre dados do indivíduo.

3.5 Procedimentos

3.5.1 Tradução e retro tradução

Inicialmente, o instrumento foi traduzido para o português por um tradutor que possuía o português brasileiro como língua materna. Seguindo

a tradução, foi realizado o processo de retro tradução para a língua de origem (inglês). Esse processo visa verificar a validade da tradução do instrumento em relação à versão original. O tradutor e o retro tradutor desconheciam os conceitos do instrumento para evitar vieses metodológicos.

3.5.2 Comissão de especialistas

Formou-se uma comissão de especialistas composta por quatro profissionais da área da saúde com experiência superior a quinze anos em geriatria e gerontologia. Os profissionais eram dois médicos, uma assistente social, uma enfermeira, todos com conhecimento em assistência domiciliar, gerenciamento de casos e adaptação transcultural de instrumentos de aferição. Após a análise das versões do instrumento a comissão discutiu cada item e propôs modificações pertinentes à realidade brasileira para realizar a validação de conteúdo do *interRAI-HC*

A partir da análise e consenso da comissão, as alterações foram consolidadas e desenvolveu-se a versão pré-final do instrumento para ser testada em campo. As decisões da comissão foram pautadas nos seguintes pressupostos de equivalência: semântica (palavras com o mesmo significado), idiomática (expressões com o mesmo sentido), cultural (hábitos culturais entre o local da versão original com a do país de adaptação) e conceitual (subjetividade de terminologia).

3.5.3 Pré-teste

Após a revisão da comissão, a versão pré-final foi entregue aos sete avaliadores treinados para verificar a concordância e compreensão em relação aos itens do instrumento. Durante essa etapa, os pacientes que compuseram a amostra (n=30) foram avaliados individualmente (n=12) e por

duplas (n=18). Após a avaliação foi medida a compreensão das intenções dos itens do instrumento por parte do entrevistador e do entrevistado para verificar a validade de face. Os avaliadores eram profissionais, residentes e alunos dos cursos de especialização do HC-FMUSP.

3.6 Ética

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAPpesq) – (Anexo B).

A participação dos indivíduos ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (Anexo C) pelo próprio paciente ou representante legal, após esclarecimentos em linguagem compreensível, contendo os objetivos, procedimentos, possíveis riscos e benefícios do estudo, conforme orientação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que contém as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos.

3.7 Análise de dados

A análise estatística descritiva foi apresentada sob a forma de frequência, média, desvio padrão e mediana para caracterizar os sujeitos da amostra e cuidadores. As sugestões realizadas pela comissão de especialistas foram consolidadas e apresentadas sob o modelo de tabela descritiva comparativa entre a versão original traduzida e a versão pré-final do instrumento. Na fase pré-teste, a análise da compreensão dos sujeitos da amostra foi descrita em tabelas segundo a frequência de respostas.

Os dados obtidos foram tabulados em planilhas do *Microsoft Office Excel*® 2003.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Na presente pesquisa, com o objetivo de garantir a equivalência semântica do *interRAI-HC* optou-se pelo método de adaptação transcultural proposto por autores especializados no assunto^{78,80,87}, o qual precede a análise psicométrica dos itens do instrumento a ser validado. Os resultados serão descritos de acordo com as etapas da pesquisa: tradução do instrumento para a língua local, retro tradução do instrumento para a língua de origem, avaliação das versões do instrumento por uma comissão de especialistas e pré-teste para aplicação da versão pré-final em uma amostra representativa da população na qual o instrumento será utilizado.

4.1 Tradução e retro tradução

Após a autorização do presidente e coautor do *interRAI-HC*, a versão original em inglês do *interRAI-HC* foi traduzida para o português brasileiro por um profissional tradutor de nacionalidade brasileira, sem conhecimentos específicos da área de saúde. A versão traduzida (T) foi posteriormente retro traduzida por outro profissional tradutor brasileiro fluente em inglês, o qual não conhecia a versão original, obtendo-se a versão retro traduzida (RT) do *interRAI-HC*. Após as etapas de tradução e retro tradução do *interRAI-HC*, as versões original, T e RT foram revisadas por dois profissionais bilíngues da área da saúde para adequação de termos específicos antes da avaliação da comissão de especialistas.

4.2 Comissão de Especialistas

Realizou-se uma reunião inicial com os especialistas para entrega das três versões do *interRAI-HC* (original, T e RT) e orientações sobre o processo de avaliação de equivalência semântica, idiomática, cultural e

conceitual. Os integrantes da comissão analisaram de forma independente cada item das versões do instrumento. Após dois meses da reunião inicial, realizou-se uma reunião final para discussão das avaliações e opiniões sobre possíveis mudanças do *interRAI-HC*. A comissão entrou em consenso sobre a permanência ou modificações de cada item chegando a versão pré-final. Entende-se como modificações, a substituição, acréscimo ou exclusão de alguns termos, opções de resposta ou itens da versão original.

A partir da contribuição individual e consenso dos especialistas, realizou-se a validação de conteúdo do instrumento adaptado em relação ao original. O número de modificações em cada seção está detalhado na Tabela 1 e as alterações do instrumento, comparando-se a versão original traduzida com a versão pré-final do *interRAI-HC* estão descritas no quadro 1 (Apêndice A).

Tabela 1 - Número de modificações do *interRAI-HC* distribuídos por seção após consenso da comissão de especialistas

SEÇÃO	NÚMERO DE SUBSTITUIÇÕES	NÚMERO DE ACRÉSCIMOS	NÚMERO DE EXCLUSÕES
A - Identificação do usuário	12	5	0
B - História de Admissão	4	3	0
C - Cognição	6	3	0
D - Comunicação e visão	3	2	0
E - Humor e comportamento	3	0	0
F - Bem-estar psicossocial	6	3	0
G - Capacidade funcional	14	5	0
H - Continência	4	3	0
I - Diagnósticos	2	3	0

continua

SEÇÃO	conclusão		
	NÚMERO DE SUBSTITUIÇÕES	NÚMERO DE ACRÉSCIMOS	NÚMERO DE EXCLUSÕES
J - Condições de saúde	12	3	1
K - Estado nutricional	2	5	2
L - Condições da pele	3	0	0
M - Medicação	2	0	0
N- Tratamentos e procedimentos	2	1	0
O - Responsabilidade	0	0	0
P - Apoio social	2	0	0
Q - Avaliação ambiental	4	4	0
R - Potencial para ter alta do serviço e estado geral	3	0	0
S - Alta	2	1	0
T - Informação sobre a avaliação	0	4	0
Total de modificações por seção	86	45	3
Total de modificações	134		

No total a comissão fez 134 sugestões de modificações: 86 substituições, 45 acréscimos e 3 exclusões. Conforme os dados da Tabela 1, as seções A (identificação), G (capacidade funcional) e J (condições de saúde) sofreram maiores alterações.

Observa-se que na seção A (identificação do usuário) optou-se pela substituição conceitual do termo “sexo” por “gênero”, acrescentando-se as opções de gênero “indeterminado” e “ignorado”. No item 12 da mesma seção, a comissão atentou-se na adequação da nomenclatura dos locais de residência presentes na versão original e traduzida do *interRAI-HC* para garantir equivalência conceitual na versão adaptada para o Brasil, visto a diferença de nomenclatura, recursos e serviços presentes no contexto local. Houve substituição semântica do termo “guardião” por “tutor/curador”.

Na seção B (história de admissão), o termo “etnia” foi excluído por diferença conceitual e acrescentou-se o termo “cor”. Na mesma seção, acrescentou-se a opção de resposta “h. casa particular” no item sobre história residencial nos últimos 5 anos. Na seção F (bem-estar psicossocial) modificou-se o termo original “crimes” por “violência”, com exemplos dos tipos de violência (física, psicológica, sexual) para garantir equivalência semântica na versão pré-final.

Na seção sobre capacidade funcional (G), as principais alterações estiveram relacionadas à descrição semântica das AVDs, domínio com riqueza de detalhes necessários para o preenchimento correto do item e das opções de resposta. Como exemplo, houve a inclusão do termo “calçado” na descrição do subitem “vestir-se da cintura para baixo”. Além das modificações relacionadas à descrição das tarefas, na versão original traduzida a expressão “atividades de vida diária (AVD)” refere-se às atividades básicas de vida diária (ABVD), portanto, na versão pré-final os termos “básicas” e a sigla “ABVD” foram escolhidos para garantir a especificidade do conceito no Brasil. Na mesma seção, a opção de resposta de dispositivos de auxílio “scooter” foi substituída por “cadeira de rodas motorizada” por estar presente na realidade brasileira de recursos e suportes de auxílio à mobilidade.

Na seção H (continência), o termo “uripen” foi alterado para “coletor urinário” e na seção I (diagnósticos) a expressão “acidente vascular cerebral” foi substituída por “derrame cerebral” como adequação semântica ao contexto, facilitando a compreensão dos indivíduos em determinados locais.

Na seção J (condições de saúde), no item sobre frequência de problemas psiquiátricos, a comissão decidiu pela exclusão da expressão “afrouxamento de associações” para facilitar a compreensão do observador no momento da avaliação e acrescentou-se a expressão “agitação noturna” para caracterizar um dos problemas do sono. Em relação aos sintomas de dor, optou-se pela substituição semântica do termo “orientações” por “tratamento prescrito” e “regime terapêutico”, evidenciando que as orientações referem-se à prescrição terapêutica, medicamentosa ou não

medicamentosa. As modificações da seção sobre condições de saúde (J) também estiveram relacionadas ao aspecto semântico dos termos na versão em português na substituição da expressão “autodiagnostico” para “autopercepção”.

Na seção K (estado oral e nutrição), houve modificação na opção de resposta sobre prótese dentária com os termos “parcial ou total” para detalhar a característica da prótese e acrescentou-se a opção de resposta “não tem dentes”. Na seção L (condições da pele), nos itens sobre avaliação de úlceras por pressão, a comissão acrescentou informações para garantir maior adequação semântica e detalhamento dos aspectos das úlceras por pressão nas diferentes fases e modificação da expressão “rupturas da pele” por “lesões por fricção”.

De acordo com a equivalência conceitual dos itens, na seção N (tratamentos e procedimentos), acrescentou-se a opção de resposta “acompanhante de idosos” como opção de cuidado formal existente no contexto brasileiro, além dos cuidadores de idosos. Substituiu-se a expressão “enfermagem domiciliar” por “cuidados de enfermagem” ampliando as possibilidades de cuidado oferecidas por profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem. No item sobre uso de serviços hospitalares da mesma seção, substituiu-se os termos “visita” e “assistência” por “atendimento”.

Na seção P (apoio social) a comissão apontou a ausência de equivalência do termo “cuidador primário”, modificando-o para “cuidador principal”. Na mesma seção, optou-se pela substituição do termo “apoio” por “cuidado” para quantificar as horas despendidas pelos cuidadores informais nos cuidados diários com o paciente. Houve substituição da expressão “relação forte” com a família por “vínculo forte”, com maior abrangência semântica e conceitual.

A comissão realizou modificações na seção Q (avaliação ambiental) para facilitar a compreensão do observador no momento da avaliação, como a substituição da expressão “assistência de emergência” por “sistema de teleassistência” e “barras laterais” por “corrimão”. Na seção seguinte (R-

potencial para ter alta do serviço e estado geral), modificou-se a expressão “independência geral” por “autossuficiência geral”, com maior equivalência semântica. Na seção S (alta), substituiu-se o termo “reside” por “mora” e acrescentou-se a opção de resposta “faleceu” como dados de alta do serviço.

Na seção T (informações sobre a avaliação), a comissão decidiu adicionar informações referentes ao avaliador, como a categoria profissional, número do registro no conselho regional e número de matrícula na instituição. Em todas as ocorrências do instrumento, a expressão “90 dias atrás” foi substituída por “3 meses” para facilitar a compreensão e memória, relacionados ao período citado.

Devido aos itens acrescentados nas seções B, K, N e T, modificou-se a estrutura do instrumento original do *interRAI-HC*, o qual possui 294 itens, para a versão pré-final com 304 itens.

4.3 Pré-teste

Após consenso da comissão e elaboração da versão pré-final do *interRAI-HC*, a última etapa do processo de adaptação transcultural teve como objetivo verificar a compreensão dos entrevistados em relação aos itens do instrumento, procedimento necessário para a validação de face do *interRAI-HC*. A amostra foi composta por 30 indivíduos, 12 avaliados individualmente e 18 avaliados por profissionais treinados divididos em duplas. A análise descritiva dos indivíduos encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes da etapa pré-teste (N=30)

Variáveis	Média ± DP	N (%)	Mediana
Idade	84,2 ± 9,4	-	-
Gênero			
Masculino	-	12 (40)	-
Feminino	-	18 (60)	-
Situação conjugal			
Viúvo (a)	-	7 (43)	-
Casado (a)	-	11 (37)	-
Solteiro (a)	-	6 (20)	-
Com quem mora			
Esposo (a)/ companheiro (a)	-	8 (27)	-
Filho (a)	-	8 (27)	-
Outros parentes	-	4 (13)	-
Sozinho (a)	-	3 (10)	-
Irmão	-	3 (10)	-
Pessoas fora da família	-	1 (3)	-
Tempo de admissão no NADI (anos)	3,9 ± 3,6	-	3
Diagnóstico principal/ motivo da assistência			
Neurológico	-	19 (56)	-
Musculoesquelético	-	7 (23)	-
Pulmonar	-	3 (10)	-
Psiquiátrico	-	1 (3)	-
Cardiovascular	-	0 (0)	-
Infeccioso	-	0 (0)	-
Neoplasia	-	0 (0)	-
Número de diagnósticos	6,8 ± 1,9	-	7
Número de medicamentos	7,6±3,0	-	8
Escolaridade			
4 a 8 anos de estudos	-	13 (43)	-
Mais de 8 anos de estudos	-	12 (40)	-
Analfabeto	-	3 (10)	-
0 a 3 anos de estudos	-	2 (7)	-
Pontuação CPS			
0= intacto	-	2 (7)	-
1= intacto <i>borderline</i>	-	7 (23)	-
2= leve	-	5 (17)	-
3= moderado	-	4 (13)	-
4= moderado/grave	-	0 (0)	-
5=grave	-	1 (3)	-
6=muito grave	-	11 (37)	-

N=30; DP= desvio padrão; Itens da *Cognitive Performance Scale (CPS)*: capacidade para tomada de decisões, memória de curto prazo, memória processual, capacidade de se fazer compreender e capacidade para alimentação.

A maioria dos indivíduos era do sexo feminino (60%), com média de idade de 84,2 ($\pm 9,4$) anos e em situação conjugal viúvo (a) (43%). Em relação aos arranjos de vida, 27% dos idosos moravam com esposo (a), 27% com filho (a), 13% com outros parentes, 10% sozinho (a), 10% com irmão e apenas um idoso morava com pessoas fora da família. Sobre a condição clínica dos pacientes, a média de diagnósticos foi de 6,8 ($\pm 1,9$) e o principal motivo da assistência foram as condições neurológicas (56%). Observou-se polifarmácia, com mediana de 8 medicamentos utilizados por paciente. O nível de escolaridade da maioria dos idosos foi de 4 a 8 anos de estudos (43%), com desempenho na CPS predominante de condição cognitiva muito grave em 11 indivíduos (37%), seguida de 7 (23%) em condição intacta *borderline*.

A participação do cuidador foi avaliada na seção “Apoio social” do *interRAI-HC*. Os dados descritivos do domínio apoio social encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 - Análise descritiva do domínio apoio social e cuidados recebidos

Variáveis	N (%)	Média $\pm$ DP	Mediana
Presença de cuidador formal	11 (37)	-	-
Parentesco do cuidador informal			
Filho (a) ou enteado (a)	15 (50)	-	-
Esposo (a)	9 (30)	-	-
Outro parente	4 (13)	-	-
Irmão	2 (7)	-	-
Cuidador informal mora com a pessoa	24 (80)	-	-
Horas de cuidado informal/ dia	30 (100)	4,2 $\pm$ 2,0	4
Horas de cuidado formal/ dia	11 (37)	7,5 $\pm$ 2,6	8
Cuidador informal expressa sentimentos de angústia, raiva ou depressão*	6 (20)	-	-

N=30; DP=desvio padrão; *nos últimos três dias.

Observa-se que 37% dos idosos recebiam cuidados formais. O cuidado informal foi representado com predominância por filho (a) ou enteado (50%), seguido de esposo (a) (30%). Nesse grupo, em relação ao parentesco do

cuidador informal analisado por gênero, 11 filhas e 8 esposas realizavam os cuidados informais, enquanto 4 filhos e 1 esposo representavam os cuidados desempenhados por indivíduos do gênero masculino. A maioria dos cuidadores informais morava com a pessoa (80%) e em média dedicavam 4,2 ($\pm 2,0$) horas diárias para os cuidados e monitoramento ativo. Apenas onze pacientes recebiam cuidados formais, com média diária de horas correspondente a 7,5 ($\pm 2,6$). Na amostra avaliada, seis cuidadores informais (20%) expressaram sentimentos de angústia, raiva ou depressão.

Em relação à compreensão do conteúdo das questões e alternativas de respostas, os entrevistados, paciente e/ou cuidador, responderam as perguntas direcionadas durante as entrevistas e ao término da avaliação para verificar o entendimento de cada questão. Os resultados encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4 – Compreensão dos entrevistados em relação ao conteúdo das questões e alternativas de respostas

Perguntas	N (%)	
Você teve dificuldade para entender alguma questão?		
	Sim	0 (0)
	Não	30 (100)
As opções de resposta estão claras e consistentes?		
	Sim	30 (100)
	Não	0 (0)
As questões são importantes para a sua condição de saúde/doença?		
	Muito importantes	16 (53)
	Importantes	14 (47)
	Nada importantes	0 (0)
Você gostaria de mudar algo no questionário?		
	Sim	0 (0)
	Não	30 (100)
Teve alguma questão que você não quis responder?		
	Sim	0 (0)
	Não	30 (100)

N=30

Todos os pacientes e/ou cuidadores não relataram dificuldades para entender as questões, consideraram que as mesmas estavam claras e consistentes, conseguindo responder todos os itens sem restrições e garantindo concordância superior ou igual a 85% ($\geq 85\%$) para cada item do instrumento e compreensão da versão pré-final do *interRAI-HC*. Quando questionados, 53% dos participantes relataram que as questões eram muito importantes para a saúde e 47% consideraram importantes.

Além da avaliação de compreensão direcionada aos entrevistados, os sete profissionais avaliadores também responderam a um questionário para verificar a opinião geral em relação ao instrumento, dificuldades de preenchimento e compreensão das alternativas de resposta. Assim como na avaliação de compreensão dos entrevistados, após a análise da compreensão dos avaliadores sobre os itens do instrumento, esperava-se resultado de concordância $\geq 85\%$ para cada item. No mínimo, dois dos sete avaliadores precisariam encontrar a mesma dificuldade durante o preenchimento da questão para justificar a sua alteração, revisão da comissão e readequação da versão pré-final. Todos os itens da versão pré-final apresentaram concordância $\geq 85\%$, ou seja, as dificuldades encontradas pelos avaliadores foram pontuais e específicas para um avaliador apenas.

Houve variação do tempo de formação da graduação dos avaliadores de 1 a 20 anos e média de 7 anos, sendo que seis profissionais possuíam tempo de formação inferior há dez anos e apenas um profissional formado há 20 anos.

Após a última etapa do processo de adaptação transcultural, obteve-se a versão final do *interRAI-HC*, traduzido e adaptado para o português brasileiro, *interRAI-Assistência Domiciliar (interRAI-AD)* (Apêndice B). O esquema representativo dos resultados está detalhado na Figura 1:

Figura 1 – Etapas do processo de adaptação transcultural

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O processo de adaptação transcultural do instrumento *interRAI-HC* apresentou resultados favoráveis sugestivos para uso no contexto brasileiro de assistência domiciliar, com conclusão das etapas descritas por autores de referência no assunto e elaboração da sua versão final em português, *interRAI-AD*. Embora o objetivo de realizar a análise psicométrica dos domínios do instrumento não tenha sido abordado nesse momento do estudo, a repercussão inicial dos resultados da adaptação transcultural será fundamental para a definição das próximas etapas de pesquisa e validação do *interRAI-AD*.

A escolha de adaptar um instrumento de AGA como o *interRAI-HC* esteve pautada em experiências trazidas pela literatura e na viabilidade assistencial dessa ferramenta em outros países. Em uma revisão sistemática recente⁹⁰, um grupo de pesquisadores da Bélgica conduziu a revisão de dezoito estudos para verificar a finalidade do uso e os resultados das intervenções domiciliares nas quais o *interRAI-HC* foi utilizado como instrumento de AGA. Os autores identificaram três tipos de intervenções com o *interRAI-HC*: AGA aplicada isoladamente, AGA e gerenciamento de casos e AGA e planejamento de saúde integrado. O planejamento de saúde integrado é uma nova tendência em gestão de saúde e caracteriza-se como um plano de cuidados multidisciplinar com descrição das etapas de cuidados a serem seguidas pelo paciente. Os autores identificaram que o *interRAI-HC* é um bom instrumento para identificar as necessidades de saúde dos idosos e avaliar intervenções. Quando combinado com gerenciamento de casos, reduz admissões e tempo de permanência hospitalar, reduzindo custos⁹⁰.

A tradução e a retro tradução de um instrumento amplo requerem atenções e cuidados pertinentes ao contexto local. O Brasil é um país multicultural com particularidades influenciadas pela sua própria história e que interferem nas características da sua população e nos cuidados em

saúde⁹¹. Em vários aspectos, o envelhecimento no Brasil ocorre de maneira diferente de outros países, muitos dos quais o *interRAI-HC* já é utilizado com forte difusão.

Na presente pesquisa, as duas primeiras etapas da adaptação transcultural foram concluídas com base em uma única tradução e retro tradução, ajuste metodológico diferente do sugerido por Beaton et al.⁷⁸. Optou-se por não seguir essa orientação devido à quantidade de itens do instrumento e possibilidade de comprometer as etapas seguintes ao elaborar duas traduções extensas com sentido literal. Segundo Wild et. al.⁸⁵ ao recomendarem boas práticas para o processo de adaptação transcultural é importante realizar duas traduções e retro traduções do instrumento por tradutores independentes para comparação e consolidação em apenas uma versão de cada. De acordo com os autores, não seguir essas recomendações pode comprometer a versão traduzida no sentido de possuir apenas um estilo de escrita, sem consenso sobre o uso dos melhores termos. Porém, na etapa seguinte, a revisão das versões do instrumento por especialistas foi suficiente para atingir os objetivos propostos.

Sugerida pela literatura escolhida como procedimento metodológico, a avaliação da comissão de especialistas foi fundamental para a elaboração da versão pré-final do instrumento com o máximo de equivalência à versão original. Segundo um dos membros da comissão, o tempo gasto para revisão das três versões do *interRAI-HC* (original, T e RT) foi de aproximadamente quinze horas durante verificação de item por item. Esse é um dos exemplos do empenho para aproximar os termos do instrumento da realidade prática da AD no Brasil, na qual se verifica profissionais, pacientes e cuidadores com diferentes níveis de instrução e experiência. Durante a reunião final da comissão, os profissionais também disponibilizaram o seu tempo e expertise com grande propriedade para assegurar o consenso das modificações sugeridas e validação de conteúdo do instrumento. Esses resultados foram essenciais para garantir o grau de concordância na fase seguinte da adaptação.

Alguns dos mesmos autores que definiram a metodologia de adaptação

transcultural norteadora dessa pesquisa publicaram recentemente um estudo⁹² para avaliar a contribuição das etapas de retro tradução e avaliação dos especialistas no conteúdo do *Health Education Impact Questionnaire (heiQ)*, um instrumento multidimensional de saúde com 40 itens divididos em 8 domínios. Os autores compararam quatro versões traduzidas: a primeira com tradução feita por um tradutor, mas sem retro tradução e sem a avaliação da comissão de especialistas; a segunda com tradução consensual feita apenas por uma comissão de especialistas; a terceira com tradução feita por um profissional bilíngue experiente na área da saúde, com retro tradução feita por um tradutor e sem avaliação da comissão de especialistas; e na quarta versão foi adotado o procedimento usualmente sugerido, com tradução, retro tradução e avaliação da comissão de especialistas. A partir da análise psicométrica do conteúdo das quatro versões e da compreensão dos itens por uma amostra de indivíduos, os autores verificaram que as versões das traduções com participação da comissão de especialistas apresentaram melhor validade de face e validade de conteúdo, recomendando fortemente a conclusão dessa etapa na presença de especialistas com experiência no tema. De qualquer forma, essa evidência não exclui a importância da retro tradução em todas as situações, mas sugere a sua não inclusão quando o instrumento for muito extenso e quando a comissão tiver grande familiaridade com o seu conteúdo. Assim como nesse estudo, os resultados apresentados demonstram o quanto foi importante revisar e detalhar individualmente item por item de cada domínio. Houve um acordo entre os profissionais de três diferentes categorias para ajustar os domínios mais complexos que poderiam interferir na compreensão dos itens da versão pré-final do *interRAI-HC* pelos avaliadores e indivíduos da fase pré-teste.

Conforme os critérios de inclusão para o serviço de AD, justifica-se o perfil dos participantes da pesquisa avaliados na etapa pré-teste: idosos longevos, do gênero feminino, com comorbidades, viúvos, em uso de polifarmácia, com comprometimento cognitivo identificado pela escala CPS,

morando com esposo(a) ou companheiro(a) e filhos, os quais são os principais provedores de cuidados.

Identificar os fatores que interferem nas necessidades de saúde de pessoas idosas é motivo para a elaboração de estudos multicêntricos. Nas metrópoles de sete países da América Latina e Caribe, incluindo o município de São Paulo, encontra-se em andamento um estudo transversal longitudinal de base populacional intitulado “Estudo Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE)”, realizado com pessoas com 60 anos e mais⁹³. Os dados da pesquisa abordam vários aspectos relativos à vida do idoso coletados por meio de entrevistas domiciliares, como informações pessoais, estado de saúde e funcional, avaliação cognitiva, uso e acesso a serviços e medicamentos, suporte familiar, história de trabalho, fontes de receita, características da moradia, antropometria, flexibilidade e mobilidade. No SABE, os pesquisadores estudam características de crescimento da população idosa que merecem destaque com a presente pesquisa como propósito de comparação, pois são condizentes com algumas características do perfil da amostra do pré-teste.

Dentre os resultados, destacam-se o uso da polifarmácia entre os idosos, a qual pode levar a graves consequências para o indivíduo e para o sistema de saúde⁹⁴ e a presença de idosos com declínio cognitivo, no caso do Estudo SABE avaliado com o MEEM, que é um indicador de dificuldade para a execução de AVDs e necessidade de assistência de terceiros, principalmente de filhas⁹⁵.

Os idosos assistidos pelo NADI e que foram incluídos na amostra da pesquisa apresentam comprometimentos de saúde importantes, como as demências, as quais se associam com maior participação do cuidador formal ou informal. Os cuidados informais, na maioria desempenhados por filhas e esposas, são extenuantes nas condições encontradas devido à alta dependência para as AVDs e monitoramento ativo. Essa situação pode interferir na saúde da própria cuidadora, com risco de desenvolvimento de incapacidades e impacto no seu papel social enquanto mulher e provedora de cuidados. O gasto médio de horas diárias apenas para o cuidado informal

($4,3 \pm 2,0$ horas) foi maior em comparação às 3,4 horas encontradas em um estudo realizado entre países da Europa, Canadá, Estados Unidos e China com informações de dois instrumentos da *interRAI* para cuidados domiciliares⁷³. A necessidade de cuidados formais aumentou de maneira proporcional ao nível de dependência, porém nos outros países a média diária de 1 hora como tempo gasto com cuidados formais foi menos expressiva do que o tempo encontrado na amostra desse estudo ($7,5 \pm 2,6$ por dia), possivelmente porque apenas 11 idosos com alto grau de dependência recebiam cuidados formais quando analisados isoladamente. Se considerarmos a amostra total do pré-teste ($n=30$), a média diária de cuidados formais foi de $2,8 (\pm 4,0)$ horas por dia.

O tempo despendido com os cuidados está associado com o nível de dependência do paciente, ou seja, quanto maior o nível de dependência, maior o tempo gasto. Esse cenário traz algumas reflexões importantes para o gerenciamento de casos e atuação da equipe multidisciplinar, além de ser um bom indicador do estresse e sobrecarga do cuidador⁹⁶. O cálculo das horas de cuidado informal muitas vezes reflete a carência do sistema de saúde como provedor de cuidados aos idosos com incapacidades importantes, mesmo em países com alto nível de desenvolvimento econômico e social⁹⁷.

No Brasil, o novo perfil demográfico é caracterizado pelo aumento da população muito idosa, exposta às fragilidades da idade e demandantes de cuidado. O cuidado com idosos frágeis é de responsabilidade da família, mas também deve ser dividido com outras esferas da sociedade, como o Estado e o mercado privado⁹⁸.

Ao falar sobre perspectivas para os cuidados de longa duração, Camarano⁹⁹ apresenta como pano de fundo a realidade brasileira, com aumento do número de idosos que não tem capacidade de gerar renda, possuem dificuldade para realizar as AVDs e precisam de assistência por longo período. A autora detalha sobre a importância de avaliar a tendência internacional na qual o cuidado domiciliar é facilitado com tecnologias assistidas e programas de promoção e prevenção da saúde. No ambiente

domiciliar, existe uma lacuna na qualificação e embasamento dos cuidados prestados em domicílio, muitas vezes pelo fato do cuidador não sentir segurança para executar tal função. Para a população idosa frágil, uma alternativa seria a combinação entre cuidados informais e formais, esses com serviços comunitários providos pelo Estado ou serviços privados para complementar o cuidado familiar, reduzindo as chances de sobrecarga do cuidador⁹⁹. Assim, além de apoiar o cuidador nos aspectos físicos e emocionais, a equipe deve atentar-se para as práticas de educação em saúde como estratégia complementar da assistência¹⁰⁰.

De acordo com os resultados apresentados, verificou-se compreensão total do conteúdo das questões e alternativas de respostas por parte dos entrevistados, os quais eram pacientes e/ou cuidadores. Mesmo considerando a quantidade expressiva de avaliações em que apenas o cuidador foi fonte das informações coletadas (30%), houve concordância superior a 85% para cada item do instrumento e compreensão da versão pré-final do *interRAI-HC*, resultado importante para a sua validação de face.

Na fase pré-teste da adaptação, nenhum cuidador relatou dificuldade de compreensão em relação aos itens do instrumento. Esse resultado é significativo, pois uma ferramenta multidimensional que pretenda ser útil para as pessoas assistidas em domicílio também deve ser compreensível para os cuidadores, personagens fundamentais do processo de cuidado. O *interRAI-HC* na versão pré-final foi suficientemente claro para garantir a compreensão dos idosos e/ou seus cuidadores, desfecho favorável para a validação de face e elaboração da versão final do instrumento, *interRAI-AD*.

Em uma pesquisa exploratória e descritiva com cuidadores de idosos em domicílio, Martins et al.¹⁰¹ observaram que os cuidadores apresentam medos e dificuldades em relação aos cuidados, principalmente àqueles associados às doenças e seus agravos, à terapia medicamentosa, dietas e exercícios físicos, justificando a importância da educação em saúde. No NADI, os profissionais da equipe multidisciplinar organizam um curso de cuidadores semestral teórico-prático para abordar questões pertinentes à assistência prestada no domicílio e ao papel do cuidador. O curso acontece

no formato de palestras e demonstrações práticas sobre cuidados no domicílio, como posicionamento e transferências de pacientes acamados. Nos encontros do curso, os cuidadores demonstram grande satisfação pelo espaço disponibilizado, melhorando também o vínculo com a equipe. Possivelmente, a forma como o NADI se organiza para apoiar os cuidadores e seus pacientes tenha potencializado os achados dessa pesquisa.

Em relação à opinião geral sobre o instrumento, dificuldades de preenchimento e compreensão das alternativas de resposta por parte dos sete profissionais avaliadores da fase pré-teste, todos os itens da versão pré-final do *interRAI-HC* apresentaram concordância $\geq 85\%$, mesmo considerando a variação no tempo de formação da graduação. Ainda importantes, as dificuldades relatadas pelos avaliadores após aplicação da versão pré-final estiveram relacionadas com o preenchimento de domínios clínicos em pacientes com comprometimento cognitivo (seção J - condições de saúde) e graduação do “nível de dor presente”, “fadiga” e “dispneia”. Nessas situações a interpretação torna-se subjetiva e requer maiores especulações do avaliador. Na seção G (capacidade funcional), uma das assistentes sociais referiu dificuldade para classificar o nível de dependência das AVDs por possuir pouca familiaridade com o domínio em sua prática e pelo grau de detalhamento das funções, mas compreendeu os termos e expressões.

Além de complementarem a validação de face do *interRAI-AD*, os resultados obtidos com a opinião dos avaliadores na fase pré-teste auxiliam quanto à reflexão sobre o processo de capacitação para uso do *interRAI-AD* na realidade prática das equipes de AD, uma vez que o mesmo pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde do serviço. Na presente pesquisa, os avaliadores sabiam sobre a inclusão dos indivíduos no serviço do NADI, mas não conheciam maiores detalhes sobre o caso e contexto familiar.

Na fase pré-teste, os avaliadores gastaram em média uma hora e trinta minutos para completar o preenchimento do *interRAI-HC*, tempo semelhante às avaliações iniciais de pacientes novos incluídos no NADI. Segundo

Carpenter e Hirdes¹⁰², nos países onde ele é amplamente utilizado, os avaliadores que já possuem prática com esse tipo de AGA gastam de quarenta minutos a uma hora avaliando um paciente em domicílio, procedimento inicial para traçar um plano terapêutico apropriado de acordo com o perfil encontrado.

Portanto, é fundamental ressaltar a importância do treinamento dos avaliadores para o preenchimento dos itens em razão do grau de detalhamento dos mesmos. Como exemplo, na seção F (Bem-estar psicossocial) há duas questões sobre violência, que segundo o manual do *interRAI-HC* podem ser direcionadas como pergunta para o paciente e/ou cuidador. Nesse exemplo, nota-se que a pergunta direta pode ser muito invasiva e o ideal seria orientar o avaliador para inicialmente apenas observar se existem sinais sugestivos de violência. Assim, verifica-se a relevância de discutir item por item durante o treinamento para evitar desconfortos indesejáveis com os pacientes e rompimento de vínculos, garantindo o respeito com os mesmos. Alguns autores sugerem a capacitação dos profissionais com base na gravação em vídeo das AVDs¹⁰³ como recurso fidedigno das aferições. Durante a capacitação dos avaliadores, houve a discussão de casos clínicos fictícios como disparadores de hipóteses e respostas, metodologia também sugerida no manual do *interRAI-HC*. No processo de validação do *interRAI-Acute Care* na Bélgica¹⁰⁴, os pesquisadores incluíram a avaliação de idosos que não fizeram parte da amostra final na última etapa da capacitação. Na realidade do serviço onde a presente pesquisa foi desenvolvida, os profissionais possuem maior proximidade com o assunto, mas talvez seja uma metodologia a ser considerada para as futuras análises das propriedades psicométricas do *interRAI-HC*, motivo pelo qual 18 avaliações foram realizadas em duplas.

Segundo Bernabei et al.⁶³, ao compararem instrumentos de AGA de segunda geração com o *interRAI-HC*, o qual é um instrumento multidimensional extenso, alguns profissionais podem comprometer as ações no domicílio com a preocupação de preenchê-lo da forma correta. Por

esse motivo, os autores ressaltam a importância do treinamento dos avaliadores de forma sistematizada, ampliando a aplicabilidade dessa ferramenta além de um registro do tipo *checklist*, mas também fundamentado em observação.

Os resultados da pesquisa provocaram algumas reflexões sobre o uso do *interRAI-AD* junto à equipe do NADI. O instrumento auxiliou na detecção de demandas específicas do paciente e do cuidador por abordar questões abrangentes e multidimensionais, algumas vezes com informações não identificadas pela equipe em visitas anteriores. Nesse sentido, alguns idosos possuíam condições incapacitantes que transpassaram outros serviços de saúde e seus respectivos níveis de assistência, até o momento de inclusão no NADI.

As ações em saúde do idoso precisam envolver todos os níveis assistenciais com fluxos bem definidos e integração dos equipamentos de saúde disponíveis no sistema de referência e contrarreferência¹⁰⁵. O instrumento da *interRAI-HC* é uma ferramenta de ampla aplicabilidade em sistemas organizados em redes de atenção à saúde¹⁰⁶ e pode auxiliar na ampliação das redes para a realidade nacional, assim como o modelo de gerenciamento de casos.

Nesse momento da pesquisa e com base nos resultados apresentados na adaptação transcultural do *interRAI-HC*, surgem algumas questões relevantes: como será a aceitação e o uso do instrumento na prática? Quais são os principais obstáculos para a sua implantação? Segundo alguns autores da *interRAI*, incluindo o presidente da organização, Prof. Brant Fries, com base na experiência de 8 países (Estados Unidos, Canadá, Islândia, Israel, Itália, Japão, Espanha e Reino Unido) no uso do *interRAI-HC*¹⁰⁷, a aceitação depende de fatores como o treinamento e convencimento dos profissionais de que o instrumento contribui para um cuidado adequado baseado em evidências. Os autores advertem sobre as barreiras para a sua implantação, como a resistência de uso, pois muitos profissionais podem interpretar o *interRAI-HC* como uma ferramenta extensa, menos precisa que as medidas de avaliação já existentes e com domínios clínicos pouco

multidimensionais. Os autores ressaltam a dificuldade de implantar um sistema de avaliação consistente, compatível e padronizado entre diferentes sistemas e domínios ao considerarmos as variações culturais e históricas entre os locais onde ele possa vir a ser utilizado; por isso a necessidade de adaptação transcultural. O instrumento pode auxiliar, mas não determinar as decisões dos gestores de saúde, logo a sua aplicabilidade precisa ser colocada à prova em um cenário real de AD. É necessário visar prioridades ao fazer uso de uma ferramenta de AGA como o *interRAI-HC* e sensibilizar a equipe em relação ao custo-benefício com o tempo despendido durante a avaliação¹⁰⁸. A partir das informações geradas com a AGA, é importante ressaltar a utilidade do *interRAI-HC* na gestão clínica de pacientes atendidos em domicílio, com potencial de indicar se uma política pública local possui impacto e atinge objetivos com coerência às necessidades de saúde da população⁹⁰.

Embora não seja um dos objetivos da presente pesquisa, os profissionais avaliadores identificaram que os pacientes e seus cuidadores participaram com grande satisfação das entrevistas, respondendo e interagindo como corresponsáveis da assistência prestada na rotina de visitas do NADI. Muitos cuidadores reverenciaram o serviço e fizeram questão de verbalizar que se sentiram contemplados. Possivelmente, as demonstrações de afeto, respeito e confiança influenciaram a participação dos indivíduos e os resultados da presente pesquisa, a qual foi conduzida em sua maioria em ambientes acolhedores. Essa consideração justifica-se pela construção do vínculo da equipe com seus pacientes, uma das características essenciais em AD e nutrida pela equipe do NADI desde a sua formação.

Algumas limitações foram encontradas durante o andamento da pesquisa e podem ter influência nos resultados. A amostra da fase pré-teste foi selecionada por conveniência em ambiente de hospital escola, com profissionais atuantes na AD, sendo que cinco dos sete avaliadores tinham formação em gerontologia. Segundo Hulley et al.⁸⁹, as amostras de conveniência apresentam vantagens em termos de custo e logística,

envolvendo todas as pessoas acessíveis e que atendam os critérios de inclusão. Segundo o julgamento dos pesquisadores envolvidos com a presente pesquisa, a amostra é representativa da população-alvo, porém limita-se às populações com o perfil encontrado no NADI.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A adaptação transcultural de um instrumento de avaliação multidimensional em assistência domiciliar foi realizada com verificação da validade de conteúdo e face dos itens do instrumento. O processo mostrou-se adequado para elaboração da versão brasileira do *interRAI-HC*, em português brasileiro, *interRAI-Assistência Domiciliar*.

O *interRAI-AD* é um exemplo de avaliação geriátrica ampla com potencial de uniformizar a comunicação entre equipes de AD ao abordar questões abrangentes conduzidas por diferentes categorias profissionais. Além dos resultados obtidos, o método de avaliação permitiu reflexões importantes sobre o processo de cuidado de idosos com incapacidades instaladas e a participação de seus cuidadores.

Sugere-se a avaliação das propriedades psicométricas do *interRAI-AD* para viabilizar o seu uso e aplicabilidade prática em assistência domiciliar, próximas etapas de pesquisa com esse instrumento.

7 ANEXOS

7.1 Anexo A – Autorização para a adaptação transcultural e validação do interRAI-HC

De: **angelica yamaguchi** (angelica_yamaguchi@yahoo.com.br)

Enviada: quarta-feira, 7 de dezembro de 2011 06:31:58

Para: **Fernanda Pretti** (fepretti@hotmail.com)

----- Mensagem encaminhada -----

De: "Fries, Brant" <bfries@med.umich.edu>

Para: angelica yamaguchi <angelica_yamaguchi@yahoo.com.br>

Enviadas: Terça-feira, 6 de Dezembro de 2011 16:37

Assunto: RE: request for validation and cultural adaptation- InterRAI - Home Care Instrument

Angélica M. Yamaguchi
Clinical Coordinator - NADI - HCFMUSP

Dear Dr. Yamaguchi:

As the President of interRAI, I am pleased to provide authorization for Ms. Fernanda Pretti Chalet Ferreira to use the interRAI Home Care (interRAI HC) assessment system in her research project at the São Paulo University's Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar. We understand and are pleased that she will be working with you, given your knowledge of this instrument through your association with our research consortium.

If you or others need any additional information, please contact me at: bfries@umich.edu

Brant E. Fries, Ph.D.
President/interRAI
Professor/School of Public Health/University of Michigan

-----Original Message-----

From: angelica yamaguchi [angelica_yamaguchi@yahoo.com.br]

Received: Sunday, 04 Dec 2011, 10:19pm

To: Brant Fries [bfries@umich.edu]

Subject: request for validation and cultural adaptation- InterRAI - Home Care Instrument

Brant E. Fries, Ph. D.
President - InterRAI
3577 Delhi Overlook
Ann Arbor, MI 48103
USA

Dear Prof. Fries,

I am writing to ask you the formal authorization to validate the interRAI home care instrument, as the master of science project by Fernanda Pretti Chalet Ferreira. This research will be done in the Hospital das Clínicas (São Paulo School of Medicine - São Paulo University) based home care, named NADI - Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar.

Yours gratefully

Angélica M. Yamaguchi
Clinical Coordinator - NADI - HCFMUSP

7.2 Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INTERRAI – HOME CARE ASSESSMENT FORM (INTERRAI-HC)
Pesquisador Responsável: Wilson Jacob Filho **Versão:** 1
Pesquisador Executante: Fernanda Pretti Chalet Ferreira **CAAE:** 01235512.2.0000.0068
Co-autores: Angélica Massako Yamaguchi
Finalidade Acadêmica: Mestrado
Instituição: HCFMUSP
Departamento: CLÍNICA MÉDICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 7126

Data da Relatoria: 21/03/2012

Apresentação do Projeto: Trata-se de projeto sobre validação de questionário altamente relevante e adequadamente estruturado.

Objetivo da Pesquisa: Validação de instrumento de pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos mínimos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Trata-se de projeto relevante sem liames éticos ou técnicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Adequados

Recomendações: Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Aprovação

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP: Aprovar

São Paulo, 23 de Março de 2012

Prof. Dr. Luiz Eugênio Garcez Leme
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa-CAPPesq

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5º andar
CEP 05403-010 - São Paulo - SP.
55 11 2661-6442 ramais: 16, 17, 18 e 20 | cappesq@hcnet.usp.br

7.3 Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO : M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Adaptação transcultural e validação do *InterRAI Home Care assessment form* (InterRAI-HC)
2. PESQUISADOR : Fernanda Pretti Chalet Ferreira
CARGO/FUNÇÃO: Fisioterapeuta INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº : 136728 - F
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
RISCO MÍNIMO x RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

Este estudo possui como objetivo principal realizar a adaptação transcultural e validação do instrumento *InterRAI – Home Care assessment form* (InterRAI-HC) para a população brasileira. Nesse processo, serão utilizados alguns questionários referentes à função cognitiva (*Mini-Mental State Examination*), humor (*Geriatric Depression Scale – 15* e *Cornell Scale for depression in dementia*), atividades básicas e instrumentais de vida diária (*Barthel index*) e aplicação do formulário de avaliação domiciliar *interRAI-HC*, traduzido e adaptado para o português. O *interRAI-HC* contém 20 sessões multidimensionais com informações sobre a saúde do participante atendido em domicílio, facilitando o planejamento terapêutico do mesmo. A aplicação dos instrumentos será realizada no domicílio dos pacientes por um pesquisador habilitado.

A pesquisa não oferece benefício direto ao participante, porém permite a detecção de possíveis problemas de saúde, ambientais e de cuidados. Em médio prazo, poderá propiciar a tomada de decisões e definição do prognóstico dos participantes avaliados e em longo prazo, acredita-se que os resultados da pesquisa serão ferramentas para a educação e capacitação de profissionais da saúde, bem como estratégia gerencial do sistema de saúde.

As intervenções oferecem risco *mínimo* aos participantes e/ou responsáveis legais por apresentar como procedimento a aplicação de questionários e formulário, porém existe um risco psicológico envolvido na abordagem de algumas questões. Os indivíduos incluídos no estudo não serão submetidos a um possível desconforto relacionado com deslocamentos, dado que os instrumentos serão aplicados no domicílio do paciente.

Em qualquer etapa do estudo, o Sr. (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Ft. Fernanda Pretti Chalet Ferreira que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 - Cerqueira César - São Paulo - Brasil. Telefone(s): 11-97677-8578

Se o Sr. (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Ovídio Pires de Campos, 225 - 5º andar - tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 - E-mail: O Sr. (a) possui garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles. O Sr. (a) possui o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores; Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: *"Adaptação transcultural e validação do InterRAI - Home Care assessment form (InterRAI-HC)"*.

Eu discuti com a Ft. Fernanda Pretti Chalet Ferreira 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 confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também 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 ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha Data ____ / ____ / ____

(para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual).

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Report of the Director-General. The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all. World Health Organization. Geneva; 1998.
2. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial, um desafio novo. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):200-10.
3. Berquó ES. Fatores estatísticos e dinâmicos – mortalidade e fecundidade. In: Santos JLF, Levy MSF, Szmrecsányi T. *Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise*. São Paulo: TA Queiroz. 1991:21-85.
4. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2007;4(14):135-40.
5. Omran A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q*. 1971;49(1):509-38.
6. Ramos LR, Veras RP, Kalache A,. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):211-24.
7. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163-96.
8. Fernandes MTO, Soares SM. The development of public policies for elderly care in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1493-501.
9. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência Saúde Coletiva*. 2004;9(2):423-32.
10. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.

11. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. *Rev Neurociências*. 2001;9(3):111-7.
12. Alencar MCB, Henemann L, Rothenbuler R. A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar. *Fisioter Mov*. 2008;21(1):11-20.
13. Silva KL, Sena RR, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):391-7.
14. Feuerwerker LCM & Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Pan Salud Publ*. 2008;24:180-8.
15. Duarte YAO, Diogo MJ. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000.
16. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. (2006, 19 de outubro). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
17. Portaria n. 2.029 de 24 de agosto de 2011. (2011, 24 de agosto). Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
18. Tavolari CEL, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. *Rev ADM Saúde*. 2000;9(3):15-8.
19. Collopy B, Dubler N, Zuckerman C. The ethics of home care: autonomy and accommodation. *Hastings Cent Rep*. 1990;20(Suppl:S1-16).
20. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". *Med J Aust*. 2012 Nov 5;197(9):512-9.
21. Portaria n. 963 de 27 de maio de 2013. (2013, 27 de maio). *Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

22. Yamaguchi AM, Higa-Taniguchi KT, Andrade L, Bricola SAPC, Filho WJ, Martins MA. *Assistência Domiciliar, uma proposta interdisciplinar*. 1 ed. São Paulo: Manole; 2010.
23. Fortes PAC. *Reflexões sobre bioética e o consentimento esclarecido*. Bioética.1995; 2:129-35.
24. Giovâni Firpo Del Duca GF, Thumé E, Halal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):113-20.
25. Neal-Boylan L. Health assessment of the very old person at home. *Home Health Nurse*. 2007 Jun;25(6):388-98.
26. Braz E, Ciosak SI. O perfil do envelhecimento. In: Braz E, Segranfredo KU, Ciosak SI. *O paradigma da 3ª idade*. Cascavel (PR): Coluna do Saber; 2006.
27. Moraes EN. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Borges APA, Coimbra AMC, organizadores. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2008. p. 151-75.
28. Epstein AM, Hall JA, Besdine R, et al. The emergence of geriatric assessment units. The "new technology of geriatrics." *Ann Intern Med*. 1987;106:299-303.
29. Rubenstein LZ, Wieland GD, Bernabei R, eds. *Geriatric assessment technology: the state of art*. Milan: Editrice Kurtis; 1995.
30. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342:1032-6.
31. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61:53-62.
32. Frankel A, Gelman S. *Case Management: an introduction to concepts and skills*. Chicago: Lyceum; 1998.
33. Case Management Society of America. (2007). *Definition of case management*. Retrieved December 3, 2014, from

<http://www.cmsa.org/ABOUTUS/DefinitionofCaseManagement/tabid/104/Default.aspx>.

34. Gonzales RIC, Casarin SNA, Caliri MHL, Sassaki CM, Monroe AA, Villa TCS. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Rev Latinoam Enf.* 2003;11(2):227-31.
35. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomos I e II.
36. Mumma CM, Nelson A. Models for theory-based practice of rehabilitation nursing. In: Hoeman SP. *Rehabilitation nursing: process and application*. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1996. p. 21-33.
37. May CA, Schraeder C, Britt T. *Managed care & case management: roles for professional nursing*. Washington: American Nurses Publishing; 1996.
38. Lupari M, Coates V, Adamson G, Crealey GE. 'We're just not getting it right' – how should we provide care to the older person with multi-morbid chronic conditions? *J Clin Nurs*. 2011;20:1225-35.
39. Gonseth J, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J*. 2004;25(18):1570-95.
40. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, Isham G, Snyder SR, Carande- Kulis VG, Garfield S, Briss P, McCulloch D. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2002;22(4 Suppl):15-38.
41. Fine M: *The fragmented structure of community support services: a community case study*. Kensington: University of NSW Social Policy Research Centre; 1993.
42. Clarfield AM, Bergman H, Kane R: Fragmentation of Care for Frail Older People; an International Problem. Experience from Three Countries: Israel, Canada, and the United States. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(12):1714-21.

43. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:93.
44. Aliotta SL, Grieve K, Giddens JF, Dunbar L, Groves C, Frey K, Boulton C. Guided care: a new frontier for adults with chronic conditions. *Prof Case Manag.* 2008;13(3):151-15.
45. Boyd CM, Shadmi E, Conwell LJ, Griswold M, Leff B, Brager R, et al. A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multi-morbid older adults. *J Gen Intern Med.* 2008 May;23(5):536-42.
46. Boyd CM, Shadmi E, Conwell LJ, Sylvia M & Boulton C. The effect of guided care on quality of care. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(4):S205.
47. Portela M, Martins M. Gestão da qualidade em saúde. In: Lopes CMB, Barbosa PR. (Org.). *Educação a distância*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2008;70-81.
48. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, Santos LMAM, Guerra ACLC. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(2):357-65.
49. Veras RP. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(6):929-34.
50. Hutt R, Rosen R, McCauley J: *Case-managing long-term conditions: what impact does it have in the treatment of older people?* London: King's Fund; 2004;
51. Eklund K, Wilhelmson K: Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community.* 2009;17(5):447-58.
52. Landi F, Onder G, Russo A, Tabaccanti S, Federici RS, Tua E, Cesari M, Bernabei R. A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. *J Clin Epidemiol.* 2001;54:968-70.
53. Carpenter GI, Bernabei R, Hirdes JP, et al. Building evidence on chronic disease in old age: Standardised assessment and databases offer one way of building the evidence. *BMJ.* 2000;320:528-9.

54. Johri M, Beland F, Bergman H: International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18(3):222-35.
55. Leichsenring K, Alaszewski AM: Providing integrated health and social care for older persons: a European overview of issues at stake. In *Providing integrated health and social care for older persons: a European overview of issues at stake*. Farnham: Ashgate; 2004.
56. Morris J, Hawes, Fries BE, Phillips C, Mor V, Katz S. Designing the national resident assessment system for nursing homes. *Gerontologist*. 1990;30(3):293-307.
57. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
58. Folstein MFSE, McHugh PR. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
59. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;17(1):37-49.
60. Gray LC, Berg K, Fries BE, Henrard JC, Hirdes JP, Steel K, Morris JN. Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:71.
61. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Fries BE, Nonemaker S. Reliability estimates for the minimum data set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *Gerontologist*. 1995;35:172-78.
62. Hawes C, Mor V, Phillips CD, et al. The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the resident assessment instrument: effects on process quality. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45:977-85.
63. Bernabei R, Landi F, Onder G, Liperoti R, Garnbassi G. Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63:308-13.
64. Página da *interRAI*. [acesso em 5 janeiro 2015]. Disponível em: www.interRAI.org/instruments.html.

65. John N Morris JN, Fries BE, Frijters D, Hirdes JP, Knight S. interRAI home care quality indicators. *BMC Geriatrics*. 2013;13:127.
66. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, Gilgen R, Hirdes JP, Topinkova E. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45(8):1017-24.
67. Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, et al. Community care in Europe. The aged in home care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res*. 2004;16:259-69.
68. Snowden M, McCormick W, Russo J, Srebnik D, Comtois K, Bowen J, Teri L, Larson EB. Validity and responsiveness of the minimum data set. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1000-4.
69. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Philips C, Mor V, Lipsitz L. MDS cognitive performance scale. *J Gerontol Med Sci*. 1994;49(4):174-82.
70. Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing*. 2000;29:165-72.
71. Alexopoulos GA, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psych*. 1988;23:271-84.
72. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
73. Morris JN, Berg K, Fries B, Steel K, Howard E. Scaling functional status within the interRAI suite of assessment instruments. *BMC Geriatrics*. 2013;13:128.
74. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, Gambassi G, Lattanzio F, Bernabei R. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care*. 2000;38(12):1184-90.
75. Williams BC, Li Y, Fries BE, Warren RL. Predicting patient scores between the Functional Independence Measure and the Minimum Data Set: development and performance of a FIM-MDS "Crosswalk". *Arch Phys Med Rehabil*. 1997;78:48-54.

76. Morris JN, Fries BE, Bernabei R, Steel K, Ikegami N, Carpenter I, Gilgen R, DuPasquier JN, Fritjers D, Henrard JC, Hirdes JP, Belleville-Taylor P: *Home care (HC) assessment form and user's manual, 9.1*. Washington, DC: interRAI; 2009.
77. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res.* 1993;2(6):451-9.
78. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB; Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25(24):3186-91.
79. Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Eval Health Prof.* 2005;28(2):212-32.
80. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(12):1417-32.
81. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res.* 1998;7(4):323-35.
82. Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J. Adv Nurs.* 2004;48(2):175-86.
83. Perneger TV, Leplège A, Etter JF. Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: two methods compared. *J Clin Epidemiol.* 1999;52(11):1037-46.
84. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology.* 2004;126(1Supl 1):S124-8.
85. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P; ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation. *Value Health.* 2005;8(2):94-104.

86. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):665-73.
87. Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*. 1995; 24:61-3.
88. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
89. Hulley SB, Cummings SR, Brower WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem metodológica*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
90. De Almeida Mello J, Hermans K, Van Audenhove C, Macq J, Declercq A. Evaluations of home care interventions for frail older persons using the interRAI home care instrument: a systematic review of the literature. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Feb 1;16(2):173.e1-173.e10.
91. Uchoa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):849-53.
92. Epstein J, Osborne RH, Elsworth GR, Beaton DE, Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *J Clin Epidemiol*. 2013;S0895-4356(13)00305-3.
93. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo sabe no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.
94. Carvalho MFC, Romano- Lieber NS, Mendes GB, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, Duarte YAO. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(4):817-27.
95. Oliveira SFD, Duarte YAO, Lebrão ML, Laurenti R. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no Município de São Paulo. *Saúde Sociedade*. 2007;(16):1;81-9.
96. Hirdes JP, Freeman S, Smith TF, Stolee P. Predictors of caregiver distress among palliative home care clients in Ontario: Evidence based on the interRAI palliative care. *Palliat Support Care*. 2012;10:155-63.

97. Wimo A, Von Strauss E, Nordberg G, Sassi F, Johansson L. Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy*. 2002;61:255-68.
98. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADSS. In: Camarano AA(Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea; 2010.
99. Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? In: Hirata H, Guimarães NA. *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas; 2012.
100. Diogo MJDE. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. *Rev Latinoam Enf*. 2004;12(2):280-2.
101. Martins JJ, Albuquerque GLA, Nascimento ER, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto - Enferm*. 2007;16(2):254-62.
102. Carpenter I, Hirdes JP. *Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care. A good life in old age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care* © OECD/European Commission; 2013.
103. Wellens NIH, Milisen K, Moons P. Methods to assess the reliability of the interRAI acute care: a framework to guide clinimetric testing. Part II. *J Eval Clin Pract*. 2012;18:822-7.
104. Wellens NIH, Lancker AV, Flamaing J, Gray L, Moons P, Verbeke G, Boonem S, Milisen K. Interrater reliability of the interRAI Acute Care (interRAI AC). *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55:165-72.
105. Ferreira FPC, Bansi LO, Paschoal SMP. Aged care services and home health care and institutional strategies. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):911-26.
106. Carpenter GI. Accuracy, validity and reliability in assessment and in evaluation of services for older people: the role of the interRAI MDS assessment system. *Age Ageing*. 2006;35:327-9.

107. Fries BE, Fahey CJ. Lessons learned from eight case studies. In: *Milbank memorial fund. Implementing the resident assessment instrument: case studies of policymaking for long-term care in eight countries*. New York: Milbank memorial fund; 2003.
108. Wellens NIH, Deschodt M, Flamaing J, Moons P, Boonen S, Boman X, Gosset C, Petermans J, Milisen K. First-generation versus third-generation comprehensive geriatric assessment instruments in the acute hospital setting: a comparison of the minimum geriatric screening tools (mgst) and the interRAI acute care (interRAI AC). *J Nutr Health Aging*. 2011;15(8):638-44.

9 APÊNDICES

9.1 Apêndice A - Quadro 1 – Resultado das modificações sugeridas pela comissão de especialistas

Versão original traduzida	≥Versão pré-final
SEÇÃO A. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
Título do domínio: Identificação	Acrescentou-se a expressão “ Identificação do usuário ”
Item 2: Sexo ; opções de resposta: 1. masculino e 2. feminino	Substituição pelo termo “ gênero ”; acrescentou-se as opções de resposta “ 3. Indeterminado e 4. Ignorado ”
Item 4: Estado civil	Substituição pela expressão “ Situação conjugal ”; acrescentou-se a opção de resposta “ 7. Desquitado ”
Item 5: Documentos de identificação	Acrescentou-se as opções “ Cartão seguro saúde ou convênio ”
Item 7 (Fontes pagadoras da assistência domiciliar); opções de resposta: b. Seguro Saúde e c. Sistema Único de Saúde	Substituição pelo termo “ b. Plano de Saúde ” e Acrescentou-se a sigla do Sistema Único de Saúde “ SUS ”
Item 8 (Motivo da avaliação); opção de resposta: 4. Mudança significativa no estado do paciente	Acrescentou-se a informação “ Reavaliação por mudança significativa no estado do paciente”
Item 10: Objetivos dos cuidados referidos pela pessoa ; Legenda do item: Registre os objetivos principais na caixa abaixo	Substituição por “ Expectativa em relação aos cuidados pessoais ”; Substituição pela descrição “ Registre as expectativas em relação aos cuidados domiciliares na caixa abaixo ”
Item 12. Local de residência no momento da avaliação ; opções de resposta: 1. Casa particular/apartamento/quarto alugado, 4. Residência para doentes mentais, 5. Residência de grupo para pessoas com deficiência física, 6. Residência para pessoas com déficit intelectual	Acrescentou-se as opções de resposta “ casa de parentes ” e “ pensão ” Substituição pela definição “ 4. Residência terapêutica para pessoas com deficiência intelectual ”, “ 5. Residência inclusiva para pessoas com deficiência ” e “ 6. Instituição para pessoas com deficiência intelectual ”
Item 13: Situação de vida ; subitem: a. Com quem vive ; opção de resposta: 5. Com pai e/ou mãe ou guardião ; subitem: b. Em comparação a 90 dias atrás (...) o usuário vive (...); subitem: c. A pessoa ou seus familiares pensam que a pessoa estaria melhor vivendo em outro local	Substituição pela expressão “ Arranjos de vida ”; Substituição pelo termo “ Com quem mora ”; Substituição pelo termo “ Com pai e/ou mãe ou tutor/curador (o) (es) ”; Substituição de “ 90 dias atrás ” por “ 3 meses atrás ” e “ vive ” por “ mora ”; Substituição pela expressão “ O(a) usuário(a) ou seus familiares pensam que ele (a) estaria melhor morando em outro local ”.

SEÇÃO B. HISTÓRIA DE ADMISSÃO	
Item 1: Data de abertura do caso (neste serviço)	Substituição pelo termo “1. Data de admissão (neste serviço)”
Item 2: Raça e etnia ; opções de resposta	Substituição pelo termo “ Cor ou raça”; Acrescentou-se a opção de resposta “ e. Indígena ”
Item 3. Língua principal ; opções de resposta: 1. Inglês , 2. Espanhol , 3. Francês , 4. Outras	Substituição pelo termo “ Idioma principal ”; Substituição das opções de resposta por “1. Português , 2. Outra. Qual? ”
Item 4. História residencial nos últimos 5 anos (opções de resposta)	Acrescentou-se as opções de resposta: “f. Casa particular ”
SEÇÃO C. COGNIÇÃO	
Item 1 (Legenda do item): Decisões sobre atividades de vida diária, (ex: quando se levantar ou quando comer, que roupas ou que atividade fazer)	Acrescentou-se o termo “ Decisões sobre atividades de vida diária, (ex: quando se levantar ou quando comer, que roupas vestir ou que atividade fazer) ”
Item 2: Memória/ Recordação ; opções de resposta: b. Memória processual – Pode executar (...) de ações numa tarefa, sem ajuda (...) ; c. Memória situacional – Reconhece nomes/faces de cuidadores e pessoas frequentemente encontradas e conhece a localização dos lugares regularmente visitados na casa (quarto, sala de estar, banheiro, cozinha)	Substituição pela expressão “ Memória/ Capacidade de recordar ”; Substituição pelo descrição “b. Memória processual - Pode executar (...) de ações em múltiplas tarefas, sem ajuda para iniciá-los ”; “c. Memória situacional – Reconhece nomes/ faces de cuidadores e de pessoas que encontra com frequência e conhece a localização dos lugares regularmente frequentados na casa (quarto, sala de estar, banheiro, cozinha) ”
Item 3: Alteração periódica do pensamento/ percepção ; nota do item 3; opções de resposta: 0, 1 e 2.	Substituição pelo termo “ Alteração periódica do pensamento ou alerta/atenção ”; Acrescentou-se à nota do item 3 “[Nota: Uma avaliação precisa requer diálogo com a equipe, a família ou outros que tenham conhecimento direto do comportamento da pessoa nesse momento]; Acrescentou-se às opções de resposta o termo “ alteração ”: “0. Não apresenta alteração ; 1. Apresenta alteração (...) , 2. Apresenta alteração (...) ”
Item 5. Mudança na capacidade de tomada de decisão em comparação a 90 dias atrás (ou desde a última avaliação)	Substituição pelo termo “ Mudança na capacidade de tomada de decisão em comparação a 3 meses atrás (ou desde a última avaliação) ”

SEÇÃO D. COMUNICAÇÃO E VISÃO	
Item 1 (Opção de resposta): “4. Raramente nunca compreendido”	Acrescentou-se a preposição “Raramente ou nunca compreendido”
Item 2. (Opções de resposta): “0. Compreende – compreensão clara”, “1. Compreende geralmente (...)”, “3. Compreende algumas vezes – Responde adequadamente à comunicação simples e direta”, “4. Raramente nunca compreende”	Acrescentou-se o termo “0. Sempre compreende” ; Substituição dos termos “1. Compreende na maior parte das vezes(...)” ; “3. Compreende algumas vezes – Responde adequadamente somente à comunicação simples e direta” ; “4. Raramente ou nunca compreende”
Item 4. (Opções de resposta): “0. Adequada – vê detalhes finos, incluindo caracteres de jornais e livros”, “1. Dificuldade mínima – Vê os títulos, mas não os caracteres normais de jornais e livros”	Substituição dos termos “0. Adequada – Vê detalhes finos, incluindo letras impressas em jornais e livros”, “Dificuldade mínima – Vê os títulos, mas não as letras normais de jornais e livros”
SEÇÃO E. HUMOR E COMPORTAMENTO	
Item 1. (Opção de resposta): “1. Aconteceu, em 1-2 dias dos últimos 3 dias”	Substituição pela expressão “Aconteceu, mas não esteve presente nos últimos 3 dias”
Item 3. (Opções de resposta): “0. Não aconteceu”, “1. Costuma sentir, mas não nos últimos 3 dias”, “2. Aconteceu em 1-2 dias dos últimos 3 dias”, “Aconteceu, diariamente nos últimos 3 dias”	Substituição do termo “aconteceu” por “apresentou” em todas as opções de resposta do item; Substituição do termo “sentir” por “apresentar”
SEÇÃO F. BEM-ESTAR PSICOSSOCIAL	
Item 1. (Opções de resposta): “a. Participação em atividades sociais com interesse de longa data”, “c. Outro tipo de contato com um amigo/ conhecido (...)”, “d. Conflito ou raiva (...)”, “f. Negligenciado, abusado, maltratado”	Substituição pelos termos “a. Participou de atividades sociais que possuía interesse de longa data” ; Acrescentou-se os termos “c. Teve outro tipo de contato com um amigo/ conhecido (...)”, “d. Teve conflito ou raiva (...)”, “f. Foi negligenciado, abusado, maltratado”
Item 3: Alterações nas atividades sociais nos últimos 90 dias (ou desde a última avaliação, se há menos de 90 dias)	Substituição pelo termo “3. Alterações nas atividades sociais nos últimos 3 meses (ou desde a última avaliação, se há menos de 3 meses)”
Item 5. Estressores importantes nos últimos 90 dias ; Legenda do item: ex: episódio de doença grave consigo mesmo; morte ou doença grave de amigo/ familiar; perda da casa; perda significativa de rendas/ bens; vítima de crimes, como roubo ou assalto; perda de carro/ habilitação	Substituição pelo termo “5. Estressores importantes nos últimos 3 meses” ; Substituição e acréscimo dos termos: “- ex: episódio de doença pessoal grave; morte ou doença grave de amigo/ familiar; perda da casa; perda significativa de rendas/ bens; foi vítima de violência (física, psicológica, sexual); perda de carro/ habilitação para dirigir”

SEÇÃO G. CAPACIDADE FUNCIONAL

Título do domínio: Status Funcional	Substituição pelo termo: “ Capacidade funcional ”
<p>Item 1: AIVD – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA; Legenda do item: Codificar o desempenho em rotinas diárias em casa(...) Isto requer alguma especulação do avaliador; opção de resposta: “0. Independente – Nenhuma ajuda, preparação ou supervisão”; Descrição da atividade: “a. Preparo de refeições – Como as refeições (...) juntar ingredientes(...)”; “h. TRANSPORTE – Como anda de transportes públicos (orientação, pagamento de tarifas) ou dirige um veículo (inclui sair de casa, entrar e sair do veículo)”</p>	<p>Acrescentou-se os termos “AIVD – DESEMPENHO E CAPACIDADE NAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA”; Substituição pelas expressões: “Codificar o desempenho nas atividades rotineiras em casa(...) Isto requer alguma investigação do avaliador”; Substituição pela expressão: “0. Independente – Nenhuma ajuda, preparo ou supervisão”; Substituição pelo termo: “a. Preparo de refeições – Como as refeições (...) misturar ingredientes(...)”; Substituição e acréscimo dos termos: “h. TRANSPORTE – Como usa transportes públicos (orientação, pagamento de tarifas, apresentação de identidade) ou dirige um veículo (incluindo sair de casa, entrar e sair do veículo)”.</p>
<p>Item 2: AVD – DESEMPENHO NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA; Legenda do item: “Em outras situações foque nos três episódios (...) Caso contrário, pontue a AVD de acordo (...)”; Opções de respostas: “0. Independente – Nenhuma ajuda, preparação ou supervisão em nenhum episódio”; “1. Independente, ajuda apenas na preparação – (...)”; “3. Assistência limitada - Auxílio na condução da movimentação dos membros, condução sem sustentação do peso”; Descrição da atividade: “a. Tomar banho – Como toma banho de corpo inteiro (...)”; “b. Higiene pessoal – Como faz sua higiene (...) aplicação de maquiagem (...)”; “d. Vestir-se da cintura para baixo – (...) saias, etc.”; g. Transferência para o vaso sanitário – Como se senta e se levanta do vaso sanitário/bacia; “h. Uso do banheiro – Como usa o banheiro (ou bacia, ou comadre, ou urinol)(...)”</p>	<p>Acrescentou-se os termos “ABVD – DESEMPENHO NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA”; Substituição pelos termos: “Em outras situações focalize nos três episódios (...) Caso contrário, pontue a AVD de acordo (...)”; Substituição pelos termos: “Independente – Nenhuma ajuda, preparo ou supervisão em qualquer episódio”; Substituição e acréscimo dos termos: “1. Independente, mas necessita de ajuda apenas no preparo – (...)”; Substituição pelos termos: “3. Assistência limitada - Auxílio na condução da movimentação dos membros, sem necessidade de sustentá-los”; Substituição pelos termos: “a. Tomar banho – Como toma banho completo(...)”; “b. Higiene pessoal – Como faz sua higiene (...) aplicar maquiagem (...)”; Acrescentou-se o termo: “d. Vestir-se da cintura para baixo – (...) saias, calçados etc.”; Exclusão do termo “bacia”; “g. Transferência para o vaso sanitário – Como se senta e se levanta do vaso sanitário”; Substituição do termo “bacia” por “vaso sanitário”; “h. Uso do banheiro – Como usa o banheiro (ou vaso sanitário, ou comadre, ou urinol)(...)”</p>
<p>Item 3 (Opção de resposta): “1. Anda, com a utilização de dispositivos de auxílio – ex: bengala, andador, muleta, cadeira de rodas”; “2. Cadeira de rodas, scooter”; Subitem b (Comando do teste): “(...) Pare a contagem quando o pé passar os 4 metros”; Subitem: “d. Distância percorrida em cadeira de rodas (sem ajuda) – (...) de</p>	<p>Acrescentou-se o termo “1. Anda, com a utilização de dispositivos de auxílio – ex: bengala, andador, muleta, empurrando cadeira de rodas”; “2. Cadeira de rodas motorizada”; Substituição pelo comando: “(...) Pare a contagem quando o pé ultrapassar a marca dos 4 metros”; “d. Distância percorrida em cadeira de rodas</p>

<i>uma vez (...)</i>	<i>(sem ajuda) – (...) sem parar (...)</i>
Item 6, 7 e 8 (Título do item): 90 dias	Substituição pelo termo “3 meses”
SEÇÃO H. CONTINÊNCIA	
Item 1 (Opção de resposta): “4. Frequentemente incontinente”; “6. Não ocorreu – Não houve débito urinário (...) ”	Substituição pela expressão: “4. Incontinência frequente” e “6. Não ocorreu– Não houve eliminação urinária nos últimos 3 dias.”
Item 2. COLETORES UNRINÁRIOS ; Opção de resposta: “1. Uripem”	Substituição pelo termo: “Dispositivos urinários” ; Substituição pelo termo: “1. Coletor urinário”
Item 3. (Opções de respostas): “0. Continente – Controle completo; NÃO USA estomia”; “1. Controle com estomia – Controle com estomia há mais de 3 dias”; “2. Incontinência rara – (...) apresenta episódios pontuais de incontinência”	Acrescentou-se os termos “0. Contínente – Controle completo; NÃO USA qualquer tipo de estomia” ; Acrescentou-se os termos “1. Controle com dispositivo na estomia – Controle com dispositivo na estomia há mais de 3 dias” ; Substituição pelo termo “2. Incontinência rara – (...) apresenta alguns episódios de incontinência”
SEÇÃO I. DIAGNÓSTICOS	
Item 1. DIAGNÓSTICOS (Opções de resposta): “d. Outros estados demenciais”; “AVC (Acidente Vascular Cerebral)”; “m. Insuficiência cardíaca”; “n. Ansiedade”	Acrescentou-se a descrição “d. Outros estados demenciais, sem ser Doença de Alzheimer” ; Substituição pelo termo “j. Derrame cerebral” ; Acrescentou-se o termo “m. Insuficiência cardíaca congestiva” ; Acrescentou-se os termos: “n. Distúrbios de ansiedade”
SEÇÃO J. CONDIÇÕES DE SAÚDE	
Item 1. QUEDAS (Opção de resposta): “1. Não caiu nos últimos 30 dias, mas caiu há menos de 90 dias”	Substituição pela expressão “1. Não caiu nos últimos 30 dias, mas caiu entre 31 e 90 dias”
Item 3. FREQUÊNCIA DE PROBLEMAS (Opções de respostas): “f. Dificuldade para eliminar secreção”; “g. Processo de pensamento anormal – ex: afrouxamento das associações, bloqueios, fuga de ideias, distração, dificuldade em dar continuidade ao pensamento”; “k. Refluxo ácido (...); “l. Constipação – Não defecou (...) dificuldade para eliminar fezes(...); “o. Dificuldade em adormecer ou em permanecer dormindo; acorda muito cedo; sono não reparador”	Acrescentou-se os termos “f. Dificuldade para eliminar secreção das vias aéreas” ; Exclusão do termo “afrouxamento das associações” ; Substituição pelo termo “k. Refluxo gastroesofágico” ; Substituição pelo termo “k. Refluxo ácido (...); “l. Constipação – Não defecou (...) dificuldade para eliminar fezes(...); Acrescentou-se os termos: “o. Dificuldade em adormecer ou em permanecer dormindo; acorda muito cedo; sono não reparador/ agitação noturna”
Item 6. SINTOMAS DE DOR (Subitem): “a. Frequência com que se queixa ou demonstra evidência de dor (incluindo expressão facial, cerrar os dentes, gemer, defesa quando tocado ou outros sinais não verbais de dor); “b. Intensidade da dor de maior gravidade”; Opções de resposta Subitem “e”: “1. Intensidade da	Acrescimento e substituição dos termos “a. Frequência com que se queixa ou demonstra evidência de dor (incluindo mudança da expressão facial, cerrar os dentes, gemer, esquivar-se quando tocado ou outros sinais não verbais de dor); Substituição pelos termos: “b. Intensidade do maior nível de dor presente”; Substituição

dor aceitável para a pessoa; não é necessário aplicar ou alterar as orientações”; “2. Dores controladas adequadamente pelas orientações”; “3. Dores controladas quando as orientações são seguidas, mas nem sempre são seguidas como prescritas”;	pelos termos: “1. Intensidade da dor aceitável para a pessoa; não é necessário tratamento ou alterar o tratamento prescrito ”; “2. Dores controladas adequadamente pelo regime terapêutico ”; “3. Dores controladas quando o tratamento é seguido , mas nem sempre é seguido como prescrito ”
Item 7. INSTABILIDADE DAS CONDIÇÕES (Opção de resposta): “a. Condições de saúde/doenças originam padrões instáveis (...)”	Substituição pelo termo “a. Condições de saúde/ as doenças tornam padrões instáveis (...)”
Item 8. AUTO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE – Pergunte: “Em geral, como avaliaria sua saúde?” ; Opções de resposta: “0. Excelente, 1. Boa, 2. Razoável, 3. Ruim, 5. Não quer ou não consegue responder”	Substituição e acréscimos dos termos: “Item 8. AUTO PERCEÇÃO DE SAÚDE – Pergunte: “Em geral, como avaliaria sua saúde <i>atual</i>?” ; Substituição pelo termo “0. Muito boa ” e acréscimo da opção “4. Muito ruim ”.
Item 9. (Opção de resposta): “1. Não fumou nos últimos 3 dias, mas costuma fumar”	Acrescentou-se o termo “1. Não fumou nos últimos 3 dias, mas costuma fumar diariamente ”
SEÇÃO K. ESTADO ORAL E NUTRICIONAL	
Item 2. ASPECTOS NUTRICIONAIS (opções de resposta): “b. Desidratado ou uréia/ creatinina >25; “c. Ingestão de líquido inferior de 1 litro por dia (menos de 4 copos de tamanho normal 250 ml)””; “d. A perda de líquidos excede a ingestão”	Acrescentou-se o termo “b. Desidratado ou razão uréia/ creatinina >25 ; Exclusão da definição “ tamanho normal ”: “c. Ingestão de líquido inferior de 1 litro por dia (menos de 4 copos de 250 ml) ”; Substituição pela expressão “d. A eliminação de líquidos excede a ingestão”
Item 3. MODO DE INGESTÃO DE ALIMENTOS (opção de resposta): “2. Requer modificações da dieta para engolir-comida sólida (...)”; “9. Atividade não ocorreu – durante todo o período”	Substituição pelos termos “2. Requer modificações da dieta para-deglutir comida sólida (...)”; “9. Não ingeriu – durante todo o período ”
Item 4. CAVIDADE ORAL: “a. usa dentadura (prótese removível)””; “b. tem dentes quebrados, fragmentados, soltos ou não intactos”;	Acrescentou-se o termo “a. usa dentadura parcial ou total (prótese removível)””; Exclusão dos termos: “b. tem dentes quebrados, fragmentados ou soltos”; Acrescentou-se a opção “e. Não tem dentes ”
SEÇÃO L. CONDIÇÕES DA PELE	
Item 1. ÚLCERA DE PRESSÃO ; Opção de resposta item 1: “1. Qualquer área de pele com eritema constante”; “3. Úlceras profunda na pele”;	Substituição pelo termo “ Úlcera por pressão ” em todas as ocorrências da seção; Substituição pela definição: “1. Qualquer área de pele com eritema persistente que não embranquece ”; Acrescentou-se as definições “3. Úlceras profunda na pele, não chegam à fáscia muscular ”; Substituição pelo termo “5. CORTES OU LESÕES POR FRICÇÃO ”
Item 5. CORTES OU RUPTURAS DA PELE	

SEÇÃO M. MEDICAÇÃO	
Item 1. LISTA DE TODOS OS MEDICAMENTOS (legenda): “ Nota: usar registros computadorizados (...) ”; Subitem: “ d. Via de administração – Codificar usando a lista seguinte ”	Substituição pelo termo “Nota: usar registros eletrônicos (...) ”; Substituição pela expressão “ d. Via de administração – Usar os seguintes códigos ”
SEÇÃO N. TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS	
Item 3. (opções de resposta) CUIDADOS FORMAIS: “ c. Enfermagem domiciliar ”	Acrescentou-se a opção de resposta “ b. Acompanhante de idosos ”; Substituição pela expressão “ Cuidados de enfermagem ”
Item 4. VISITA AO HOSPITAL (...); Opção de resposta: “ b. Assistência em serviço de emergência hospitalar (sem pernoite) ”	Substituição pelo termo “4. ATENDIMENTO EM HOSPITAL (...) ”; “ b. Atendimento em serviço de emergência hospitalar (sem pernoite) ”
SEÇÃO P. APOIO SOCIAL	
Item 2. ESTADO DO CUIDADOR INFORMAL (Opção de resposta): “ b. O (a) cuidador(a) primário(a) expressa (...) ”; “ c. Família ou amigos próximos demonstram sentir-se esgotados (...) ”	Substituição pelo termo: “ b. O (a) cuidador(a) principal expressa ”; “ c. Família ou amigos próximos relatam sentir-se esgotados (...)”
Item 3. HORAS DE APOIO INFORMAL E MONITORAMENTO ATIVO DURANTE OS ÚLTIMOS 3 DIAS	Substituição pelo termo: “3. HORAS DE CUIDADO INFORMAL E MONITORAMENTO ATIVO DURANTE OS ÚLTIMOS 3 DIAS ”
Item 4. RELAÇÃO FORTE E DE APOIO COM A FAMÍLIA	Substituição pelo termo: “4. VÍNCULO forte e de apoio com a família”
SEÇÃO Q. AVALIAÇÃO AMBIENTAL	
Item 1. AMBIENTE DOMICILIAR (Opção de resposta): “ a. más condições da habitação – ex: desordem (...) cozinha, buracos no chão (...) ”; “ e. Acesso limitado ao domicílio ou a suas dependências – ex: dificuldade da entrada/saída de casa (...) ausência de barras laterais apesar da necessidade ”	Acrescentou-se os termos “ a. más condições da habitação – ex: desordem (...) cozinha, corredor, banheiro, buracos no chão (...) ”; Substituição pelo termo “ e. Acesso limitado ao domicílio ou a suas dependências – ex: dificuldade da entrada/saída de casa (...) ausência de corrimão apesar da necessidade ”;
Item 3. AMBIENTE EXTERNO (opções de resposta): “ a. Disponibilidade de assistência de emergência- ex: telefone, sistema de tele alarme ”; “ c. Disponibilidade de entregas do mercado/mercearia no domicílio ”	Substituição pelo termo “ a. Disponibilidade de assistência de emergência- ex: telefone, sistema de teleassistência ”; “ c. Disponibilidade de entregas de mercadorias no domicílio ”
Item 4. FINANÇAS (legenda): “ Devido a limitação financeira (...) ou apoio domiciliar. ”	Acréscimo do termo “ Devido a limitação financeira (...) ou apoio domiciliar necessários. ”

SEÇÃO R. POTENCIAL PARA TER ALTA DO SERVIÇO E ESTADO GERAL	
Item 2. INDEPENDÊNCIA GERAL ALTEROU-SE SIGNIFICATIVAMENTE QUANDO COMPARADA COM O ESTADO DE 90 DIAS ATRÁS (OU DESDE A ÚLTIMA AVALIAÇÃO SE HÁ MENOS TEMPO)	Substituição e acréscimo dos termos “2. AUTOSSUFICIÊNCIA GERAL ALTEROU-SE SIGNIFICATIVAMENTE QUANDO COMPARADA COM O ESTADO DE 3 MESES ATRÁS (OU DESDE A ÚLTIMA AVALIAÇÃO SE REALIZADA HÁ MENOS TEMPO) ”.
SEÇÃO S. ALTA	
Item 2. RESIDE/ VIVE NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO ; Opção de resposta	Substituição pelo termo “ MORA/ VIVE NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO ”; Acrescentou-se a opção de resposta “ 15. Faleceu ”
SEÇÃO T. INFORMAÇÃO SOBRE A AVALIAÇÃO	
Item 1. ASSINATURA DA PESSOA COORDENANDO/ CONCLUINDO A AVALIAÇÃO	Acrescentou-se “1. NOME e assinatura da pessoa coordenando/ concluindo a avaliação”. Acrescentou-se os itens: 2. CATEGORIA PROFISSIONAL , 3. NÚMERO DO REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL , 4. NÚMERO DE MATRÍCULA NA INSTITUIÇÃO ;

9.1 Apêndice B – Instrumento InterRAI-Assistência Domiciliar

1

interRAI Assistência Domiciliar (AD) ©
[RESPONDA EM RELAÇÃO AOS ÚLTIMOS 3 DIAS, A MENOS QUE SEJA INDICADO OUTRO PERÍODO]

SEÇÃO A. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1. NOME COMPLETO

2. GÊNERO

1. Masculino 2. Feminino
3. Indeterminado 4. Ignorado

3. DATA DE NASCIMENTO

□□ □□ □□□□
Dia Mês Ano

4. SITUAÇÃO CONJUGAL

1. Solteiro
2. Casado(a)
3. Companheiro(a)
4. Viúvo(a)
5. Separado(a)
6. Divorciado(a)
7. Desquitado(a)

5. DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO/ CARTÃO SEGURO SAÚDE OU CONVÊNIO

a. Prontuário

□□□□□□□□□□□□□□□□

b. CPF

□□□□□□□□□□□□□□□□

c. Cartão Nacional de Saúde

□□□□□□□□□□□□□□□□

6. CÓDIGO DA EQUIPE DE AVALIAÇÃO

□□□□□□□□□□□□□□□□

7. FONTES PAGADORAS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

0. Não 1. Sim

a. A pessoa ou sua família paga a totalidade

b. Plano de Saúde Privado

c. Qual?

d. Sistema Único de Saúde - SUS

e. Outra pessoa (não familiar)

f. Outra. Qual?

8. MOTIVO DA AVALIAÇÃO

1. Primeira Avaliação
2. Reavaliação de rotina
3. Avaliação de retorno ao Serviço de AD
4. Reavaliação por mudança significativa no estado do paciente
5. Alta do Serviço de AD (cobrir os últimos 3 dias de atendimento)
6. Acompanhamento pós-alta de AD
7. Outra – ex: pesquisa

9. DATA DA AVALIAÇÃO

□□ □□ □□□□
Dia Mês Ano

10. EXPECTATIVA EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS PESSOAIS REFERIDOS PELA PESSOA

Registre as expectativas em relação aos cuidados domiciliares na caixa abaixo

11. CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO POSTAL DA ÁREA DE RESIDÊNCIA (CEP)

□□□□□ - □□□□

12. LOCAL DE RESIDÊNCIA NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO

1. Casa particular/ apartamento/ quarto alugado/ casa de parentes/ pensão
2. Lar de idosos
3. Residência assistida, ou semi-independente
4. Residência terapêutica para pessoas com deficiência intelectual
5. Residência inclusiva para pessoas com deficiência
6. Instituição para pessoas com deficiência intelectual
7. Unidade ou hospital psiquiátrico
8. Sem teto (com ou sem abrigo)
9. Instituição de longa permanência (ILP)
10. Hospital/ unidade de reabilitação
11. Unidade de cuidados paliativos/ Hospice
12. Hospital para cuidados agudos
13. Prisão
14. Outro. Qual? _____

13. ARRANJOS DE VIDA

a. Com quem mora

1. Sozinho(a)
2. Com esposo(a)/ companheiro(a) apenas
3. Com esposo(a)/ companheiro(a) e outros
4. Com filho(a)(s)/ sem esposo(a)/ companheiro(a)
5. Com pai e/ou mãe ou tutor/ curador (o)(es)
6. Com irmão(o)(s)
7. Com outros parentes
8. Com pessoas de fora da família

b. Em comparação a 3 MESES ATRÁS (ou desde a última avaliação), o usuário mora agora com novas pessoas (ex: vive com uma nova pessoa ou foi morar com outros)

0. Não 1. Sim

c. O(a) usuário(a) ou seus familiares pensam que ele (a) estaria melhor morando em outro local

0. Não
1. Sim, outra residência na comunidade
2. Sim, em uma Instituição

14. TEMPO DESDE A ÚLTIMA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Codifique em relação ao episódio mais recente nos ÚLTIMOS 90 DIAS

0. Não houve hospitalização nos últimos 90 dias
1. Entre 31 e 90 dias atrás
2. Entre 15 e 30 dias atrás
3. Entre 8 e 14 dias atrás
4. Nos últimos 7 dias
5. Encontra-se internado no momento

SEÇÃO B. HISTÓRIA DE ADMISSÃO

[Nota: Preencha apenas na primeira avaliação]

1. DATA DE ADMISSÃO (neste serviço)

Dia Mês Ano

2. COR OU RAÇA

- a. Branca
 b. Negra
 c. Amarela
 d. Parda
 e. Indígena
 f. Outra

☐

3. IDIOMA PRINCIPAL

1. Português
 2. Outra, Qual?

☐

4. HISTÓRIA RESIDENCIAL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Codificar para todas as residências em que esteve nos últimos 5 ANOS anteriores à admissão [item B1]

0. Não 1. Sim

- a. Instituição de longa permanência
 b. Lar de idosos/ Residência assistida
 c. Residência para doentes mentais
 d. Unidade ou hospital psiquiátrico
 e. Instituição para pessoas com déficit intelectual
 f. Casa de parentes
 g. Pensão
 h. Casa particular

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

SEÇÃO C. COGNIÇÃO

1. CAPACIDADE COGNITIVA PARA TOMADA DE DECISÃO

Decisões sobre atividades de vida diária, (ex: quando se levantar ou quando comer, que roupas vestir ou que atividade fazer)

0. **Independente** – decisões consistentes, racionais e seguras.
 1. **Independência reduzida** – alguma dificuldade apenas em situações novas.
 2. **Limitação mínima** – em situações específicas recorrentes, as decisões tornam-se inadequadas, com necessidade de supervisão nesses casos.
 3. **Limitação moderada** – decisões consistentemente inadequadas; necessidade de supervisão em todos os casos.
 4. **Limitação grave** – nunca/ raramente toma decisões.
 5. **Não tem consciência para julgar, estado de coma.** [Passar para a Seção G]

☐

2. CAPACIDADE DE RECORDAR (Codifique de acordo com a recordação daquilo que aprendeu ou era conhecido)

0. Memória Intacta 1. Problema de memória

- a. **Memória de curto prazo** - Aparenta recordar após 5 minutos
 b. **Memória processual** - Pode executar todos ou quase todos os passos de uma sequência de ações em múltiplas tarefas, sem ajuda para iniciá-los
 c. **Memória situacional** - Reconhece nomes/ faces de cuidadores e de pessoas que encontra com frequência e conhece a localização dos lugares regularmente frequentados na casa (quarto, sala de estar, banheiro, cozinha)

☐☐☐

3. ALTERAÇÃO PERIÓDICA DO PENSAMENTO OU ALERTA/ ATENÇÃO

[Nota: Uma avaliação precisa requer diálogo com a equipe, a família ou outros que tenham conhecimento direto do comportamento da pessoa nesse momento]

0. Não apresenta alteração
 1. Apresenta alteração, mas é consistente com o comportamento usual
 2. Apresenta alteração; comportamento diferente do usual (ex: surgimento ou agravamento; Diferente daquele das últimas semanas)
 a. **Facilmente distraído** – ex: episódios de dificuldade de prestar atenção, distrai-se
 b. **Episódios de discurso incoerente** – ex: discurso sem sentido, irrelevante ou errático; perde a linha de pensamento
 c. **Capacidade mental varia ao longo do dia** – ex: algumas vezes melhor, outras pior

☐☐☐

4. ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO MENTAL – ex: agitação, letargia, dificuldade em acordar, alteração na percepção do ambiente.

0. Não 1. Sim

☐

5. MUDANÇA NA CAPACIDADE DE TOMADA DE DECISÃO EM COMPARAÇÃO A 3 MESES ATRÁS (OU DESDE A ÚLTIMA AVALIAÇÃO)

0. Melhorou 2. Piorou
 1. Sem alteração 3. Incerto

☐

SEÇÃO D. COMUNICAÇÃO E VISÃO

1. CAPACIDADE DE SE FAZER COMPREENDER

Expressando o conteúdo da informação – verbal e não verbal

0. **Compreendido** – expressa idéias sem dificuldade.
 1. **Compreendido geralmente** – dificuldade em encontrar palavras ou concluir raciocínios, MAS se for dado tempo necessita de pouca ou nenhuma ajuda.
 2. **Muitas vezes compreendido** – dificuldade em encontrar palavras ou concluir raciocínios, usualmente necessitando de ajuda.
 3. **Compreendido algumas vezes** – capacidade limitada a pedidos concretos.
 4. **Raramente ou nunca compreendido.**

☐

2. CAPACIDADE DE COMPREENDER OS OUTROS

Compreendendo o conteúdo de informação verbal (com aparelho auditivo se usado normalmente)

0. **Sempre Compreende** – compreensão clara
 1. **Compreende na maior parte das vezes** – não entende algumas partes/ intenção da mensagem, MAS compreende a maior parte.
 2. **Compreende muitas vezes** – não entende algumas partes/ intenção da mensagem, MAS quando repetido ou explicado consegue frequentemente compreender a conversação.
 3. **Compreende algumas vezes** – Responde adequadamente somente à comunicação simples e direta.
 4. **Raramente ou nunca compreende**

☐

3. AUDIÇÃO

Capacidade de ouvir (com aparelho auditivo se usado normalmente)

0. **Ouve adequadamente** – Sem dificuldade em conversação normal, interação social, ouvir a TV
1. **Dificuldade mínima** – Dificuldade em alguns ambientes (ex: quando a pessoa fala baixo ou se encontra a mais de 2 metros de distância).
2. **Dificuldade moderada** – Dificuldade em ouvir conversa normal, requer Ambiente silencioso para ouvir bem.
3. **Dificuldade grave** – Dificuldade em todas as situações (ex: o interlocutor precisa falar mais alto ou mais devagar; ou a pessoa refere ouvir discurso incompreensível).
4. **Sem audição**

4. VISÃO

Capacidade de enxergar sob iluminação adequada (com óculos ou outros aparelhos visuais usados normalmente).

0. **Adequada** – Vê detalhes finos, incluindo letras impressas em jornais e livros.
1. **Dificuldade mínima** – Vê os títulos, mas não as letras normais de jornais e livros.
2. **Dificuldade moderada** – Visão limitada; incapaz de ver os títulos dos jornais, mas consegue identificar objetos.
3. **Dificuldade grave** – Identificação duvidosa de objetos, mas os olhos parecem seguir os objetos; vê apenas luzes, cores ou formas.
4. **Sem visão**

SEÇÃO E. HUMOR E COMPORTAMENTO**1. INDICADORES DE POSSÍVEL DEPRESSÃO, ANSIEDADE OU TRISTEZA**

Codifique para os indicadores observados nos últimos 3 dias independentemente da suposta causa [Nota: sempre que possível pergunte à pessoa]

0. Não aconteceu
 1. Aconteceu, mas não esteve presente nos últimos 3 dias
 2. Aconteceu, em 1 ou 2 dos últimos 3 dias
 3. Aconteceu, diariamente nos últimos 3 dias
- a. **Fez afirmações negativas** – ex: “Nada mais importa; Seria melhor morrer; Para que viver?; Pena ter vivido tanto tempo; Deixem-me morrer”
 - b. **Irritação persistente consigo ou com os outros** – ex: facilmente incomodado; irritado ou enraivecido com cuidados recebidos
 - c. **Expressões, incluindo não-verbais, de medos aparentemente irrealistas** – ex: medo de ser abandonado; de ficar só apesar de estar com outros; medo intenso de situações ou objetos específicos.
 - d. **Queixas de saúde repetitivas** – ex: busca persistentemente por atenção médica, preocupação incessante com funções corporais
 - e. **Queixas/ preocupações repetitivas e ansiosas** (não relacionadas à saúde) – ex: busca persistentemente por atenção/ confirmação sobre o cumprimento de horários, refeições, lavanderia, vestimenta, e questões de relacionamento.
 - f. **Expressões faciais de tristeza, dor ou preocupação** – ex: sobrancelhas franzidas, expressão carregada.
 - g. **Choro, lacrimosidade**
 - h. **Afirmações recorrentes de que algo terrível está para acontecer** – ex: acredita que vai morrer ou ter um ataque cardíaco
 - i. **Abandono de atividades de interesse** – ex: sem interesse em atividades de longa data ou em estar com a família ou amigos

j. Interação social reduzida

k. **Expressões, incluindo não-verbais, de falta de prazer na vida (anedonia)** – ex: “Eu já não aprecio mais nada na vida”

2. AUTOAVALIAÇÃO DO HUMOR

0. Não aconteceu
1. Costuma sentir, mas não nos últimos 3 dias
2. Aconteceu, em 1 ou 2 dos últimos 3 dias
3. Aconteceu, diariamente nos últimos 3 dias
4. A pessoa não pode (ou não quer) responder

Perguntar: “Nos últimos 3 dias, quantas vezes você (se) sentiu...”

- a. Pouco interesse ou prazer em coisas que normalmente aprecia?
- b. Ansioso, inquieto ou incomodado?
- c. Triste, deprimido ou sem esperança?

3. SINTOMAS COMPORTAMENTAIS

Codifique para os indicadores observados nos últimos 3 dias independentemente da suposta causa

0. Não apresentou
1. Costuma apresentar, mas não nos últimos 3 dias
2. Apresentou, em 1 ou 2 dos últimos 3 dias
3. Apresentou, diariamente nos últimos 3 dias

- a. **Perambulação** – desloca-se sem motivo, aparentemente alheio a necessidades e segurança.
- b. **Agressão verbal** – ameaçou, gritou, insultou outros.
- c. **Agressão física** – bateu, empurrou, arranhou, abusou sexualmente de outros.
- d. **Comportamentos sociais inapropriados** – sons incomodativos, barulho, gritos, atos de auto agressão, esfregou/ atirou comida ou fezes, desarrumou/ bisbilhotou coisas alheias.
- e. **Comportamento sexual inapropriado em público ou despir-se publicamente**
- f. **Resistência aos cuidados** – resistência a tomar medicamentos/ injeções, à ajuda para as AVD ou alimentar-se.

SEÇÃO F. BEM-ESTAR PSICOSSOCIAL**1. RELAÇÕES SOCIAIS**

[Nota: Sempre que possível pergunte à pessoa]

0. Nunca
1. Há mais de 30 dias
2. Entre 8 e 30 dias
3. Entre 4 e 7 dias
4. Nos últimos 3 dias
5. Incapaz de determinar

- a. Participou de atividades sociais que possuía interesse de longa data
- b. Visitou ou recebeu visita de um amigo/ conhecido de longa data ou familiar
- c. Teve outro tipo de contato com um amigo/ conhecido de longa data ou familiar – ex: telefone, e-mail
- d. Teve conflito ou raiva para com a família ou amigos
- e. Teve medo de membros da família ou de pessoas íntimas
- f. Foi negligenciado, abusado ou maltratado

2. SOLIDÃO

Diz ou indica que se sente solitário

0. Não

1. Sim

☐**3. ALTERAÇÕES NAS ATIVIDADES SOCIAIS NOS ÚLTIMOS 3 MESES (OU DESDE A ÚLTIMA AVALIAÇÃO, SE HÁ MENOS DE 3 MESES)**

Declínio no nível de participação do(a) cliente em atividades sociais, religiosas, ocupacionais ou outras atividades preferidas. SE HOUVE DECLÍNIO, a pessoa, ficou incomodada/ aborrecida devido a este fato?

0. Não houve declínio

1. Houve declínio, sem incômodo.

2. Houve declínio, com incômodo.

☐**4. QUANTIDADE DE TEMPO EM QUE PERMANECE SOZINHO(A) DURANTE O DIA (MANHÃ E TARDE)**

0. Menos de 1 hora

1. 1 ou 2 horas.

2. Mais de 2 horas, porém menos de 8 horas

3. 8 horas ou mais

☐**5. ESTRESSORES IMPORTANTES NOS ÚLTIMOS 3 MESES**

ex: episódio de doença pessoal grave; morte ou doença grave de amigo/ familiar; perda da casa; perda significativa de rendas/ bens; foi vítima de violência (física, psicológica, sexual); perda de carro/ habilitação para dirigir.

0. Não

1. Sim

☐**SEÇÃO G. CAPACIDADE FUNCIONAL****1. AVD – DESEMPENHO E CAPACIDADE NAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA**Codificar o **DESEMPENHO** nas atividades rotineiras em casa ou na comunidade nos **ÚLTIMOS 3 DIAS**.Codificar a **CAPACIDADE** com base na dedução de poder efetuar a atividade com a maior independência possível. Isto requer alguma investigação do avaliador.0. **Independente** – Nenhuma ajuda, preparo ou supervisão1. **Necessita de ajuda apenas na preparação**2. **Supervisão** – Acompanhamento/ sugestões ou dicas3. **Assistência limitada** – Ajuda em certas ocasiões4. **Assistência ampla** – Ajuda durante a tarefa, porém 50% ou mais é realizado pela própria pessoa5. **Assistência máxima** – Ajuda durante a tarefa, porém menos de 50% é realizado pela própria pessoa6. **Assistência total** – Toda a tarefa é executada por outras pessoas durante todo o período7. **A atividade não ocorreu** – Durante todo o período [NÃO USAR O CÓDIGO 7 PARA CAPACIDADE]DESEMPENHO
CAPACIDADEa. **PREPARO DE REFEIÇÕES** – Como as refeições são preparadas (ex: planejamento das refeições, misturar ingredientes, cozinhar, dispor a comida e os utensílios)b. **TRABALHO DOMÉSTICO** – Como são realizadas as atividades domésticas rotineiras (ex: lavar a louça, arrumar a casa e as camas, lavar roupas)c. **GESTÃO DAS FINANÇAS** – Como são pagas as contas, como é feito o controle dos cheques, das despesas domésticas e do cartão de créditod. **USO DE MEDICAMENTOS** – Como as medicações são controladas (ex: lembrar-se de tomar os remédios, abertura de recipientes, ingestão da dose correta de medicamentos, administração de injeções e aplicação de cremes ou pomadas)e. **USO DO TELEFONE** – Como são feitas ou recebidas chamadas telefônicas (com uso de dispositivos de adaptação conforme a necessidade, ex: números grandes no telefone ou amplificação de som)f. **ESCADAS** – Como lida com um lance de escadas inteiro (12-14 degraus)g. **COMPRAS** – Como faz compras de comida e artigos para a casa (ex: escolha de artigos e pagamento) EXCLUIR TRANSPORTEh. **TRANSPORTE** – Como usa transportes públicos (orientação, pagamento de tarifas, apresentação de identidade) Ou dirige um veículo (incluindo sair de casa, entrar e sair do veículo)**2. ABVD – DESEMPENHO NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA**

Considere todos os episódios ao longo dos últimos 3 dias.

Se **todos** os episódios de uma AVD são realizados no mesmo nível, assinale a AVD naquele nível.Se **quaisquer** episódios de uma AVD ocorrerem em nível 6 e outros em níveis de menor dependência, pontue a AVD como nível 5.

Em outras situações focalize nos três episódios de maior dependência [ou em todos os episódios se realizados menos de 3 vezes]. Se o episódio de maior dependência é nível 1, pontue a AVD como 1. Caso contrário, pontue a AVD de acordo com o episódio de menor dependência dentre aqueles entre os níveis 2 e 5.

0. **Independente** – Nenhuma ajuda, preparo ou supervisão em qualquer episódio.1. **Independente, mas necessita de ajuda apenas no preparo** – Objeto ou aparelho posicionado dentro do alcance, nenhuma ajuda ou supervisão é necessária em nenhum episódio.2. **Supervisão** – Acompanhamento, fornecimento de dicas3. **Assistência limitada** – Auxílio na condução da movimentação dos membros, sem necessidade de sustentá-los4. **Assistência ampla** – Apoio na sustentação do peso (incluindo levantamento dos membros) por 1 cuidador, onde a pessoa ainda realiza 50% ou mais das subtarefas.5. **Assistência máxima** – Apoio na sustentação do peso (incluindo levantamento dos membros) por 2 cuidadores ou mais - OU – Apoio na sustentação de peso em mais de 50% das subtarefas.6. **Dependência Total** – Realização da atividade por completo por outra pessoa durante todos os episódios.7. **Atividade não ocorreu durante todo o período.**a. **Tomar banho** – Como toma banho completo. Inclui como se transfere para dentro e fora da banheira ou chuveiro. E como lava cada parte do corpo: braços, pernas e coxa, tórax, barriga, área perineal – EXCLUI LAVAR AS COSTAS E CABELOb. **Higiene pessoal** – Como faz sua higiene pessoal, incluindo pentear os cabelos, escovar os dentes, barbear-se, aplicar maquiagem, lavar e secar o rosto e as mãos - EXCLUI BANHOc. **Vestir-se da cintura para cima** – Como se veste e se despe (roupa e roupas íntimas) da cintura para cima, incluindo próteses e órteses, fechos, casacos, etc.d. **Vestir-se da cintura para baixo** – Como se veste e se despe (roupa e roupas íntimas) da cintura para baixo, incluindo próteses e órteses, cintos, calças, saias, calçados etc.e. **Andar** – Como anda entre os cômodos da casa no mesmo pisof. **Locomoção** – Como se move entre aposentos do mesmo piso (andando ou com cadeira de rodas. Se usa cadeira de rodas, verificar autossuficiência uma vez que esteja na cadeira.g. **Transferência para o vaso sanitário** – Como se senta e se levanta do vaso sanitário.

h. Uso do banheiro – Como usa o banheiro (ou vaso sanitário, ou comadre ou urinol), como se limpa após o uso do vaso ou após episódio de incontinência, troca de fraldas, cuida de estomias ou sondas, ajusta roupas - EXCLUI TRANSFERÊNCIA PARA O VASO SANITÁRIO ☐

i. Mobilidade na cama – Como se deita e se levanta, como se vira para os lados e posiciona o corpo quando está na cama. ☐

j. Alimentação – Como come e bebe (independentemente da habilidade). Inclui a ingestão de alimento por outras vias (ex: sonda, nutrição parenteral total). ☐

3. LOCOMOÇÃO/ ANDAR

a. Principal modo de locomoção ☐

0. Anda, sem utilização de nenhum dispositivo de auxílio ☐

1. Anda, com a utilização de dispositivos de auxílio – ex: bengala, andador, muleta, empurrando-cadeira de rodas

2. Cadeira de rodas motorizada

3. Restrito ao leito

b. Caminhada de 4 metros cronometrados ☐

[Dispor de um caminho livre. Posicionar a pessoa com o pé tocando a linha de partida] ☐

Então diga: "Quando eu disser, comece a andar em passo normal (com bengala/ andador se fizer uso). Este não é um teste de velocidade. Pare quando eu disser para parar. Você compreendeu?" O avaliador poderá demonstrar o teste.

Então diga: "Comece a andar agora". Inicie o cronômetro (ou conte os segundos) quando o primeiro pé avançar. Pare a contagem quando o pé ultrapassar a marca dos 4 metros.

Então diga: "Pode parar agora".

Registrar o tempo em segundos, até 30 segundos

30. 30 ou mais segundos para percorrer 4 metros

77. Interrompeu antes de completar o teste

88. Recusou fazer o teste

99. Não testado – ex: não anda sozinho

c. Distância percorrida a pé – Maior distância percorrida de uma vez, sem se sentar NOS ÚLTIMOS 3 DIAS (com apoio conforme a necessidade) ☐

0. Não andou

1. Menos de 5 metros

2. 5 a 49 metros

3. 50 a 99 metros

4. 100 metros ou mais

5. 1 km ou mais

d. Distância percorrida em cadeira de rodas (sem ajuda) – Maior distância percorrida em cadeira de rodas, sem ajuda de outras pessoas, sem parar NOS ÚLTIMOS 3 DIAS (Inclui o uso independente de cadeira de rodas motorizada) ☐

0. Empurrado por outros ☐

1. Usou cadeira de rodas motorizada

2. Menos de 5 metros

3. 5 a 49 metros

4. 50 a 99 metros

5. 100 metros ou mais

6. Não usou cadeira de rodas

4. NÍVEL DE ATIVIDADE

a. Horas de exercício/ atividade física nos ÚLTIMOS 3 DIAS - ex: caminhar ☐

0. Nenhuma

1. Menos de 1 hora

2. 1 a 2 horas

3. 3 a 4 horas

4. Mais de 4 horas

b. Número de dias em que saiu da casa ou do prédio em que vive durante os ÚLTIMOS 3 DIAS (não importando a duração total) ☐

0. Não saiu

1. Não saiu nos últimos 3 dias, mas costuma sair em um período de 3 dias

2. 1 a 2 dias

3. 3 dias

5. POTENCIAL DE MELHORA FUNCIONAL

0. Não

1. Sim

a. A pessoa acredita ser capaz de melhorar o desempenho funcional ☐

b. O profissional da Assistência Domiciliar acredita que a pessoa é capaz de melhorar o desempenho funcional ☐

6. MUDANÇA NO STATUS DAS AVD EM COMPARAÇÃO A 3 MESES ATRÁS, OU DESDE A ÚLTIMA AVALIAÇÃO SE HÁ MENOS DE 3 MESES ATRÁS ☐

0. Houve melhora

1. Sem mudança

2. Houve piora

3. Incerto

7. DIRIGIR

a. Dirigiu um carro (veículo) nos ÚLTIMOS 3 MESES ☐

0. Não

1. Sim

b. Se dirigiu nos ÚLTIMOS 3 MESES, o avaliador está ciente de que alguém sugeriu que a pessoa limitasse esta atividade ou parasse de realizá-la. ☐

0. Não

1. Sim

SEÇÃO H. CONTINÊNCIA

1. CONTINÊNCIA URINÁRIA

0. Contínente – Controle completo; NÃO USA nenhum tipo de sonda ou coletor urinário ☐

1. Controle pelo uso de sonda ou estomia - nos últimos 3 dias ☐

2. Incontinência rara – Não houve incontinência nos últimos 3 dias, mas apresenta episódios pontuais de incontinência

3. Incontinência ocasional – Menos que diariamente

4. Incontinência frequente – Diariamente, mas mantém algum controle

5. Incontinente – Nenhum controle presente

6. Não ocorreu – Não houve eliminação urinária nos últimos 3 dias

2. DISPOSITIVOS URINÁRIOS (Exclui fraldas e absorventes) ☐

0. Nenhum

1. Coletor urinário

2. Sonda Vesical

3. Cistostomia, nefrostomia, ureterostomia

3. CONTINÊNCIA FECAL ☐

0. Contínente – Controle completo; NÃO USA qualquer tipo de estomia

1. Controle com dispositivo na estomia – Controle com dispositivo na estomia há mais de 3 dias

2. Incontinência rara – Não houve incontinência nos últimos 3 dias, mas apresenta alguns episódios de incontinência

3. Incontinência Ocasional – Menos que diariamente

- 4. Incontinência frequente** – Diariamente, mas mantém algum controle
- 5. Incontinente** – Nenhum controle presente
- 6. Não ocorreu** – Não houve eliminação de fezes nos últimos 3 dias

4. USA FRALDAS OU ABSORVENTES

0. Não 1. Sim

SEÇÃO I. DIAGNÓSTICOS**Codificação das doenças**

0. Ausente
1. Diagnóstico principal/ motivo da assistência atual
2. Diagnóstico presente, recebendo tratamento ativo
3. Diagnóstico presente, monitorado, mas sem tratamento ativo

1. DIAGNÓSTICOS**MÚSCULOESQUELÉTICOS**

- a. Fratura de fêmur proximal nos últimos 30 dias (ou desde a última avaliação se há menos de 30 dias) ☐
- b. Outra fratura nos últimos 30 dias (ou desde a última avaliação se há menos de 30 dias) ☐

NEUROLÓGICOS

- c. Doença de Alzheimer ☐
- d. Outros estados demenciais, sem ser Doença de Alzheimer ☐
- e. Hemiplegia ☐
- f. Esclerose múltipla ☐
- g. Paraplegia ☐
- h. Doença de Parkinson ☐
- i. Tetraplegia ☐
- j. Derrame cerebral ☐

CARDÍACAS OU PULMONARES

- k. Doença arterial coronariana ☐
- l. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ☐
- m. Insuficiência Cardíaca Congestiva ☐

PSIQUIÁTRICOS

- n. Distúrbios de Ansiedade ☐
- o. Transtorno bipolar ☐
- p. Depressão ☐
- q. Esquizofrenia ☐

INFECÇÕES

- r. Pneumonia ☐
- s. Infecção do trato urinário nos últimos 30 dias ☐

OUTROS

- t. Câncer ☐
- u. Diabetes mellitus ☐

2. OUTROS DIAGNÓSTICOS

Diagnósticos	Código da doença	CID
a		_____
b		_____
c		_____
d		_____
e		_____
f		_____

[Nota: Acrescentar linhas para outros diagnósticos de acordo com a necessidade]

SEÇÃO J. CONDIÇÕES DE SAÚDE**1. QUEDAS**

0. Não caiu nos últimos 90 dias ☐
1. Não caiu nos últimos 30 dias, mas caiu entre 31 e 90 dias ☐
2. Uma queda nos últimos 30 dias ☐
3. Duas ou mais quedas nos últimos 30 dias ☐

2. QUEDAS RECENTES

[Passar adiante se a última avaliação ocorreu há mais de 30 dias ou se esta for a primeira avaliação]

0. Não ☐
1. Sim ☐

[Em branco] Não se aplica (primeira avaliação ou se já passaram mais de 30 dias da última avaliação)

3. FREQUÊNCIA DE PROBLEMAS

Codificar para a presença nos últimos 3 dias

0. Ausente
1. Presente, mas não nos últimos 3 dias
2. Presente em 1 dos últimos 3 dias
3. Presente em 2 dos últimos 3 dias
4. Presente diariamente nos últimos 3 dias

EQUILÍBRIO CORPORAL

- a. Dificuldade ou incapacidade para se levantar e ficar em pé sem ajuda ☐

- b. Dificuldade ou incapacidade em virar-se para a direção oposta quando em pé ☐
- c. Tontura ☐
- d. Marcha instável ☐

CARDÍACAS OU PULMONARES

- e. Dor torácica ☐
- f. Dificuldade para eliminar secreção das vias aéreas ☐

PSIQUIÁTRICAS

- g. Processo de pensamento anormal – ex: bloqueios, fuga de ideias, distração, dificuldade em dar continuidade ao pensamento ☐
- h. Delírios – Fixação em falsas crenças ☐
- i. Alucinações – Falsas percepções sensoriais ☐

NEUROLÓGICAS

- j. Afasia ☐

GASTROINTESTINAIS

- k. Refluxo gastroesofágico – Regurgitação de ácido do estômago para a garganta ☐
- l. Constipação – Não defecou nos últimos 3 dias ou dificuldade para eliminar fezes ressecadas ☐
- m. Diarréia ☐
- n. Vômitos ☐

PROBLEMAS DO SONO

- o. Dificuldade em adormecer ou em permanecer dormindo; acorda muito cedo; sono não reparador/ agitação noturna ☐
- p. Sono excessivo – Quantidade excessiva de sono que interfere com o funcionamento normal da pessoa ☐

OUTROS

- q. Broncoaspiração ☐
- r. Febre ☐
- s. Sangramento gastrointestinal ou geniturinário ☐
- t. Higiene – Usualmente com higiene precária, despenteado, desganhado ☐
- u. Edema periférico ☐

4. DISPNEIA (Falta de ar) ☐

0. Ausente
1. Ausente em repouso, mas presente quando realiza atividades moderadas
2. Ausente em repouso, mas presente quando realiza atividade normais do dia-a-dia
3. Presente em repouso

5. FADIGA ☐

Incapacidade de executar atividades normais do dia-a-dia – ex: ABVDs e AIVDs

0. **Nenhuma**
1. **Mínima** – Energia diminuída, mas completa as atividades normais do dia a dia
2. **Moderada** – Devido à diminuição de energia INCAPAZ DE CONCLUIR as atividades normais do dia-a-dia
3. **Grave** – Devido à diminuição de energia é INCAPAZ DE INICIAR ALGUMAS atividades normais do dia-a-dia
4. **Incapaz de iniciar quaisquer atividades normais do dia-a-dia** – Devido à diminuição de energia

6. SINTOMAS DE DOR

[Nota: Sempre perguntar à pessoa sobre a frequência, controle e intensidade da dor. Observar a pessoa e perguntar a outros que estejam em contato com a pessoa]

a. Frequência com que se queixa ou demonstra evidência de dor (incluindo mudança da expressão facial, cerrar os dentes, gemer, esquivar-se quando tocado ou outros sinais não verbais de dor) ☐

0. Não tem dor
1. Tem dor, mas não manifestou sinais de dor nos últimos 3 dias
2. Manifestou sinais de dor em 1-2 dos últimos 3 dias
3. Manifestou sinais de dor diariamente nos últimos 3 dias

b. Intensidade do maior nível de dor presente ☐

0. Não tem dor
1. Leve
2. Moderada
3. Grave
4. Momentos em que a dor é horrível ou insuportável

c. Constância da dor ☐

0. Não tem dor
1. Um episódio nos últimos 3 dias
2. Intermitente
3. Constante

d. Exacerbações dolorosas agudas – Nos ÚLTIMOS 3 DIAS a pessoa teve episódios de exacerbação aguda de dor ☐

0. Não
1. Sim

e. Controle da dor – Adequação da terapêutica atual para o controle da dor (do ponto de vista da pessoa) ☐

0. Não tem dores
1. Intensidade da dor aceitável para a pessoa; não é necessário tratamento ou alterar o tratamento prescrito
2. Dores controladas adequadamente pelo regime terapêutico
3. Dores controladas quando o tratamento é seguido, mas nem sempre é seguido como prescrito
4. A terapêutica é seguida mas o controle da dor não é adequado
5. Nenhum regime terapêutico para tratamento da dor é seguido e a dor não é controlada

7. INSTABILIDADE DAS CONDIÇÕES

0. Não
1. Sim

a. Condições de saúde/ as doenças tornam padrões instáveis de cognição, AVD, humor e comportamento (com oscilações, precariedade ou deterioração) ☐

b. Teve um episódio agudo ou a agudização de um problema recorrente ou crônico ☐

c. Doença terminal; 6 ou menos meses de vida ☐

8. AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE ☐

Pergunte: "Em geral, como avaliaria sua saúde atual?"

0. Muito boa
1. Boa
2. Razoável
3. Ruim
4. Muito ruim
5. Não quer ou não consegue responder

9. TABACO E ÁLCOOL

a. Fuma diariamente ☐

0. Não
1. Não fumou nos últimos 3 dias, mas costuma fumar diariamente
2. Sim

b. Álcool – Maior número de doses/ drinks numa só ocasião NOS ÚLTIMOS 14 dias ☐

0. Nenhuma
1. Um
2. Dois a quatro
3. Cinco ou mais

SEÇÃO K. ESTADO ORAL E NUTRICIONAL**1. ALTURA E PESO (metros e quilogramas)**

Registre (a) a altura em metros e (b) o peso e quilograma. Basear o peso na medida mais recente nos ÚLTIMOS 30 dias

a. Altura (cm)

b. Peso (kg)

2. ASPECTOS NUTRICIONAIS

0. Não
1. Sim

a. Perda de 5% ou mais de peso nos últimos 30 dias, ou 10% ou mais nos últimos 6 meses ☐

b. Desidratado(a) ou Razão Uréia/ Creatinina > 25 ☐

- c. Ingestão de líquido inferior de 1 litro por dia (menos de 4 copos de 250 ml) ☐
- d. A eliminação de líquido excede a ingestão ☐

3. MODO DE INGESTÃO DE ALIMENTOS ☐

- 0. Normal** – Deglute alimentos com qualquer consistência
- 1. Independente com modificação** – os líquidos são sorvidos ou bebericados; limitação na ingestão de alimentos sólidos; necessidade de modificação pode não ser conhecida
- 2. Requer modificações da dieta para deglutir comida sólida** – ex: dieta processada (purê, comida picada) ou apto a ingerir alimentos específicos.
- 3. Requer modificação para ingerir líquidos** – ex: líquido espessados
- 4. Consegue engolir apenas alimentos pastosos – E** – líquidos espessados

5. Combinação de alimentação oral, parenteral ou por sonda**6. Apenas por sonda nasogástrica/ nasoenteral****7. Gastrostomia ou jejunostomia****8. Apenas alimentação parenteral** – inclui todos os tipos de nutrição parenteral, tais como nutrição parenteral total**9. Não ingeriu** – Durante todo o período**4. CAVIDADE ORAL**

0. Não ☐ 1. Sim ☐
- a. Usa dentadura parcial ou total (prótese removível) ☐
- b. Tem dentes quebrados, fragmentados ou soltos ☐
- c. Refere ter a boca seca ☐
- d. Refere ter dificuldade para mastigar ☐
- e. Não tem dentes ☐

SEÇÃO L. CONDIÇÃO DA PELE**1. ÚLCERA POR PRESSÃO DE MAIOR GRAVIDADE** ☐

0. Sem úlcera por pressão ☐
1. Qualquer área de pele com eritema persistente que não embranquece
2. Perda parcial de camadas da pele
3. Úlceras profundas na pele, não chegam à fáscia muscular
4. Perda de tecido que exponha músculo ou osso
5. Não codificável (ex: placa necrótica predominante)

2. ÚLCERA POR PRESSÃO PRÉVIA ☐

0. Não ☐ 1. Sim ☐

3. PRESENÇA DE ÚLCERAS DE PELE QUE NÃO POR PRESSÃO – ex: úlcera venosa, úlcera arterial, úlcera mista, úlcera em pé diabético ☐

0. Não ☐ 1. Sim ☐

4. PRINCIPAIS PROBLEMAS DE PELE – ex: lesões, queimaduras de segundo ou terceiro graus, feridas cirúrgicas em cicatrização. ☐

0. Não ☐ 1. Sim ☐

5. CORTES OU LESÕES POR FRICÇÃO – Não decorrentes de cirurgia. ☐

0. Não ☐ 1. Sim ☐

6. OUTRAS CONDIÇÕES DE PELE OU ALTERAÇÕES – ex: hematomas, erupção cutânea, pruridos, manchas, herpes zoster, intertrigo, eczema ☐

0. Não ☐ 1. Sim ☐

7. PROBLEMAS NOS PÉS – ex: joanetes, calos, dedos sobrepostos, dedos em martelos/ garra, má-formação, infecções ☐

0. Não tem problemas nos pés ☐
1. Tem problema nos pés, mas sem limitação para andar
2. Tem problemas nos pés com limitação para andar
3. Tem problemas nos pés que impedem de andar
4. Tem problemas nos pés, mas não anda por outras razões

SEÇÃO M. MEDICAÇÃO**1. LISTA DE TODOS OS MEDICAMENTOS**

Listar os medicamentos que foram tomados nos últimos 3 dias, incluindo aqueles com e sem prescrição médica.

[Nota: usar registros eletrônicos se possível; registros manuais apenas quando absolutamente necessário]

Para cada medicamento registrar:

a. Nome**b. Dose** – Número positivo (ex: 0,5;5;150;300;etc)

[Nota: Nunca escrever zeros à direita da vírgula (X mg). Sempre usar o zero antes da vírgula – 0,Xmg]

c. Unidade – Usar os seguintes códigos:

gts (gotas)	mEQ (mili-equivalente)	Puffs
g (grama)	mg (miligrama)	% (porcento)
L (litros)	ml (mililitros)	U (unidades)
mcg (microgramas)		OUT (outros)

d. Via de administração – Usar os seguintes códigos:

VO (oral)	VR (retal)	ET (enteral)
SL (sublingual)	TOP (tópico)	TD (Transdérmica)
IM (intramuscular)	IN (inalação)	OFT (oftálmico)
EV (endovenoso)	NAS (nasal)	OUT (outros)

SC (subcutâneo) VS (sonda)

e. Frequência: Codificar o número de vezes por dia, por semana ou por mês em que a medicação é administrada, usando a seguinte lista:

1/1h (a cada uma hora)	5xD (cinco vezes ao dia)
2/2h (a cada duas horas)	2/2D (a cada dois dias)
3/3h (a cada três horas)	3/3D (a cada três dias)
4/4h (a cada quatro horas)	1xS (1 vez por semana)
6/6h (a cada seis horas)	2xS (2 vezes por semana)
8/8h (a cada oito horas)	3xS (3 vezes por semana)
1xD (uma vez ao dia)	4xS (4 vezes por semana)
Noite (à noite)	5xS (5 vezes por semana)
2xD (duas vezes ao dia)	6xS (6 vezes por semana)
(inclui de 12 em 12 horas)	1xM (1 vez por mês)
3xD (três vezes ao dia)	2xM (2 vezes por mês)
4xD (quatro vezes ao dia)	OUT (outra) Especificar

f. S/N (se necessário)

0. Não ☐ 1. Sim ☐

g. Codificação de medicamentos (se possível eletrônica)

[Nota: Acrescente linhas adicionais conforme necessidade para outros medicamentos ou utilize folha anexa]

q	a. nome	b.dose	c.U	d. via	e.freq	f.S/N	g.código
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

0. Não são conhecidas alergias 1. Sim. Quais?

0. Sempre
1. Segue as orientações em 80% das vezes ou mais
2. Segue as orientações em menos de 80% das vezes, incluindo falha em adquirir as medicações prescritas
3. Nenhum medicamento receitado

1. PREVENÇÃO

- a. Pressão arterial aferida no ÚLTIMO ANO
- b. Colonoscopia nos ÚLTIMOS 5 ANOS
- c. Avaliação odontológica no ÚLTIMO ANO
- d. Avaliação oftalmológica no ÚLTIMO ANO
- e. Avaliação auditiva nos ÚLTIMOS 2 ANOS
- f. Vacinação para a gripe no ÚLTIMO ANO
- g. Mamografia ou exame das mamas nos ÚLTIMOS 2 ANOS (para mulheres)
- h. Vacina contra Pneumococo nos ÚLTIMOS 5 ANOS ou após os 65 anos

0. Não foi solicitado E não ocorreu
1. Solicitado, mas ainda não efetivado
2. 1-2 dos últimos 3 dias
3. Diariamente nos últimos 3 dias

- a. Quimioterapia
- b. Diálise
- c. Controle de infecção – ex: isolamento, quarentena
- d. Medicação EV
- e. Oxigenoterapia
- f. Radioterapia
- g. Aspiração de secreções
- h. Cuidados da traqueostomia
- i. Transfusão
- j. Ventilação Mecânica
- k. Tratamentos de feridas

l. Terapia comportamental para incontinência
m. Cuidados paliativos
n. Mudança de decúbito e reposicionamento

Duração dos cuidados/ tratamentos NOS ÚLTIMOS 7 DIAS (ou desde a última avaliação, se há menos de 7 dias) envolvendo:

(A)	(B)
Dias	Minutos

A 10x10 grid with a shaded 2x2 area in the center, representing a 4x4 grid.

- a. Cuidadores de idosos
- b. Acompanhante de idosos
- c. Cuidados de enfermagem
- d. Serviços domésticos
- e. Refeições
- f. Fisioterapia
- g. Terapia Ocupacional
- h. Fonoaudiologia
- i. Terapia psicológica (por profissional de saúde mental qualificado)

Codificar o número de vezes durante os últimos 90 dias (ou desde a última avaliação se ANTES DE 90 DIAS).

a. Internação hospitalar com pernoite ☐

b. Atendimento em Serviço de Emergência hospitalar (sem pernoite) ☐

c. Consulta/ visita médica ☐

5. RESTRIÇÃO FÍSICA – restrição dos membros, uso de grades na cama, restrição à cadeira quando sentado.

0. Não	1. Sim
--------	--------

1. CURADOR/ TUTOR

0. Não 1. Sim

Quem? _____
Contato: _____

SEÇÃO P. APOIO SOCIAL

1. DOIS CUIDADORES INFORMAIS PRINCIPAIS

a. Parentesco/ relação com a pessoa

1. Filho(a) ou enteado(a)	Cuidador(a)
2. Esposo(a)	(1) (2)
3. Companheiro(a)	☐
4. Pai/ mãe/ tutor	
5. Irmã (o)	
6. Outro(a) parente	
7. Amigo(a)	
8. Vizinho(a)	
9. Sem cuidador informal	

b. Vive(m) com a pessoa

0. Não	Cuidador(a)
1. Sim, há 6 meses ou menos	(1) (2)
2. Sim, há mais de 6 meses	☐
3. Sem cuidador informal	

ÁREAS DE AJUDA INFORMAL NOS ÚLTIMOS 3 DIAS

0. Não	Cuidador(a)
1. Sim	(1) (2)
2. Sem cuidador informal	☐

c. Ajuda em AIVD

d. Ajuda em ABVD

☐

2. ESTADO DO CUIDADOR INFORMAL

0. Não	1. Sim

a. Cuidador(es) é (são) incapaz(es) de continuar os cuidados ☐

– ex: Por piora no estado de saúde do cuidador.

b. O (a) cuidador(a) principal expressa sentimentos de angústia, raiva ou depressão ☐c. Família ou amigos próximos relatam sentir-se esgotados pelo estado de saúde da pessoa ☐3. HORAS DE CUIDADO INFORMAL E MONITORAMENTO ATIVO DURANTE OS ÚLTIMOS 3 DIAS ☐

Para atividades instrumentais e básicas da vida diária nos ÚLTIMOS 3 DIAS, indique o número total de horas de apoio recebidas de toda família, vizinhos e amigos.

4. VÍNCULO FORTE E DE APOIO COM A FAMÍLIA ☐

0. Não	1. Sim

SEÇÃO Q. AVALIAÇÃO AMBIENTAL

1. AMBIENTE DOMICILIAR

Codificar quaisquer das seguintes situações que tornem o ambiente domiciliar arriscado ou inabitável (caso esteja temporariamente institucionalizado(a), basear a avaliação em visita ao domicílio)

0. Não	1. Sim

a. Más condições da habitação – ex: desordem que põe em perigo a integridade física, iluminação inadequada ou inexistente na sala de estar, quarto, cozinha, corredor, banheiro; buracos no chão, vazamento de gás ou água, infiltração nas paredes ☐b. Condição degradada – ex: extremamente suja, infestada por ratos ou insetos ☐c. Aquecimento ou climatização inadequada – ex: muito quente no verão, muito frio no inverno ☐d. Ausência de segurança pessoal – ex: medo de violência, problemas de segurança na ida à caixa de correio ou em visita de vizinhos; rua com trânsito pesado ☐e. Acesso limitado ao domicílio ou a suas dependências – ex: dificuldade da entrada/ saída de casa; incapaz de subir escadas; dificuldade de movimentação entre os quartos; ausência de corrimão apesar da necessidade ☐2. VIVE EM APARTAMENTO OU CASA ADAPTADA PARA SER ACESSÍVEL A PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS ☐

0. Não	1. Sim

3. AMBIENTE EXTERNO

0. Não	1. Sim

a. Disponibilidade de assistência de emergência – ex: telefone, sistema de teleassistência ☐b. Acessibilidade a mercado/ mercearia sem ajuda ☐c. Disponibilidade de entregas de mercadorias no domicílio ☐4. FINANÇAS ☐

Devido a limitação financeira, durante os últimos 30 dias teve de optar entre a compra de alguns dos seguintes itens: alimentação adequada, abrigo, roupa; medicamentos receitados; aquecimento/ climatização domiciliar; tratamentos de saúde ou apoio domiciliar necessários.

0. Não	1. Sim

SEÇÃO R. POTENCIAL PARA TER ALTA DO SERVIÇO E ESTADO GERAL

1. UM OU MAIS OBJETIVOS DE CUIDADO FORAM ALCANÇADOS NOS ÚLTIMOS 3 MESES (OU DESDE A ÚLTIMA AVALIAÇÃO SE REALIZADA HÁ MENOS TEMPO) ☐

0. Não	1. Sim

2. AUTOSSUFICIÊNCIA GERAL ALTEROU-SE SIGNIFICATIVAMENTE QUANDO COMPARADA COM O ESTADO DE 3 MESES ATRÁS (OU DESDE A ÚLTIMA AVALIAÇÃO SE REALIZADA HÁ MENOS TEMPO) ☐

0. Melhorou [Passar para a Seção S]

1. Inalterada [Passar para a Seção S]

2. Piorou

Se "Piorou" nos últimos 3 meses, codifique os 3 itens seguintes; do contrário passe para a Seção S

3. NÚMERO DE ÁREAS DAS 10 ABVDs NAS QUAIS A PESSOA ERA INDEPENDENTE ANTES DA PIORA ☐4. NÚMERO DE ÁREAS DAS 8 AIVD NAS QUAIS A PESSOA ERA INDEPENDENTE ANTES DA PIORA ☐