



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Morgani de Almeida, Maria Helena; de Pinho Spínola, Aracy Witt; Iwamizu, Paula
Stefanoni; Sumi Okura, Roberta Irie; Pereira Barroso, Lucia; Pedroso de Lima, Antonio
Carlos
Confiabilidade do Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o
Autocuidado
Revista de Saúde Pública, vol. 42, núm. 2, abril, 2008, pp. 317-323
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240167018>

- 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

Maria Helena Morgani de Almeida^I

Aracy Witt de Pinho Spínola^{II}

Paula Stefanoni Iwamizu^{III}

Roberta Irie Sumi Okura^{III}

Lucia Pereira Barroso^{IV}

Antonio Carlos Pedroso de Lima^{IV}

Confiabilidade do Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado

Reliability of the Instrument for Classifying Elderly People's Capacity for Self-care

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a confiabilidade do Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado, desenvolvido para auxiliar o terapeuta ocupacional na atenção a idosos em unidades básicas de saúde.

MÉTODOS: Foram realizados testes de estabilidade e consistência interna. Para validação do Instrumento, os testes foram aplicados à amostra de 30 indivíduos com 60 anos ou mais, em dois momentos. A análise estatística foi realizada a partir de agrupamentos criteriosos de respostas, o que levou à formulação de uma versão simplificada do Instrumento. A estabilidade desta versão foi avaliada pelo coeficiente kappa e a consistência interna pelo coeficiente alpha de Cronbach.

RESULTADOS: A estabilidade variou de moderada a excelente. A consistência interna foi verificada somente para áreas que se mostraram adequadas para o uso da metodologia baseada no cálculo do alpha de Cronbach: três das seis questões da área “perfil social” e os blocos das atividades básicas e instrumentais de vida diária da área “capacidade funcional”, respectivamente com nove e oito atividades.

CONCLUSÕES: Após os testes de estabilidade e consistência interna, o Instrumento possibilita classificação sucinta e simplificada de idosos quanto à capacidade funcional para atividades básicas e instrumentais e sua caracterização quanto aos demais aspectos do autocuidado. Evidências acerca de sua confiabilidade e validade podem ser ampliadas por meio de novos estudos.

DESCRITORES: Idoso. Autocuidado, classificação. Avaliação da Deficiência. Terapia Ocupacional. Reprodutibilidade dos Testes.

^I Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Programa de Pós-Graduação em Estatística. Instituto de Matemática e Estatística (IME)/USP. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Estatística. IME/USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Maria Helena Morgani de Almeida
Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP
R. Cipotânea, 51
05360-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: hmorgani@usp.br

Recebido: 17/1/2007

Revisado: 17/9/2007

Aprovado: 15/10/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the reliability of an instrument for classifying elderly people regarding their capacity for self-care, which was developed to assist occupational therapists in attending elderly people at primary healthcare units.

METHODS: Stability and internal consistency tests were carried out. To validate the instrument, tests were applied to a sample of 30 individuals aged 60 years and over, on two occasions. The statistical analysis was performed after careful grouping of the responses. This led to the formulation of a simplified version of the instrument. The stability of this version was assessed using the kappa coefficient and the internal consistency by Cronbach's alpha coefficient.

RESULTS: The stability ranged from moderate to excellent. The internal consistency was checked only for areas that were shown to be appropriate for using the methodology, based on calculations of Cronbach's alpha: three of the six questions in the "social profile" area and the blocks of basic and instrumental activities of daily living in the "functional capacity" area, which respectively consisted of nine and eight activities.

CONCLUSIONS: Following the stability and internal consistency tests, the instrument made it possible to succinctly and simply classify elderly people with regard to their functional capacity for basic and instrumental activities, and to characterize them regarding other aspects of self-care. The evidence regarding its reliability and validity could be expanded by means of new studies.

DESCRIPTORS: Aged. Self Care, classification. Disability Evaluation. Occupational Therapy. Reproducibility of Results.

INTRODUÇÃO

A relevância de um instrumento que busque avaliar e classificar idosos quanto a aspectos do autocuidado deve-se ao aumento da proporção de idosos na população geral e de suas múltiplas necessidades sociais e de saúde. Segundo o Censo do Ano 2000,^a a parcela de indivíduos com 60 anos ou mais corresponde a aproximadamente 9% da população total. Até 2025 esta parcela da população brasileira deverá crescer 15 vezes, posicionando o Brasil em sexto lugar no mundo em número absoluto de idosos.⁶

O envelhecimento aumenta a susceptibilidade a enfermidades crônicas e incapacidades. Consequentemente, há aumento na demanda por serviços médico-sociais, políticas e programas de promoção da saúde e de prevenção desses agravos.⁷

Para o idoso manter-se em seu meio com funcionalidade e autonomia é necessário que receba assistência interdisciplinar em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde.^b Uma das formas de se avaliar

funcionalidade e autonomia é por meio do "Instrumento para a Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado" (CICAc), elaborado com a finalidade de contribuir para sistematização da atenção do terapeuta ocupacional a idosos, especialmente em unidades básicas de saúde (UBS).¹

A validade de um instrumento refere-se ao grau pelo qual os resultados de uma aferição correspondem ao estado verdadeiro dos fenômenos que estão sendo medidos. O que indica se um instrumento é mais ou menos válido são os resultados obtidos por meio de estratégias usadas para indicar sua validade. É possível construir evidências sobre a validade de um instrumento a partir do emprego de estratégias como validação de conteúdo, de constructo e de critério.⁴

A validade de conteúdo assegura que os itens de um instrumento cobrem e representam adequadamente o que é medido. Esses itens podem ser obtidos pela aplicação de questionários a pacientes, sugeridos por

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em números: 2000. Rio de Janeiro; 2000. v.8.

^b Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria da Assistência Social. Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental. Brasília; 1996.

especialistas ou por meio de literatura. Aspectos de validade de conteúdo incluem propriedade, clareza e abrangência de itens.^{4,8,9} A validade de construto reflete a capacidade de o instrumento aferir um conjunto de comportamentos relacionados entre si e que sabidamente estão associados ao fenômeno que está sendo medido. A validade de critério constitui-se no método mais popular para determinar validade e descreve uma relação empírica entre uma medida e um critério confiável de algum tipo.⁴

A indicação de validade do Instrumento CICAc limita-se, até o momento, aos resultados obtidos pela validação de seu conteúdo empregando-se a técnica Delphi. Esta se configura em estratégia sistemática de ouvir e analisar opiniões de especialistas com possibilidade de gerar ao final um produto validado.³ O Instrumento CICAc foi ajustado, em três etapas, por um júri de 15 especialistas, quanto à clareza de enunciado, pertinência e organização das questões, resultando em sua versão grupal. Os especialistas eram terapeutas ocupacionais, com atuação na área de gerontologia por um período igual ou superior a dois anos, residentes e atuantes no estado de São Paulo. Na primeira etapa, o julgamento dos especialistas foi apreendido por meio de escalas de opinião, comentários e sugestões. Nessa etapa procurou-se contemplar a contribuição de todos os especialistas ao tema em estudo, independente da sua frequência, uma vez que se tratava de uma etapa exploratória. Nas segunda e terceira etapas do estudo foram mantidos no instrumento somente itens aprovados por 70% ou mais dos especialistas.¹⁴ Os itens da versão grupal obtiveram índice médio de aprovação de 93,3% para conteúdo e 86,7% para enunciado.

A confiabilidade diz respeito à extensão em que medidas repetidas de um fenômeno relativamente estável situam-se próximas uma da outra, podendo ser verificada por testes específicos.^{4,9} O objetivo do presente estudo foi para avaliar a confiabilidade do Instrumento CICAc.

MÉTODOS

Para avaliação da estabilidade, o Instrumento foi aplicado a amostra de conveniência composta por 30 idosos (60 anos ou mais) em duas ocasiões, com intervalo de sete a 15 dias. Para a verificação da consistência interna foram considerados apenas os resultados da primeira aplicação. A distribuição dos participantes segundo faixa etária e sexo está apresentada na Tabela 1.

A seleção dos participantes levou em consideração disposição (expressa em termo de consentimento em

participar do estudo), capacidade de compreensão e expressão de idéias, e desempenho satisfatório no *Clock Completion Test* (CCT).¹² Tradicionalmente o CCT é usado para examinar a apraxia construcional, uma disfunção do lobo parietal que acompanha com frequência a demência em seu estado inicial. Estudos atuais têm afirmado sua praticidade e sensibilidade para detectar demência em idosos.^{12,13} Atribui-se pontuação zero para resultados normais ou um para anormais nos três primeiros quadrantes. Resultados anormais no quarto quadrante são sugestivos de demência, recebendo pontuação quatro. Segundo critérios do teste, resultados de quatro a sete são indicativos de demência.¹³

Não ocorreram desistências de participantes, embora seja comum haver perdas em procedimentos de teste-reteste. Provavelmente isso tenha ocorrido devido à expectativa por parte dos entrevistados em receber, ao término da segunda entrevista, orientação quanto às suas dificuldades no dia-a-dia.

Devido à elevada quantidade de combinações de respostas presentes no Instrumento em relação ao número de idosos participantes, foi necessário realizar alguns agrupamentos de respostas na análise de estabilidade e consistência interna. Esses agrupamentos foram realizados com base em critérios teórico-conceituais e resultaram na versão simplificada, apresentada na Tabela 2, pela qual foi realizada a análise estatística.^a

A análise de concordância foi realizada para todas as áreas e respectivas variáveis que compõem o Instrumento. Para as respostas do teste e do reteste, foi utilizada metodologia baseada em coeficientes kappa para variáveis nominais e kappa ponderado para as ordinais. A intensidade da concordância foi confrontada com o critério que estabelece que valores de kappa abaixo de 0,4 indicam concordância fraca; entre 0,4 e 0,8, moderada e, acima de 0,8, excelente.

Na análise da consistência interna foi utilizado o coeficiente alpha de Cronbach. Valores maiores ou iguais a 0,7 foram considerados indicativos de consistência interna.¹⁰ Esse coeficiente é utilizado quando o instrumento (ou parte dele) é composto por itens dispostos em escala ordinal e com um mesmo número de pontos, de maneira que a soma desses itens resulte num valor total que mede algum constructo de interesse. Esse coeficiente não pode ser calculado se existirem valores omissos em um ou mais itens que compõem a soma da escala.

A pesquisa seguiu os padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP.

^a Lima ACP, Barroso LP, Iwamizu PS, Okura RIS. Relatório de análise estatística sobre o projeto "Validação do Instrumento CICAc (Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado)". São Paulo: Instituto de Matemática e Estatística da USP; 2003. (RAE - CEA - 03P02).

RESULTADOS

Grande parte das respostas mostraram concordância de moderada a excelente, com 60% das medidas maiores que 0,8 e apenas 7% menores ou iguais a 0,4. A partir das 248 medidas calculadas para os coeficientes kappa, verificou-se que em média o coeficiente kappa foi alto, com 75% dos valores superiores a 0,65 e mais de 50% igual a um, indicando concordância perfeita. O menor valor obtido foi -0,09. Outros valores baixos foram observados, no entanto, análise qualitativa das tabelas de frequência correspondentes não mostra grande discordância das respostas, conforme Tabela 3.

Não entraram no cálculo das medidas para o coeficiente kappa os casos em que as respostas da questão eram do tipo nominal com tabela de frequências apresentando colunas ou linhas iguais a zero, situação em que o uso do coeficiente kappa não é adequado. Observaram-se 16 questões com comportamento semelhante ao longo do processo, todas elas com alta concordância entre o teste e o reteste.

A Tabela 4 mostra que o valor médio do coeficiente kappa foi menor que 0,7 apenas para a área “arranjo doméstico e potencial rede de suporte”; 75% dos coeficientes kappa calculados para a área “perfil social” apresentaram valores maiores que 0,8, o que sugere excelente estabilidade.

Conforme apresentado na Tabela 2, foram calculados 145 coeficientes kappa (58%) somente para a área “capacidade funcional”. As questões sobre “tipos de dificuldade” e “formas de compensação adotadas” (questões de 17 a 19) apresentaram coeficiente kappa médio de 0,87. Questões sobre opiniões como “graus de satisfação com relacionamentos atuais” (questão 5) e “possibilidades ou não para superar dificuldades para suas atividades” (questão 20) obtiveram valores médios próximos a 0,4.

Os idosos foram mais consistentes em informar sobre as “atividades de que gostam menos” (questão 16) do que sobre aquelas “mais importantes e que incluem as atividades de que gostam mais” (questão 15), apresentaram valores médios do coeficiente kappa de 0,95 e 0,66, respectivamente.

Tabela 1. População participante da avaliação de confiabilidade segundo faixa etária e sexo. São Paulo, SP, 2003.

Faixa etária (anos)	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
60 a 69	13	-	13
70 a 79	10	1	11
80 ou mais	5	1	6
Total	28	2	30

Para as questões 21: “formas imaginadas de superar dificuldades” e 22.2: “formas imaginadas para realizar atividades desejadas” os valores médios do coeficiente kappa foram respectivamente 0,80 e 0,73, indicando maior consistência dos idosos do que a apresentada na questão 20: “possibilidades ou não para superar dificuldades para suas atividades”, cujo valor de kappa foi de 0,41.

Na área “perfil social”, a escala correspondente à satisfação com a renda foi mantida, a escala correspondente à renda foi construída e as demais escalas foram ajustadas a fim de que ficassem com o mesmo número de pontos. Nessa área o valor alpha de Cronbach foi igual a -0,078 e calculado para 29 idosos.

A Tabela 5 apresenta os resultados do coeficiente alpha de Cronbach para os blocos de atividades básicas e instrumentais de vida diária pertencentes a área “capacidade funcional”. Observa-se que 14 idosos foram descartados do cálculo para o bloco das atividades instrumentais por apresentarem valores omissos em um ou mais itens que compunham o bloco, restando apenas 16 idosos para o cálculo. Não foi possível ainda calcular o coeficiente alpha para os blocos das atividades de trabalho e lazer, pois alguns itens que os compunham não foram citados por nenhum idoso.

De acordo com o critério adotado,¹⁰ o estudo mostrou a existência de consistência para os blocos de atividades básicas e instrumentais da vida diária do CICAc.

DISCUSSÃO

Na análise da estabilidade, embora algumas questões que informam opinião estejam dentro do critério adotado para estabilidade moderada, obtiveram-se valores médios mais baixos do que aquelas que informam o comportamento atual do idoso. Isso mostra-se compreensível uma vez que os comportamentos foram concretizados, enquanto as opiniões – embora preditoras do comportamento – não atingiram o nível da concretude.

Esse fato não torna, contudo, as opiniões menos importantes num instrumento que se propõe a classificar idosos quanto a capacidade para o autocuidado, já que inclui habilidade para discernir sobre fatores que possam ser controlados e administrados a fim de regular o funcionamento e o desenvolvimento humano. As questões que fornecem informações como “graus de satisfação do idoso em relação à rede de suporte social” e “compensações imaginadas” referem-se a essa dimensão do autocuidado.

Os valores baixos obtidos para a área “perfil social” na análise da consistência interna podem indicar que as formas de aferir as variáveis “escolaridade”, “renda” e “satisfação com renda” adotadas não estejam medindo este perfil de forma homogênea.

Tabela 2. Áreas, questões, quadros para registro de respostas e agrupamentos que compõem a versão simplificada do Instrumento CICAc.

Área /questão	Acompanha quadro para registro de...	Agrupamentos de...
Arranjo doméstico e potencial rede de suporte		
1 – Mora com outras pessoas na mesma casa? Com quem?	nome, tipo de relacionamento, sexo e idade das pessoas que moram com o idoso	-
2 – Tem (outros) filhos?	nome, sexo, idade e onde residem os filhos	-
3 - Com que frequência se relaciona com:	frequências de relacionamentos com distintas pessoas	-
4 – Está satisfeito com a frequência com se relaciona com:	graus de satisfação do idoso quanto à frequência com que se relaciona com distintas pessoas	-
5 - Como se sente com a relação que mantém com:	graus de satisfação com relacionamentos com distintas pessoas	-
6 – Tem alguém que cuida do sr quando fica doente? Quem?	nome, tipo de relacionamento, sexo e idade daqueles que cuidam do idoso	-
Perfil social		
7- Frequentou escola? Até que ano estudou?	grau de escolaridade do idoso	-
8 - Qual sua atividade profissional principal?	-	-
9 - Exerce essa atividade profissional atualmente?	-	-
10 – Tem trabalho remunerado atualmente?	-	-
11 - Quais são seus recursos financeiros atualmente?	recursos financeiros do idoso	-
12 - Com a sua situação econômica atual de que forma satisfaz suas necessidades de alimentação, moradia, saúde, etc?	grau de satisfação de necessidades com situação econômica atual	-
Universo ocupacional		
13 - O que faz todos os dias, desde a hora acorda até a hora que vai dormir?	atividades que compõe o cotidiano do idoso	-atividades que idoso faz todos os dias e de vez em quando -atividades de lazer por interesse predominante (manuais, sociais, etc) -algumas atividades de vida diária e de trabalho
14 - Tem alguma coisa que faça só de vez em quando?		
15 - Das coisas que faz, quais acha importante? 15.1. Por quê?	atividades importantes e razões de importância	-razões de importância
16 - Das coisas que faz, quais gosta menos? 16.1 Por quê?	atividades insatisfatórias e razões de insatisfação	-razões de insatisfação
Capacidade funcional		
17 – Tem dificuldade para fazer algumas das coisas que faz? Que tipo(s) de dificuldade?	de atividades para quais o idoso tem dificuldade, sua caracterização segundo tipos de dificuldade; níveis de dificuldade e formas de compensação	- tipos de dificuldade - níveis de dificuldade e formas de compensação
18 – O que faz quanto à dificuldade X: Encontrou um jeito mais fácil de fazer, tem alguém que o(a) ajuda, faz mesmo com dificuldade sem ajuda ou deixou de fazer?		
19 – Caso tenha encontrado um jeito mais fácil de fazer, como faz? Caso tenha alguém que o ajuda, quem o ajuda?		
20 - Pense nas coisas que faz com ajuda, com dificuldade sem ajuda ou tenha deixado de fazer. Imagina algum jeito mais fácil de fazê-las? Sim, para todas as atividades () Sim, para algumas atividades () Não ()	atividades para as quais apresenta dificuldade e formas imaginadas de compensação	-
21 – Como poderia ser feito?		
22 – Pense nas coisas que gostaria de ter feito em sua vida mas nunca fez ou fez há muito tempo atrás e gostaria de voltar a fazer. 22.1: Por que não faz? 22.2: Imagina algum jeito de vir a fazê-las?	de atividades desejadas, fatores de inibição e formas imaginadas de realização	-

Tabela 3. Concordância entre teste e reteste para a questão 5 “Grau de satisfação do idoso com a relação que mantém com os amigos,” versão simplificada do Instrumento CICAc. São Paulo, SP, 2003. N=30

Teste	Reteste				Total
	Muito satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	
Muito satisfeito	4	9	0	0	13
Satisfeito	4	11	0	0	15
Insatisfeito	0	0	0	0	0
Muito insatisfeito	0	0	0	0	0
Total	8	20	0	0	28

Tabela 4. Medidas resumo do coeficiente kappa por área de investigação da versão simplificada do Instrumento CICAc. São Paulo, SP, 2003.

Área	N	Média	Mínimo	Máximo	1º Quartil	3º. Quartil
Arranjo doméstico e potencial rede de suporte	16	0,68	0,04	1,00	0,56	0,87
Perfil social	16	0,90	0,50	1,00	0,86	1,00
Universo ocupacional	74	0,75	-0,09	1,00	0,58	1,00
Capacidade funcional	145	0,83	-0,03	1,00	0,71	1,00
Total	248	0,80	-0,09	1,00	-	-

Com o objetivo de corrigir alguns valores omissos para a área “capacidade funcional” e ampliar o número de idosos utilizados no cálculo do coeficiente alpha de Cronbach, os idosos poderiam ter sido questionados sobre a capacidade potencial em realizar as atividades instrumentais de vida diária. Embora o questionamento do paciente sobre o que ele pode ou não fazer gere respostas hipotéticas, essa forma de abordagem tem sido utilizada em instrumentos para avaliar atividades instrumentais da vida diária. Embora essas atividades sejam familiares e muitas vezes o idoso seja capaz de realizá-las, não o faz por outros fatores, não relacionados à saúde.⁸

Quanto à correção dos valores omissos para as atividades de lazer e trabalho, ao se questionar a capacidade potencial para realizá-las se admitiria uma homogeneização do processo de envelhecimento. No entanto, importantes referenciais teóricos consideram o envelhecimento um processo de individualização, caracterizado pela heterogeneidade daqueles que envelhecem e pela diversidade nas escolhas de suas atividades.^{2,5,11}

No que se refere ao tamanho da amostra, alguns estudos para a avaliação de confiabilidade de escalas, cujo conteúdo relaciona-se ao do CICAc, também empregaram pequenas amostras. Estudo da 15ª versão do Índice de

Barthel, conduzido por Shinar et al e o estudo do *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) conduzido por Fries – ambos citados por McDowell & Newell⁸ –, utilizaram respectivamente 18 e 37 pacientes.

No Brasil, cita-se estudo de confiabilidade e validade do *Family Apgar de Smilkstein*, versão para o português,^a cujo teste-reteste foi realizado com amostra de 27 idosos (primeira aplicação) e 23 idosos (segunda aplicação).

Apesar das limitações do estudo, foi gerada uma versão simplificada do instrumento que possibilita classificar idosos de forma sucinta e simplificada quanto à capacidade funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária e caracterizá-los quanto aos demais aspectos do autocuidado. A capacidade funcional de

Tabela 5. Valores do coeficiente alpha de Cronbach por bloco de atividade na área de capacidade funcional da versão simplificada do CICAc e número de idosos utilizado para o cálculo. São Paulo, SP, 2003.

Atividade	Alpha de Cronbach	N
Básicas	0,713	30
Instrumentais*	0,704	16
Total		46

* O cálculo excluiu os indivíduos com “missing” em um ou mais itens.

idosos pode ser classificada tanto para os blocos das atividades básicas e instrumentais quanto para cada uma de suas atividades separadamente. A partir da pontuação recebida, o idoso pode ser posicionado num “continuum” para as atividades básicas que irá de nove (deixou de fazer todas as atividades) até 45 pontos (não apresenta dificuldade para nenhuma atividade) e de oito até 40 pontos para as atividades instrumentais. Ainda que atribuição de pontuações totais possa mostrar-se útil em determinadas situações – como pesquisa e gestão de serviços –, a condição funcional do idoso para cada uma de suas atividades reveste-se de maior importância orientando o tratamento na área clínica.

^a Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Dentro dos limites explicitados, a versão simplificada do instrumento fornece alguns referenciais válidos e confiáveis sobre a capacidade dos idosos para o autocuidado. Em conjunto com outros instrumentos, esta versão apóia o planejamento, desenvolvimento e avaliação da atenção pelo terapeuta ocupacional. A versão simplificada

mostra-se ferramenta útil e apropriada à rotina diária desse profissional em UBS, uma vez que o orienta a uma classificação rápida, sucinta e simplificada da capacidade funcional de idosos. Considera-se, entretanto, que novos estudos possam ser conduzidos para ampliar evidências acerca de sua confiabilidade e validade.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MHM. Elaboração e validação do instrumento CICAc: classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. *Rev Ter Ocup*. 2004;15(3):112-20.
2. Baltes MM. Successful ageing. In: Ebrahim S, Kalache A, editores. *Epidemiology in old age*. London: BMJ Publishing Group; 1996. p. 162-8.
3. Faro ACM. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1997;31(2):259-73.
4. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Clinical epidemiology: The essentials*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
5. Horgas AL, Wilms HU, Baltes MM. Daily life in very old age: everyday activities as expression of successful living. *Gerontologist*. 1998;38(5):556-68.
6. Kalache A, Veras RP, Ramos RL. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saude Publica*. 1987;21(3):200-10.
7. Litvak J. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1990;109(1):1-5.
8. McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford: Oxford University Press; 1987.
9. McSweeney AJ, Creer TL. Health-related quality-of-life assessment in medical care. *Dis Mon*. 1995;41(1):16-20.
10. Nunnally JC. *Psychometric Theory*. 2.ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
11. Restrepo HE, Perez EA. Promoción de la salud de los ancianos. In: Anzola Perez E, Galinsk D, Morales Martinez F, Salas A, Sánchez Ayéndez M, organizadores. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: OMS/OPS; 1994 (OPS – Publicación Científica, 546). p.383-8.
12. Sherman FT. Functional assessment. Easy-to-use screening tools speed initial office work-up. *Geriatrics*. 2001;56(8):36-40.
13. Tuokko H, Hadjistavropoulos T, Miller JA, Bettie BL. The Clock Test: A sensitive measure to differentiate normal elderly from those with Alzheimer disease. *J Am Geriatric Soc*. 1992;40(6):579-84.
14. Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs*. 1994;19(1):180-6.