



**ARTIGO
ORIGINAL**

Evolução da independência funcional de idosos atendidos em programa de assistência domiciliar pela óptica do cuidador

Evolution of the functional independence of elderly patients from a home care service through the point of view of caregivers

Natalia Aquaroni Ricci¹, Naira Dutra Lemos², Karine Fróes Orrico², Juliana Maria Gazzola²

RESUMO

O conhecimento do desempenho do idoso em suas atividades é de grande importância na assistência domiciliar, pois é o que norteia os profissionais e o cuidador no monitoramento dos cuidados prestados. O objetivo deste estudo foi avaliar a evolução da independência funcional de idosos incluídos em um programa de assistência domiciliar, sob a ótica do cuidador pela Medida de Independência Funcional (MIF), em dois momentos, com intervalo de um ano entre eles. Foi realizado estudo de seguimento, no qual os dados foram obtidos pelos prontuários de 22 pacientes, que continham a avaliação da MIF nos dois momentos estudados (outubro de 2003 e outubro de 2004). Foram excluídos os prontuários que apresentaram mudança de cuidador entre as avaliações, exclusão do programa e óbito. Realizou-se análise descritiva simples e para verificar as diferenças estatísticas o teste t-pareado e teste de Wilcoxon. A associação dos resultados da MIF com as variáveis de gênero, idade e comorbidades dos idosos foram analisadas por meio do teste t - pareado e correlação de Pearson. A amostra caracterizou-se por uma maioria feminina, com idade avançada e múltiplas doenças associadas. Não foram encontradas diferenças significantes entre as avaliações, das médias da MIF motor, cognitivo e total, das medianas das seis áreas e das dezoito atividades da MIF. A manutenção na atividade expressão se associou com o gênero feminino, enquanto que a atividade interação social e a área cognição com o número de comorbidades. Observou-se manutenção da independência funcional dos pacientes no período estudado. Os resultados sugerem que no período de um ano os idosos foram capazes de manter ou retardar seu declínio funcional.

PALAVRAS-CHAVE

saúde do idoso, idoso débil, pacientes domiciliares, serviços de assistência domiciliar, medida de independência funcional.

ABSTRACT

The knowledge of the performance of the aged one in its activities have a major importance in the home care services, because it is the objective of professionals and caregivers during health care. The objective of this study was to evaluate the functional independence evolution of patients included under home care, through the caregiver's point of view of the Functional Independence Measure (FIM) instrument, at two moments, with one year between them. A follow up study was designed. The data had been gotten in recorded case histories of 22 patients, who contained the evaluation of FIM at the two studied moments (October 2003 and October 2004). The recorded of the patients who presented changes of caregiver between the evaluations, exclusion of the program and death were excluded. Simple descriptive analyses were made and statistical differences were tested using Paired- T Test and Wilcoxon test. The association of the results of the MIF with gender, age and diseases of the patients had been analyzed by means of Paired- T Test and correlation of Pearson. The features of the sample were composed by a feminine majority, with advanced age and multiple associated illnesses. Statistically significant differences were not found between the evaluations by the perception of the caregiver, in the averages of the motor, cognitive and total FIM, of the medium of six dimensions and eighteen categories of the FIM. The maintenance in the expression activity was associated with the feminine sort, while that the social interaction activity and the cognition area correlated with the number of diseases. Maintenance of the functional capacity of the patients in the studied period was observed. The results suggest that the home care attendance was revealed as a capable

Recebido em 21 de Dezembro de 2005, aceito em 31 de Março de 2006.

¹ Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil

² Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil

Endereço para correspondência:

Natalia Aquaroni Ricci
Rua Pacaembu, 257/ 602
18040-710 Sorocaba, SP, Brasil
Tel: (15) 32323632
E-mail: natalia_ricci@hotmail.com

modality to keep or to delay the functional decline from elderly.

KEYWORDS

aging health, frail elderly, homebound patients, home care services, functional independence measure.

Introdução

O crescimento da população idosa mundial aumenta a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e com isso o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento, implicando grande influência na saúde pública, sendo contexto de inúmeras discussões. A melhora ou, no mínimo, a manutenção da capacidade funcional de idosos, tem sido um dos objetivos mais importantes e desafiantes da Gerontologia^{1,2,3}.

Segundo a *World Health Organization*⁴, incapacidade funcional refere-se à “restrição de atividades em decorrência de uma deficiência, em termos de desempenho e atividade funcional do indivíduo” e para Rosa *et al*³ é “a presença de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las”.

Assim, para verificar qual demanda assistencial é a mais adequada para o indivíduo idoso, parece ser mais indicado avaliar em que nível as doenças impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, nas atividades cotidianas dos idosos⁵.

Dentre as modalidades de assistência à saúde da população idosa, com algum grau de dependência, vemos o crescimento das discussões acerca da importância do atendimento domiciliar. A atual tendência, em muitos países e no Brasil, é indicar a permanência dos idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados de sua família, por motivos vários, como a redução de custo da assistência hospitalar e institucional^{6,7}.

Landi *et al*⁸ avaliaram 95 pacientes admitidos em serviço de assistência domiciliar e encontraram incapacidade de moderada a grave para as atividades de vida diária (AVD), por meio do Índice de Barthel (40,4 pontos) e para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), pelo Índice de Lawton (24,8 pontos). Em estudos com idosos hospitalizados^{9,10,11} a média da MIF total apresentou valores altos revelando uma independência funcional para a maioria dos pacientes avaliados. Cordeiro *et al*¹², verificaram em grupo de idosas institucionalizadas que a grande maioria (84%) apresentava independência modificada/ completa na MIF. Pelo exposto, os idosos atendidos em assistência domiciliar apresentam maior limitação e incapacidade funcional, quando comparados com idosos que vivem em instituições de longa permanência e mesmo em relação aos hospitalizados.

A assistência domiciliar insere-se dentro de um modelo gerontológico de atendimento que visa, na medida do possível, preservar ao máximo a autonomia e independência funcional do idoso⁷.

Na assistência domiciliar o conhecimento do desempenho do idoso em suas AVD é de extrema importância, pois irá nortear os profissionais e o cuidador na monitorização dos cuidados prestados¹³. Assim o cuidado otimizado para os idosos fragilizados depende de uma avaliação abrangente, e para isso é necessário o uso de instrumentos multidimensionais e validados na literatura⁸.

O instrumento Medida de Independência Funcional (MIF) tem

como meta determinar o grau de ajuda que o paciente necessita para a realização de suas AVD¹⁴, sendo esta importante para o planejamento do atendimento domiciliar. A MIF é amplamente utilizada e aceita como medida de avaliação funcional nos EUA e internacionalmente¹⁵ e faz parte do Sistema Uniforme de Dados para Reabilitação Médica (UDSMR). Riberto *et al*¹⁶ desenvolveram a versão brasileira da MIF que demonstrou boa equivalência cultural e boa reprodutibilidade. No estudo de validação da MIF no Brasil¹⁷, a medida demonstrou ser capaz de identificar os pacientes com maior comprometimento ao revelar valores menores de independência funcional nestes. O instrumento também mostrou sensibilidade aos ganhos funcionais desenvolvidos durante programa de reabilitação ambulatorial, sendo assim a MIF consegue vislumbrar os resultados de uma intervenção¹⁷. Além, disso apresenta propriedades psicométricas favoráveis ao seu uso na avaliação funcional de idosos¹⁸.

Ainda são escassos os estudos sobre a evolução do quadro funcional dos pacientes atendidos em assistência domiciliar e não foram encontrados, na literatura científica nacional e internacional, pesquisas acerca da avaliação da independência funcional de idosos atendidos nesta modalidade medida por meio da MIF.

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo avaliar, por meio da percepção do cuidador registrada em prontuário, a evolução da independência funcional de idosos incluídos em um programa de assistência domiciliar, por meio do instrumento Medida de Independência Funcional (MIF), em dois momentos, com intervalo de um ano entre eles.

Método

Trata-se de estudo longitudinal analítico, realizado no Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso (PADI) que é vinculado à Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (processo 01432/05).

O PADI tem como objetivo atender pacientes idosos que não tenham condições clínicas e/ou sociais de comparecer sistematicamente a serviços ambulatoriais de tratamento à saúde. A intervenção é baseada em orientações dadas ao cuidador e/ou paciente, pela equipe multidisciplinar que é composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, odontólogo, nutricionista e assistente social.

Anualmente os pacientes são avaliados de forma abrangente para o controle da evolução clínica e dentre os aspectos analisados, a capacidade funcional é verificada por meio da MIF, por ser uma medida que atende a critérios de confiabilidade, validade, precisão, praticidade e facilidade¹⁹. Os dados dessa avaliação são registrados em formulário específico mantido no prontuário do paciente.

A aplicação da MIF é feita no próprio domicílio do paciente por um profissional do PADI, por meio de entrevista com o cuidador, sendo referido por este, aquilo que o paciente efetivamente realiza no seu cotidiano. Sob a ótica do cuidador é possível reduzir o tempo de avaliação e a inconsistência dos dados quando o paciente

apresenta alterações cognitivas. Em um estudo realizado por Ricci *et al*²⁰, a medida subjetiva pela percepção do cuidador apresentou concordância em relação à medida objetiva.

A MIF é um instrumento que avalia 18 tarefas pontuadas de 1 (dependência total) a 7 (independência total), assim seu escore total pode variar de 18 a 126 pontos sendo que quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. As tarefas são agrupadas em seis áreas de atividades, a saber: autocuidados, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social^{14,21}. São descritas duas subescalas da MIF, a motora e a cognitivo social. Rigolin¹¹ propõem que a MIF também pode ser classificada segundo seu subescore que variam de dependência completa com necessidade de assistência em 100% da tarefa, dependência modificada com assistência em 50% ou mais da tarefa, dependência modificada com assistência de 25 a 50% da tarefa e independência modificada ou completa com menos de 25% de ajuda na tarefa.

Os dados utilizados para a presente pesquisa foram coletados dos prontuários dos pacientes atendidos no período de outubro de 2003 a outubro de 2004, contendo as características sociodemográficas (dos idosos e dos cuidadores) e clínicas (dos idosos), bem como os resultados da MIF.

Fizeram parte da amostra os prontuários dos idosos atendidos no programa que continham as duas avaliações da MIF com intervalo de um ano entre elas (Avaliação 1 em outubro de 2003 e Avaliação 2 em outubro de 2004). Foram excluídos os prontuários dos pacientes que apresentaram exclusão do programa, óbito e mudança de cuidador entre as avaliações. Não foram consideradas as informações dadas por cuidadores distintos, para reduzir o viés de diferentes percepções quanto a um mesmo paciente.

Para as análises estatísticas, inicialmente, foram realizadas análises descritivas dos dados sociodemográficos e clínicos. Foi utilizado o teste não-paramétrico de Wilcoxon, que compara amostras dependentes por meio das medianas dos dados, para a análise comparativa das tarefas e áreas da MIF referentes à AVALIAÇÃO 1 e AVALIAÇÃO 2 devido à ausência de distribuição normal, ao teste de normalidade de Shapiro-Wilks. Para a análise da MIF global, MIF motora e MIF cognitivo social foi utilizado o Teste t pareado, que compara amostras dependentes por meio das médias dos dados, devido à ocorrência de distribuição normal, ao teste de normalidade de Shapiro-Wilks. Para verificar se os resultados de melhora, piora ou manutenção das variáveis da MIF, durante um ano, apresentavam relação com o gênero, idade e comorbidades dos idosos foi realizada análise das associações a partir da diferença entre os resultados da AVALIAÇÃO 1 e AVALIAÇÃO 2 em cada uma das tarefas, áreas, subescalas e total da MIF. A variável categórica, gênero dos idosos, foi analisada por meio do teste t de Student para amostras relacionadas e as variáveis quantitativas, idade e comorbidades dos idosos, por meio do coeficiente de correlação linear de Pearson. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($\alpha = 0,05$).

Resultados

Em outubro de 2003 (AVALIAÇÃO 1) estavam inseridos no PADI 40 idosos e após um ano de acompanhamento (AVALIAÇÃO

2), puderam participar da pesquisa 22 pacientes (55,0%). As perdas amostrais (45,0%), foram decorrentes de nove óbitos, seis mudanças de cuidadores e três exclusões de casos pelo Programa.

Os 22 cuidadores, que responderam as informações dos pacientes quanto à MIF, eram compostos por uma grande maioria feminina (95,5%), com média etária de 56,86 ($\pm 16,65$) anos. A faixa etária entre 40 a 59 anos foi a mais freqüente (45,5%). Os cuidadores informais representaram 63,6% e destes 53,4% dos cuidados domiciliares eram prestados pelas filhas.

Tabela 1
Freqüências absoluta e relativa dos dados sociodemográficos dos 22 cuidadores dos idosos em assistência domiciliar.

	Categorias	Freqüência	Freqüência
		Absoluta (n)	Relativa (%)
Gênero	Masculino	1	4,5
	Feminino	21	95,5
Faixa etária	20- 39 anos	4	18,2
	40- 59 anos	10	45,5
	60- 79 anos	6	27,3
	80 anos e mais	2	9,0
Estado civil	Com vida conjugal	10	45,5
	Sem vida conjugal	12	55,5
Grau de escolaridade	Analfabeto	3	13,6
	Primário incompleto	10	45,5
	Primário completo	8	36,4
Cuidador	Pós-elementar	1	4,5
	Formal	8	36,4
	Informal	14	63,6

Os 22 pacientes, que permaneceram no PADI durante o período de um ano do presente estudo, foram representados por uma maioria feminina (72,7%), com média etária de 82,64 ($\pm 5,24$) anos; as idades mínima e máxima foram 75 e 93 anos, respectivamente. Mais da metade dos pacientes eram viúvos (59,1%) e os demais, casados (22,7%) e solteiros (18,2%). Os idosos apresentaram em média 6,00 comorbidades associadas ($\pm 1,77$ doenças), sendo que com a maioria (95,5%) tinham doenças neuropsiquiátricas.

Dentro da classificação dos subescores da MIF total, proposto por Rigolin¹⁶, 50,0% dos idosos da amostra (n=11 sujeitos), tanto na avaliação como reavaliação, encontram-se com dependência modificada - assistência de até 50%.

Os valores das médias da MIF motor, cognitivo social e total apresentados na tabela 2 mostraram uma diminuição da pontuação na AVALIAÇÃO 2 quando comparados à AVALIAÇÃO 1, entretanto estas diferenças não foram estatisticamente significantes.

Os valores das medianas das áreas autocuidados e cognição social mostraram um aumento da pontuação na AVALIAÇÃO 2 quando comparados à AVALIAÇÃO 1. As seis áreas de atividades que compõem a MIF não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre as avaliações.

Dentre as tarefas avaliadas, a alimentação, a higiene matinal, a interação social e a memória obtiveram valores maiores das media-

nas na AVALIAÇÃO 2. Todas as tarefas da MIF não apresentaram

Tabela 2
Frequências absoluta e relativa dos dados sociodemográficos e clínicos dos 22 idosos em assistência domiciliar.

	Categorias	Frequência	Frequência
		Absoluta (n)	Relativa (%)
Gênero	Masculino	6	27,3
	Feminino	16	72,7
Faixa etária	75-79 anos	6	27,3
	80 - 90 anos	13	59,0
	90 anos e mais	3	13,7
Estado civil	Solteiro	4	18,2
	Casado	5	22,7
	Viúvo	13	59,1
Grau de escolaridade	Analfabeto	4	18,2
	Primário incompleto	10	45,5
	Primário completo	6	27,2
	Pós-elementar	2	9,1
Afeções Neuropsiquiátricas	Presente	21	95,5
	Ausente	1	4,5
Afeções Cardiovasculares	Presente	17	77,3
	Ausente	5	22,7
Afeções Músculoesqueléticas	Presente	18	81,8
	Ausente	4	18,2
Afeções Endócrinometabólicas	Presente	9	40,9
	Ausente	13	59,1

Tabela 3
Classificação do nível de dependência dos idosos por meio do subescores da MIF nas avaliações 1 e 2 de acordo com a proposta de Rigolin¹¹.

	Variação da Pontuação (Valores Mínimo e Máximo)			Frequências (n)	
	Possível	Avaliação 1	Avaliação 2	Avaliação 1	Avaliação 2
Dependência completa - assistência total 100%	18	18	18	18	18
Dependência modificada - assistência de até 50%	19 - 60	20 - 57	21-60	20 - 57	21-60
Dependência modificada - assistência de até 25%	61 - 103	71 - 92	65 - 91	71 - 92	65 - 91
Independência modificada/ completa	104 - 126	105 - 111	108 - 120	105 - 111	108 - 120

Tabela 4
Valores das médias e desvios-padrão da MIF Motor, Cognitivo social e Total das avaliações 1 e 2, seguido pelo teste T Pareado.

	Variação da Pontuação (Valores Mínimo e Máximo)			Médias e Desvios - Padrão		Teste T Pareado*
	Possível	Avaliação 1	Avaliação 2	Avaliação 1	Avaliação 2	p-valor
MIF motor	13 - 91	13 - 81	13 - 89	40,27 ± 21,86	38,59 ± 22,23	0,602
MIF cognitivo social	5 - 35	5 - 35	5 - 32	19,32 ± 10,48	18,64 ± 9,37	0,600
MIF total	18 - 126	18 - 111	18 - 120	59,68 ± 30,65	57,77 ± 31,01	0,633

* nível de significância $\alpha \leq 0,05$.

Tabela 5
Valores das medianas das áreas da MIF das avaliações 1 e 2, seguido pelo teste de Wilcoxon.

	Variação da Pontuação (Valores Mínimo e Máximo)			Medianas		Teste de Wilcoxon*
	Possível	Avaliação 1	Avaliação 2	Avaliação 1	Avaliação 2	p - valor
Autocuidados	6 - 42	6-39	6-42	15,00	15,00	0,639
Controle de Esfíncter	2 - 14	2-12	2-14	6,00	6,00	0,593
Transferências	3 - 21	3-19	3-20	8,50	8,50	0,567
Locomoção	2 - 14	2-12	2-12	5,00	5,00	0,499
Comunicação	2 - 14	2-14	2-14	9,00	9,00	0,703
Cognição Social	3 - 21	3-21	3-20	9,50	9,50	1,000

* nível de significância $\alpha \leq 0,05$.

diferenças estatisticamente significantes entre as avaliações, com exceção da tarefa “escada”, que mostrou uma tendência à significância ($p=0,079$), como apresentado na tabela 4. Esta diferença, na piora do desempenho na tarefa “escada”, pode ser explicada pela maior frequência da pontuação um (necessidade de ajuda total) na AVALIAÇÃO 2 (72,7% dos pacientes) em relação a AVALIAÇÃO 1 (54,5% dos pacientes).

Quanto à relação entre os resultados da MIF após um ano de atendimento com o gênero, idade e comorbidades dos idosos, não foi verificada nenhuma significância entre a idade e as variáveis da MIF. A manutenção da funcionalidade na tarefa expressão mostrou associação significativa com o gênero feminino e a tarefa interação social e área cognição social tiveram relação significativa com o maior número de comorbidades nos idosos. As demais tarefas, áreas, subescalas e total da MIF não apresentaram significância na manutenção do quadro referente as variáveis sociodemográficas e clínica testadas.

Discussão

Os dados referentes às características sociodemográficas dos cuidadores do PADI são compatíveis com a literatura^{22,6} em que o ato de cuidar tem um perfil feminino, sendo quase sempre circunscrito a algum dos parentes da família nuclear, isto é o responsável pelos cuidados é em sua maioria um cuidador informal.

A média de idade e comorbidades dos idosos que estão inclu-

Tabela 6

Valores das medianas das atividades da MIF das avaliações 1 e 2, seguido pelo teste de Wilcoxon.

	Variação da Pontuação (Valores Mínimo e Máximo)		Medianas		Teste de Wilcoxon*
	Avaliação 1	Avaliação 2	Avaliação 1	Avaliação 2	p- valor
Alimentação	1-7	1-7	4,00	4,50	0,589
Higiene matinal	1-7	1-7	2,50	3,00	0,296
Banho	1-6	1-7	2,00	2,00	0,830
Vestir-se acima da cintura	1-7	1-7	3,00	2,00	0,572
Vestir-se abaixo da cintura	1-7	1-7	2,00	2,00	0,755
Uso do vaso sanitário	1-7	1-7	2,00	1,50	0,718
Controle da urina	1-6	1-7	2,50	2,00	0,748
Controle das fezes	1-7	1-7	4,00	2,00	0,374
Transferência: leito, cadeira, cadeira de rodas	1-7	1-7	3,00	2,00	0,716
Transferência: vaso sanitário	1-7	1-7	3,00	2,00	0,688
Transferência: banheira ou chuveiro	1-6	1-6	3,00	2,00	0,754
Locomoção	1-7	1-7	3,00	2,00	0,877
Escadas	1-7	1-6	1,00	1,00	0,079
Compreensão	1-7	1-7	5,00	5,00	0,438
Expressão	1-7	1-7	3,00	3,00	0,724
Interação social	1-7	1-7	3,00	5,00	0,607
Resolução de problemas	1-7	1-7	2,00	2,00	0,439
Memória	1-7	1-7	3,00	4,00	0,749

* nível de significância $\alpha \leq 0,05$.

idosos em um serviço de assistência domiciliar geralmente é superior se compararmos com idosos da comunidade ou de centros de reabilitação, provavelmente por esta população apresentar um comprometimento funcional mais acentuado, necessário para sua elegibilidade neste tipo de assistência.

Ramos *et al*^{23,24} verificaram que a idade média do idoso residente em área metropolitana na região sudeste do Brasil foi de 69 anos, tendo apenas 10,0% desta população idade superior a 80 anos. Essa média torna-se maior se levarmos em consideração os idosos restritos ao ambiente domiciliar, que é o caso da amostra do presente estudo em que a média foi de 82,64 \pm 5,24 anos com 63,6% dos pacientes com idade superior a 80 anos, assemelhando-se a outros programas em que a porcentagem de idosos acima de 80 anos é de 40,8%, 24 e 31,0%²⁵.

Assim como nos demais estudos que envolvem população idosa em assistência domiciliar^{24,25,8}, a maioria (72,7%) dos pacientes inclusos no programa é composta pelo sexo feminino. Pela amostra da presente pesquisa ser composta por sujeitos de idade avançada e em sua maioria mulheres, em que é sabido existir uma maior expectativa de vida, esses fatores provavelmente influenciaram a maior ocorrência de viuvez, diferindo de estudos com idosos da

Tabela 7

Atividades e áreas da MIF, cuja manutenção apresenta relação significativa com o gênero e comorbidades dos idosos atendidos em assistência domiciliar.

	Atividades e Áreas	Teste	p- valor
Gênero	Expressão	Teste T	0,036
Comorbidades	Interação social	Correlação de Pearson	0,008
	Cognição		

* nível de significância $\alpha \leq 0,05$.

comunidade em que a maioria era casada (51,0%)²⁶.

Em dois grandes projetos com idosos da comunidade do município de São Paulo^{23,5} observou-se que o comprometimento no desempenho das AVD está, por um lado, associado ao avançar da idade e, por outro, está ligado a uma questão de gênero, em especial o feminino. Estes dois grandes fatores estão presentes maciçamente em nossa amostra o que reforça a relação destes com a dependência funcional.

Landi *et al*⁸ utilizaram o instrumento *Minimum Data Set for Home Care (MDS-HC)*, específico para avaliação de pacientes em assistência domiciliar, e observaram que mais de um terço dos pacientes idosos apresentavam incapacidade grave nas AVD. Estes dados corroboram com os achados do presente estudo, em que 59,0% (13 idosos) necessitam de assistência de até 50,0% nas tarefas.

No PADI as intervenções são baseadas em orientações aos cuidadores, com exceção da intervenção médica que é direta, sendo assim a eficácia do programa é dependente da colaboração do cuidador. No período de um ano não houve mudanças estatisticamente significantes em nenhuma das atividades, áreas, MIF cognitivo, MIF motor e MIF total, apontando assim para manutenção do quadro funcional dos pacientes. Entretanto, foi verificada uma tendência à significância no aumento do número de pacientes com necessidade de ajuda total na atividade “escada” da MIF. Subir e descer escada é uma tarefa de equilíbrio dinâmico associado a funções específicas dos membros inferiores de força e marcha, que requer bom controle postural, condição bastante comprometida em idosos atendidos em assistência domiciliar.

As limitações do presente estudo são a amostra reduzida e a falta de controle sobre a efetiva realização das orientações pelos cuidadores e pacientes, propostas pela equipe, motivo pelo qual não ter sido considerado um estudo quasi-experimental. A maior parte dos estudos que utilizaram a MIF na avaliação do idoso foi realizada em unidades de reabilitação e hospitalar¹⁸. Em vista da escassez de literatura nesta área, torna-se importante introduzir dados preliminares sobre os programas de assistência domiciliar ao idoso, que estão em crescimento no Brasil.

É importante ressaltar que no caso destes idosos previamente dependentes, com idade avançada, várias comorbidades associadas e que recebem intervenção indireta, a manutenção funcional representa um bom indicativo em impedir o declínio funcional e a dependência total. Uma vez que a maioria das variáveis da MIF não teve relação com a idade, gênero e número de comorbidades dos idosos em atendimento, é possível que o quadro clínico do

idoso possa se manter estável por longos períodos, caso não ocorra nenhum evento agudo.

As variáveis da MIF que tiveram suas manutenções associadas ao gênero e número de comorbidades estão relacionadas à cognição, o que indica que de fato, o comprometimento cognitivo leva a redução funcional com o avançar da idade e presença de múltiplas doenças, todavia esses pacientes se beneficiam com as intervenções¹⁸, o que pode ter levado ao retardo das perdas na população estudada. Somente a idade também não foi uma variável determinante dos resultados da MIF entre grupos de idosos com AVC e com fratura de quadril²⁷, mas assim como no presente estudo fatores associados à idade avançada como o aumento do número de comorbidades pode influenciar nos resultados da intervenção nos idosos.

Kawasaki e Diogo¹⁰ estudaram o impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico e observaram que todos os idosos avaliados no domicílio apresentaram maiores valores na MIF quando comparados com o momento de alta hospitalar. Isto nos mostra que o ambiente domiciliar é favorável à melhora da funcionalidade.

Pelos fatores supracitados, talvez não haja uma melhora substancial, mas a possibilidade de manter esses idosos em seu ambiente domiciliar e familiar, mesmo com incapacidades, mostra que a modalidade de assistência domiciliar deve ser considerada, pois possibilita ao idoso o convívio familiar e evita seu isolamento, sua inatividade física e mental, tendo, dessa forma, conseqüências positivas à sua qualidade de vida²⁸.

Conclusões

No seguimento de um ano, da evolução da capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar, não foi encontrada diferença significativa entre as avaliações da MIF, pela ótica do cuidador, mostrando uma manutenção do quadro funcional destes pacientes no período estudado. Os resultados sugerem que, apesar de ser uma amostra pequena e ainda ser constituída por pacientes com idade avançada e múltiplas doenças associadas, que os idosos atendidos no domicílio são capazes de manter durante o período de um ano o nível funcional ou mesmo retardar seu declínio.

Referências Bibliográficas

1. Feinstein AR, Josephy BR, Wells CK. Scientific and clinical problems in indexes of functional disability. *Ann Intern Med.* 1986;105(3):413-20.
2. Fleming KC, Evans JM, Weber DC, Chutkan DS. Practical functional assessment of elderly persons: a primary-care approach. *Mayo Clin Proc.* 1995;70(9):890-910.
3. Rosa TCE, Benício MHD, Oliveira MRS, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(1):40-8.
4. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [sítio na Internet]. New York: World Health Organization; c2000 [citado 2005 out 10] Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
5. Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPS; 2003. p.183-200.
6. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(3):861-66.
7. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(4):986-94.
8. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, et al. 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.
9. Kawasaki K, Diogo MJD. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiatr.* 2005; 12(2):55-60.
10. Kawasaki K, Diogo MJD. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiatr.* 2005; 12(2):55-60.
11. Rigolin VOS. Avaliação clínico-funcional de idosos hospitalizados. [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
12. Cordeiro RC, Dias RC, Dias JMD, Perracini MR, Ramos LR. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosos institucionalizados. *Rev Fisioter Uni São Paulo.* 2002; 9(2):69-77.
13. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.3-17.
14. Cohen ME, Marino RJ. The tools of disability outcomes research functional status measures. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000; 81(12 Suppl 2):S21-9.
15. Ottenbacher KJ, Hsu Y, Granger CV, Fiedler RC. The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. *Arch Phys Med Rehabil.* 1996; 77(12):1226-32.
16. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiatr.* 2001; 8(1):45-52.
17. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta fisiatr.* 2004; 11(2):72-6.
18. Kawasaki K, Cruz KCT, Diogo MJD. A utilização de medida de independência funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. *Med Reabil.* 2004; 23(4):57-60.
19. 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(10):790-96.
20. Ricci NA, Kubota TM, Cordeiro RC. Concordância de observação sobre a capacidade funcional em assistência domiciliar. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(4):655-62.
21. Heinemann AW, Linacre JM, Wright BD, Hamilton BB, Granger C. Relationships between impairment and physical disability as measured by the functional independence measure. *Arch Phys Med Rehabil.* 1993;74(6):566-73.
22. Rapp SR, Reynolds DL. Families, social support and caregiving. In: Hazzard WR, editor. Principles of geriatric medicine and gerontológico. 40 ed. New York: McGraw-hill; 1999. p.333-43
23. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZMC, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* 1993; 27: 87-94.
24. Yuaso DR, Sguizzatto GT. Serviço de assistência domiciliar ao idoso (SADI) do Centro de Referência do Idoso do município de Guarulhos. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.565-73.
25. Netto MP, Tieppo A. Serviço de assistência domiciliar da clínica geronto-pediátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.549-63.
26. Ramos LR, Toniolo JN, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini MR, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública.* 1998; 32(5):397-407.
27. Lieberman D, Friger M, Fried V, Grinshpun Y, Mytilis N, Tylis R, et al. Characterization of elderly patients in rehabilitation: stroke versus hip fracture. *Disabil Rehabil.* 1999; 21(12):542-7.
28. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev latinoam enfermagem.* 2004; 12(3):518-24.