



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Aquaroni Ricci, Natalia; Tiemi Kubota, Maristela; Cereda Cordeiro, Renata
Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência
domiciliar

Revista de Saúde Pública, vol. 39, núm. 4, agosto, 2005, pp. 655-662
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240148021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar

Agreement between observations on the functional capacity of home care elderly patients

Natalia Aquaroni Ricci, Maristela Tiemi Kubota e Renata Cereda Cordeiro

Centro de Estudos do Envelhecimento. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Saúde do idoso. Cuidadores. Pacientes domiciliares. Avaliação geriátrica. Idoso débil. Serviços de assistência domiciliar. Cuidados domiciliares de saúde.

Resumo

Objetivo

Verificar o grau de concordância entre as medidas obtidas a partir da percepção do cuidador e a observação direta do profissional da área da saúde quanto ao desempenho das atividades de vida diária de idosos em programa de assistência domiciliaria.

Métodos

Foram feitas observações do desempenho em 40 idosos e entrevistas com seus respectivos cuidadores. Durante a visita domiciliar, os dados quanto à percepção do cuidador foram coletados por meio do instrumento Medida de Independência Funcional (MIF), respondido a um observador independente. O idoso foi observado pelo profissional da saúde quanto à sua capacidade funcional com observação direta da MIF, em relação às seis dimensões que esse instrumento contempla: autocuidados, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social.

Resultados

O coeficiente de correlação intraclasso mostrou concordância excelente para todas as dimensões, sendo que a MIF total obteve o escor mais alto (0,95). Somente as dimensões “autocuidados” e “transferências” apresentaram viés entre as medidas (teste do sinal: $p < 0,001$). Para as dimensões em que o teste do sinal verificou vieses, estes não apareceram quando aplicado o gráfico de Bland-Altman.

Conclusões

A obtenção de concordância entre as medidas do profissional e cuidador mostra boa interação entre a equipe do programa e os cuidadores, o que é muito importante na avaliação e tratamento do idoso. Os resultados também sugerem que, quando utilizado um instrumento de validade e confiabilidade como a MIF, a reproduzibilidade das medidas encontradas é grande, mesmo para diferentes formas de observação.

Keywords

Aging health. Caregivers. Homebound patients. Geriatric assessment. Frail elderly. Home care services. Home nursing.

Abstract

Objective

To assess the agreement between measures of caregiver's perception and health provider's direct observation of performance in daily living activities among home care elderly patients.

Methods

Performance observations were carried out among 40 elderly patients and their

Correspondência para/ Correspondence to:

Natalia Aquaroni Ricci
Rua Pacaembu, 257/ 602
18040-710 Sorocaba, SP, Brasil
E-mail: natalia_ricci@hotmail.com

Recebido em 22/4/2004. Reapresentado em 23/9/2004. Aprovado em 2/2/2005.

respective caregivers were interviewed. During home visits, data on caregiver's perception were collected by an independent observer using the Functional Independence Measure (FIM) instrument. Health providers evaluated elderly patients on their functional capacity in six dimensions: self-care, sphincter control, mobility, walking, communication and social cognitive skills.

Results

Intraclass correlation coefficient (ICC) showed an excellent agreement in all dimensions and the highest total FIM score was 0.95. Only the dimensions self-care and mobility showed a bias error between measures (signal test: p<0.001). Bias errors were not found when Bland-Altman graphic was applied.

Conclusions

The agreement between health provider's and caregiver's measures demonstrated a good interaction between program team and caregivers, which is of great importance on evaluating and treating elderly patients. The results also suggest that when a valid and reliable instrument such as FIM is used, there is a high reproducibility of measures, even for different types of evaluations.

INTRODUÇÃO

Com o crescimento mundial da população idosa, a preocupação em relação à capacidade funcional vem surgindo como novo destaque para a estimativa da saúde desse segmento etário. Esse aumento gera maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e, com isso, o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento.¹⁸

O diagnóstico baseado somente na avaliação clínica torna-se inadequado com a real condição de saúde da população idosa, já que, para essa faixa etária, os níveis de funcionalidade e independência são dados mais relevantes do que somente a presença de condições mórbidas.⁸ O diagnóstico das moléstias continua sendo importante para o tratamento clínico, porém, associado a isso, deve haver compreensão quanto aos aspectos funcionais. Eles não envolvem somente a saúde física e mental, mas também as condições socioeconômicas e de capacidade de autocuidado, as quais irão revelar o grau de independência funcional do idoso.⁶ A avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estudo clínico-funcional dos idosos.

Quando o objetivo é a avaliação de idosos que estejam restritos ao ambiente doméstico, o mais indicado é um instrumento que verifique o desempenho na realização das atividades de vida diária (AVD). Isso porque essas são as atividades de autocuidado que permitem ao idoso responder por si no espaço de seu domicílio. A dificuldade ou incapacidade na realização dessas tarefas representa risco elevado para a perda da independência funcional.¹³ É nesse contexto que o atendimento domiciliar surge como uma alternativa

de modalidade de assistência à saúde para o tratamento de idosos com algum grau de dependência.⁵

Há várias fontes de informação para a avaliação do desempenho dos idosos na realização das AVD, como a observação indireta (relato de cuidadores/ familiares), observação direta (feita por profissionais da área da saúde) e o auto-relato do idoso. A não-uniformidade na aplicação de um mesmo instrumento pode revelar diferentes concepções quanto à dependência e competência desses idosos, promovendo relações de cuidado e tratamento inadequados. Nem sempre é possível aplicar um instrumento baseado no auto-relato do paciente, em virtude de déficits cognitivos que podem interferir nos resultados.²⁰ Conseqüentemente, muitas vezes o profissional conduz as perguntas ao cuidador e essas respostas podem, supostamente, ser influenciadas por aspectos subjetivos e, eventualmente, pelos padrões de dependência ao cuidado.

Alguns autores acreditam que o método em que o examinador observa diretamente o desempenho do paciente em testes funcionais apresenta vantagens sobre os outros tipos de avaliação, já que a informação por relatos pode variar conforme o informante entrevistado, constituindo-se um viés tanto para a prática clínica como em pesquisa.^{4,8,19} Contudo, mesmo no caso da observação direta, isenta do julgamento implícito do informante, existe a possibilidade do examinador extrair do paciente seu desempenho máximo e não o usual.¹ Além disso, as medidas auto-referidas fornecem informações dentro de determinado contexto social para o indivíduo, o que não pode ser obtido nas medidas diretas do desempenho funcional.¹⁸

As intervenções no atendimento domiciliar baseiam-se na interação profissional-idoso-cuidador-família,

para o processo de tomada de decisões sobre o cuidado.⁵ Portanto, é essencial investigar a concordância entre a percepção do cuidador e a observação do profissional quanto à capacidade funcional do paciente em seu domicílio, para que as metas e objetivos de ambos possam ser semelhantes, trazendo o benefício necessário para a reabilitação do idoso, além de diminuir a sobrecarga de cuidados prestados.

O presente estudo tem como objetivo verificar o grau de concordância entre as medidas obtidas a partir da percepção do cuidador e a observação direta do profissional da área da saúde, quanto ao desempenho das atividades de vida diária de idosos em programa de assistência domiciliária.

MÉTODOS

Foi realizado estudo observacional descritivo com análise comparativa entre duas medidas: a observação do profissional da saúde e a percepção do cuidador.

O programa de assistência domiciliária onde o estudo foi realizado é ligado a uma universidade pública federal, fundado em 1999, com o objetivo de atender pacientes idosos que não apresentavam condições funcionais e/ou sociais de comparecer a outros tipos de serviços de assistência à saúde.

Todos os pacientes do programa estavam aptos a participar do estudo, pois apresentavam os mesmos critérios de inclusão no serviço de atendimento domiciliar: idade igual ou superior a 60 anos; presença de patologia crônica; pacientes cuja enfermidade e/ou condição social impossibilitem ou dificultem a frequência sistemática a um ambulatório; necessidade de um cuidador responsável pelos cuidados do idoso; não ser dependente de equipamentos de monitoramento e sustentação à vida; e distância do domicílio do paciente em relação à sede do programa de até 8 km.

Estavam inseridos no programa de assistência domiciliar durante o período da pesquisa 42 idosos. Ocorreram duas perdas amostrais, decorrentes de internação do paciente nesse período, resultando na seleção de 40 idosos e seus respectivos cuidadores, os quais consentiram em participar da pesquisa.

Os participantes foram comunicados em contato telefônico prévio quanto à visita domiciliar para aplicação do questionário. Tanto o cuidador como o idoso foram avaliados simultaneamente em visita única, em diferentes cômodos do domicílio e observadores independentes, para que os dados não sofressem vieses.

Durante a visita domiciliar a coleta dos dados foi

feita por meio de entrevista com o cuidador realizada sempre por observador independente (colaborador). O instrumento Medida de Independência Funcional (MIF) avaliou a percepção do cuidador acerca da capacidade funcional do idoso e perguntas adicionais foram feitas a fim de se obter dados sociodemográficos e de características do cuidar. O idoso foi avaliado por um profissional da saúde quanto à sua capacidade funcional, sob a forma de observação direta do instrumento MIF, onde o paciente executava as tarefas do referido instrumento. Conforme a necessidade de ajuda para a compreensão ou execução da atividade era feita a pontuação do nível de dependência.

Como a avaliação foi realizada no próprio domicílio do idoso, em condições de vida própria, não houve necessidade de nenhum recurso especial além da aplicação do instrumento de avaliação da independência funcional. Todos os colaboradores envolvidos são profissionais da área da saúde e foram treinados previamente para a aplicação do instrumento MIF. As demais informações necessárias para a pesquisa foram obtidas por meio de consulta aos prontuários dos idosos.

A MIF foi escolhida por ser uma medida que atende a critérios de confiabilidade, validade, precisão, praticidade e facilidade.⁹ Além disso, ela tem como meta determinar quais os cuidados necessários a serem prestados para que o paciente realize as AVD,² finalidade também do atendimento domiciliar.

Além disso, a MIF faz parte do Sistema Uniforme de Dados para Reabilitação Médica (SUDRM) e é amplamente utilizada e aceita como medida de avaliação funcional internacionalmente.¹¹ No Brasil, a MIF teve sua tradução e reproduzibilidade da versão em 2001 por Riberto et al.,¹⁷ apresentando também uma boa confiabilidade para o escore total da MIF (ICC=0,98 inter-observadores e 0,97 teste/reteste) e para as dimensões. Sua natureza é multidimensional, podendo ser utilizada para trazer resultados quanto ao tratamento, como forma de planejamento terapêutico ou como na presente pesquisa, para avaliar a aplicabilidade em protocolos de geriatria e gerontologia.¹⁶

O instrumento avalia 18 categorias pontuadas de um a sete e classificadas quanto ao nível de dependência para a realização da tarefa. As categorias são agrupadas em seis dimensões: autocuidados, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social.^{2,10} Cada dimensão é analisada pela soma de suas categorias referentes; quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. Somando-se os pontos das dimensões da MIF obtém-se um escore total mínimo de 18 e o máximo de 126.

CATEGORIAS	DIMENSÕES	MIF TOTAL
Alimentação	Autocuidados (6-42 pontos)	(18-126 pontos)
Higiene matinal		Sub-escores:
Banho		18 pontos: dependência completa (assistência total)
Vestir-se acima da cintura	Controle de esfíncteres (2-14 pontos)	19-60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa)
Vestir-se abaixo da cintura		61-103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa)
Uso do vaso sanitário	Transferências (3-21 pontos)	104-126 pontos: independência completa/ modificada
Controle da urina	Locomoção (2-14 pontos)	
Controle das fezes		
Transferência: leito - cadeira	Comunicação (2-14 pontos)	
Transferência: vaso sanitário		
Transferência: chuveiro	Cognição Social (3-21 pontos)	
Locomoção } Escadas }		
Compreensão }		
Expressão }		
Interação Social		
Resolução de problemas		
Memória		
Pontuação das categorias:		
7- independência completa		
6- independência modificada		
5- supervisão		
4- ajuda mínima (indivíduo realiza ≥75% da tarefa)		
3- ajuda moderada (indivíduo realiza ≥50% da tarefa)		
2- ajuda máxima (indivíduo realiza ≥25% da tarefa)		
1- ajuda total		

Figura 1 - Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional (MIF) em categorias, dimensões e MIF total, e suas respectivas pontuações.

pontos, que caracterizam os níveis de dependência pelos subescores (Figura 1).

Para verificar a concordância entre o profissional da saúde e o cuidador, utilizou-se o coeficiente de correlação intraclasse (ICC) com nível de significância $\alpha \leq 0,05$. A correlação era considerada excelente quando o valor do coeficiente foi maior do que 0,75, boa entre 0,75 e 0,40, e pobre quando o coeficiente de correlação era menor que 0,40.³ O teste do sinal foi utilizado para identificar a possibilidade de erro sistemático (viés), isto é, situações nas quais um observador sempre pontua escores maiores ou menores do que o outro.⁷

Caso o teste do sinal apresentasse viés na concordância com o ICC, seria necessária aplicação do gráfico de Bland-Altman, cuja finalidade é avaliar a

concordância entre dois métodos de medida, representando a diferença entre cada par de valores por suas médias. Para verificar o limite de concordância nos gráficos, considerou-se duas vezes o desvio-padrão da média das diferenças entre os resultados da MIF total e de suas dimensões.

A concordância seria assumida caso atendesse as condições acima citadas em pelo menos um dos testes e o gráfico de Bland-Altman.

RESULTADOS

As mulheres representaram 80% da amostra dos pacientes ($n=40$), a idade média dos idosos foi de $82,73 \pm 6,45$ anos, 65% com idade superior a 80 anos e 60% encontravam-se viúvos. Os idosos apresentaram em média $6,10 \pm 2,02$ comorbidades associadas, com maior presença de afecções músculoesqueléticas (90%), neuropsiquiátricas (87,5%) e cardiovasculares (82,5%).

A amostra dos cuidadores também revelou maior ocorrência de mulheres (92,5%), cuja média de idade era de $55,13 \pm 16,01$ anos. Os cuidadores informais representam 72,5% da amostra, dos quais 40% dos cuidados domiciliares eram prestados pelas filhas. O tempo médio de cuidados ao idoso foi de $6,35 \pm 8,21$ anos, porém 77,5% dos cuidadores referem ter outras atividades de responsabilidade além do cuidar.

Com os dados relativos à aplicação do instrumento MIF, obteve-se duas caracterizações dos pacientes quanto seu nível de dependência, uma sob a forma de observação pelo profissional e a outra pela percepção do cuidador.

Dentre as 18 categorias da MIF, a que apresentou maior média de pontuação para os profissionais foi a categoria “alimentação” com $4,80 \pm 1,88$ pontos. Para os cuidadores, a categoria “compreensão” obteve a

Tabela 1 - Médias de pontuação e medidas de verificação da concordância da percepção do cuidador e observação do desempenho pelo profissional quanto às dimensões da Medida de Independência Funcional (MIF) e seu escore total.

Dimensão	Nível de pontuação da dimensão	Pontuações (médias±DP) Profissional	ICC*	Teste do sinal**
Autocuidados	6-42	24,47±11,63	0,88	p<0,001
Controle de Esfíncteres	2-14	7,23±4,68	0,91	p=0,541
Transferências	3-21	11,25±6,93	0,90	p<0,001
Locomoção	2-14	5,58±3,35	0,84	p=0,503
Comunicação	2-14	9,00±4,19	0,87	p=0,678
Cognição Social	3-21	10,33±5,66	0,89	p=0,021
MIF total	18-126	67,90±32,97	0,95	p=0,074

*ICC: Concordância intraclasse excelente em $ICC \geq 0,75$

**Nível de significância $\alpha \leq 0,05$

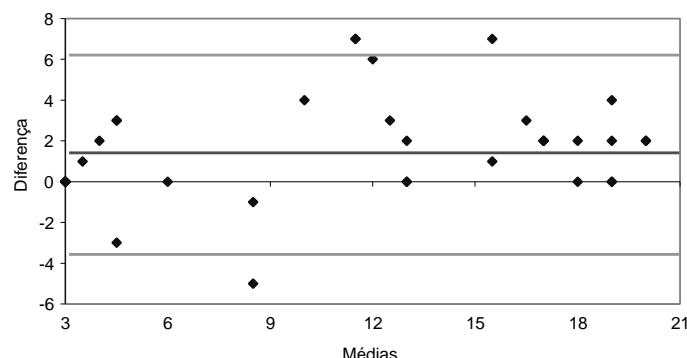


Figura 2 - Gráfico de Bland-Altman para verificar o grau de concordância entre as medidas de percepção do cuidador e a observação do desempenho pelo profissional quanto à dimensão “transferências” do instrumento MIF.

maior média com $4,68 \pm 2,17$ pontos, ambas revelando dependência modificada com ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$). A categoria “escadas” apresentou a menor média tanto para os profissionais ($2,33 \pm 1,68$ pontos) como para os cuidadores ($2,25 \pm 1,67$ pontos) configurando dependência modificada com ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$).

O nível de dependência ainda pode ser avaliado por meio das seis dimensões da MIF que agrupam as categorias. Os profissionais obtiveram as maiores médias em quatro das dimensões e os cuidadores somente tiveram médias superiores nas dimensões “cognição social” ($11,43 \pm 6,01$ pontos) e “comunicação” ($9,13 \pm 4,26$ pontos) (Tabela 1).

A MIF pode ser interpretada pelos seus subescores, os quais mostraram que, para os profissionais, 42,5% dos idosos foi classificada com dependência modificada (assistência de até 25% nas atividades) e para os cuidadores 47,5% dos idosos apresentavam dependência modificada (assistência de até 50%) (Tabela 2).

Contudo, considerando-se a média do escore total da MIF, observa-se que a do profissional foi de $67,90 \pm 32,97$ pontos e do cuidador de $63,65 \pm 31,39$ pontos, indicando assim que ambos obtiveram dependência modificada (assistência de até 25% nas atividades), segundo a classificação dos subescores.

Tabela 2 - Classificação do nível de dependência de idosos em assistência domiciliar por meio dos subescores da Medida Independência Funcional.

Sub-escore	Ocorrência Profissional	Ocorrência Cuidador	Percentual Profissional	Percentual Cuidador
Dependência completa- assistência total	2	2	5%	5%
Dependência modificada- assistência de até 50%	14	19	35%	47,5%
Dependência modificada- assistência de até 25%	17	14	42,5%	35,0%
Independência modificada/completa	7	5	17,5%	12,5%

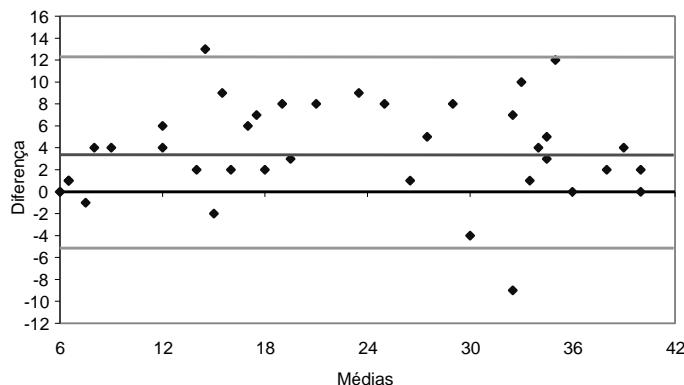


Figura 3 - Gráfico de Bland-Altman para verificar o grau de concordância entre as medidas de percepção do cuidador e a observação do desempenho pelo profissional quanto à dimensão “autocuidados” do instrumento MIF.

O coeficiente de correlação intraclasse (ICC) mostrou concordância excelente para todas as dimensões, sendo que a MIF total obteve o escore mais alto 0,95 (Tabela 1). O teste do sinal verificou boa concordância com o ICC para as dimensões “controle de esfíncteres”, “locomoção” e “comunicação”, já o nível descritivo obtido no escore total da MIF ($p=0,074$) e na dimensão “cognição social” ($p=0,021$), ficaram próximos do limite de viés. Portanto, pode-se afirmar que houve concordância entre a observação do cuidador e a percepção do cuidador para as dimensões supracitadas.

As dimensões “autocuidados” e “transferências” obtiveram vieses ($p<0,001$) no teste do sinal. Desse modo, fez-se necessário análise por meio do gráfico de Bland-Altman para verificar o grau de concordância entre as medidas de avaliação dessas dimensões.

As Figuras 2 e 3 representam os gráficos de Bland-Altman de concordância entre os observadores acerca das dimensões “transferências” e “autocuidados”. Houve boa concordância entre a observação do profissional e percepção do cuidador, já que a maioria dos pares das medidas encontra-se dentro do limite esperado de concordância. Além disso, o número de pares que não se encontram dentro do intervalo, não foi significativo para a amostra total.

DISCUSSÃO

Apesar de se tratar de amostra de conveniência, as principais características sociodemográficas tanto dos idosos como dos cuidadores, mostraram-se compatíveis com população de programas de assistência domiciliaria da literatura.^{15,24}

Os dados relacionados ao sexo (80% do sexo feminino), idade ($82,73 \pm 6,45$ anos) e estado civil (60% de viúvez), dos idosos do programa caracterizam uma população com maior fragilidade, pois, segundo Rosa et al,¹⁸ esses dados têm forte associação com o grau de dependência, sendo a chance de o idoso ter uma dependência moderada/grave cerca de 36 vezes maior para os indivíduos com mais de 80 anos, duas vezes mais para o sexo feminino e 3,3 para os viúvos.

Contudo, o fator mais importante para se avaliar a dependência e também o risco de mortalidade do indivíduo frágil é sua capacidade para desempenhar as AVD. Idosos com dependência para sete ou mais AVD têm três vezes mais risco de morte do que aqueles indivíduos independentes. Diferente dos dados sociodemográficos que não podem ser modificados pelo indivíduo, a dependência nas AVD é um fator que pode ser mutável com prevenção e reabilitação.¹⁴

Os idosos da amostra apresentaram dependência na maioria das tarefas exigidas no instrumento, já que as médias das categorias não ultrapassaram o nível quatro de pontuação, revelando dependência modificada com ajuda mínima (indivíduo realiza $\geq 75\%$ da tarefa). Entre as categorias da MIF, a que obteve maior dependência foi “escadas” tanto para os cuidadores ($2,25 \pm 1,67$ pontos) como para os profissionais ($2,33 \pm 1,68$ pontos). Os resultados foram semelhantes ao estudo de Stineman et al.,²² em que três grupos de pacientes separados por moléstias (neurológicas, músculoesqueléticas e miscelâneas) obtiveram menor média de pontuação também na categoria “escadas”.

Na caracterização de dependência dos idosos, a média de menor dependência para o profissional foi na categoria “alimentação” e para o cuidador na “compreensão”. A categoria “compreensão” apresenta menor confiabilidade inter-observadores do que as demais categorias, o que provavelmente se deve pela maior dificuldade dos avaliadores em analisá-la.¹¹ Assim, no presente estudo, a diferença que houve na caracterização da dependência entre o profissional e o cuidador pode ser decorrente da maior habilidade do profissional em aplicar a MIF devido ao treinamento prévio. Em outros estudos que analisaram a dependência nas categorias da MIF, “alimentação” e

“compreensão” são as que mostram menor dependência, alternando-se com maior pontuação conforme o grupo de doenças que é estudada.^{11,22}

O nível de dependência pela média total da MIF, tanto para o profissional como para o cuidador, foi de dependência modificada (assistência de até 25%), caracterizando assim uma população dependente e com necessidade de cuidados especiais.

Cordeiro et al.,⁴ por meio da MIF, verificaram num grupo selecionado de idosas institucionalizadas (n=33) que a grande maioria (84%) apresentava independência modificada/completa. No estudo de Rigolin,¹⁶ a maioria dos idosos hospitalizados (44,3%) também obteve na classificação dos subescores da MIF independência modificada/completa. Estudos sobre os cuidadores de pessoas idosas revelam que esta ainda é tarefa quase que exclusivamente de cuidadores informais, com predomínio do sexo feminino, em sua maioria exercida pela filha do idoso.¹⁵ Esses dados são similares aos aqui encontrados, em que também se verificou que os cuidadores formais não são em sua maioria profissionais (enfermeiros, auxiliares de enfermagem) tratando-se de leigos com vínculo empregatício.

O atendimento domiciliar tem como base a orientação, informação e apoio de profissionais especializados em saúde do idoso, o que depende essencialmente do suporte familiar e informal para seu bom funcionamento.²¹ O cuidador é responsável pela continuidade da assistência dada pela equipe, tornando-se assim, elemento terapêutico no processo de reabilitação.

A escassez de estudos entre medidas de observação do profissional e a percepção que não seja a do próprio paciente e a proximidade que deve existir entre o profissional e o cuidador, gerou a necessidade de verificar se ambos compartilham da mesma realidade quanto às condições funcionais do paciente ou se existem padrões estereotipados de cuidados que promovam a dependência.

Wijlhuizen & Ooijendijk²³ mostraram que os pacientes reportavam maior dependência funcional do que a apresentada no prontuário médico, e que a tendência é que as análises de observação direta apresentem menor nível de incapacidade do que mostram as análises subjetivas do paciente. Com a justificativa de possíveis déficits cognitivos, cada vez mais os familiares vêm sendo reportados quanto às atividades do paciente. Seel et al.²⁰ estudaram a concordância entre o comportamento neurológico após traumatismo cerebral observado pelo familiar e pelo próprio paciente, mostrando que ambos concordaram nas seis

categorias do instrumento por eles utilizados. Houve diferença apenas na categoria comunicação, em que o paciente revelou ter maior dificuldade do que a percepção do familiar.

Os resultados do presente estudo mostraram concordância excelente entre as medidas do profissional e do cuidador, com relação aos escores da MIF nessa população de idosos.

Tal concordância pode ter sofrido influência da homogeneidade da amostra (amostra de conveniência), pois tratam-se de cuidadores cujos períodos de cuidado são, em geral, elevados e, em função disso, já receberam algumas orientações da equipe do programa de assistência domiciliar. Como já foi explicitado, o programa de assistência domiciliar fora criado em 1999 e, desde então, muitas famílias foram e ainda vem sendo beneficiadas pelo programa na forma de orientações, grupo de apoio e reabilitação para recuperação e manutenção funcional. Portanto, nesse momento, o envolvimento da maioria dos cuidadores com as questões funcionais tratadas em equipe torna-se a principal limitação do estudo, já que potencializa a homogeneidade da amostra.

Não foi preciso verificar se existiam padrões de cuidado executados pelos cuidadores do programa. A concordância entre as medidas revelou que a percepção do cuidador coincidia com a capacidade funcional real do paciente, observada diretamente pelo profissional. Esse dado é bastante relevante, já que, se houvessem discordâncias, o cuidador poderia executar padrões de cuidados baseados na subestimação ou superestimação da capacidade funcional do idoso.

Pavarini¹² estudou os padrões de cuidado observados e concepções relatadas por cuidadores quanto à dependência em idosos institucionalizados, verificando que existem quatro padrões de interação entre o atendente da instituição e o idoso. Esses foram: manutenção da autonomia, estímulo à autonomia, estímulo à dependência e manutenção da dependência. Dentre os episódios registrados, a autora conclui

que 84,3% foram de manutenção da dependência, isto é, o idoso inicia comportamento de dependência e o atendente reforça sendo apenas 10,9% de estímulo à autonomia em que o idoso inicia comportamento dependente e o atendente instiga o início da autonomia do idoso.

Nas instituições de longa permanência esses padrões são comuns, pois o número de pacientes é muito grande para poucos cuidadores, além de existirem normas e rotinas impostas para os residentes e profissionais.¹³ Na assistência domiciliar esses inconvenientes diminuem, pois a proporção de cuidadores para pacientes é de 1:1, além da maioria (62,5%) receber ajuda de outros para o cuidado, sendo a rotina alterada no domicílio conforme a necessidade diária do cuidador ou do paciente. A ausência desses padrões de cuidados provavelmente deve-se também pela natureza do atendimento domiciliar em que se reforça a orientação àquele que irá assumir o papel de cuidador. Assim, as tarefas deverão ser executadas no tempo do idoso e com o incentivo para que ele as realize com maior autonomia e independência possível.

A obtenção da concordância nas medidas no presente estudo reforça a idéia de que os cuidadores foram bem instruídos e orientados pelos profissionais, sendo esse um bom indicativo da assistência domiciliar como modalidade de promoção à saúde desta população de idosos frágeis. Como a amostra já havia tido contato com as orientações dadas pela equipe, sugerem-se novas pesquisas no momento da admissão do paciente e do cuidador ao programa, para verificar se mesmo na ausência de orientações existe concordância ou se estas são fundamentais para minimizar os padrões de cuidados negativos.

Os resultados obtidos também sugerem que, quando utilizado um instrumento de validade e confiabilidade como a MIF, a reproduzibilidade das medidas encontradas é grande mesmo para diferentes formas de observação tomando a utilização das informações mais seguras, seja por fonte direta ou mesmo indireta.

REFERÊNCIAS

- Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990;322:1207-14.
- Cohen ME, Marino RJ. The tools of disability outcomes research functional status measures. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:S21-9.
- Conover WJ. Practical nonparametric statistics. New York: Wiley; 1999.
- Cordeiro RC, Dias RC, Dias JMD, Perracini M, Ramos LR. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. *Rev Fisioter Univ São Paulo* 2002;9:69-77.

5. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 3-17.
6. Fillenbaum GG. Screening the elderly. A brief instrumental activities of daily living measure. *J Am Geriatr Soc* 1985;33:689-706.
7. Fleiss JL. The design and analysis of clinical measurement. New York: Wiley; 1986.
8. Guralnik JM, Branch LG, Cummings SR, Curb JD. Physical performance measures in aging research. *J Gerontol* 1989;44:M141-6.
9. Hamilton BB, Laughlin JA, Granger CV, Kayton RM. Interrater agreement of the seven-level Functional Independence Measure (F.I.M.). *Arch Phys Med Rehabil* 1991;72:790.
10. Heinemann AW, Linacre JM, Wright BD, Hamilton BB, Granger C. Relationships between impairment and physical disability as measure by the Functional Independence Measure. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74:566-73.
11. Ottenbacher KJ, Hsu Y, Granger CV, Fiedler RC. The reliability of the Functional Independence Measure: a quantitative review. *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:1226-32.
12. Pavarini SCI. Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado [dissertação de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.
13. Pavarini SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 49-70.
14. Ramos LR, Simões EJ, Albert MS. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2- years follow-up. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1168-75.
15. Rapp SR, Reynolds DL. Families, social support, and caregivers. In: Hazzard WR. Principles of geriatric medicine and gerontology. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 333-43.
16. Rigolin VOS. Avaliação clínico-funcional de idosos hospitalizados [tese de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
17. Roberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica* 2001;8:45-52.
18. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003;37:40-8.
19. Rubenstein LZ, Schairer C, Wieland GD, Kane R. Systematic biases in functional status assessment of elderly adults: effects of different data sources. *J Gerontol* 1984;39:686-91.
20. Seel RT, Kreutzer JS, Sander AM. Concordance of patients' and family members' ratings of neurobehavioral functioning after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78:1254-9.
21. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 839-47.
22. Stineman MG, Shea JA, Jette A, Tassoni CJ, Ottenbacher KJ, Fiedler R et al. The Functional Independence Measure: tests of scaling assumptions, structure, and reliability across 20 diverse impairment categories. *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:1101-8.
23. Wijlhuizen GJ, Ooijendijk W. Measuring disability, the agreement between self evaluation and observation of performance. *Disabil Rehabil* 1999;21:61-7.
24. Yuaso DR, Sguizzatto GT. Serviço de Assistência Domiciliária ao Idoso (SADI) do centro de referência à saúde do idoso do município de Guarulhos. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 565-73.