

CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS EM REGIME DE ATENDIMENTO DOMICILIAR PELOS SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS

Adriano Filipe Barreto Grangeiro¹, Mônica Elinor Alves Gama²
Jacira do Nascimento Serra², Ana Eugênia Ribeiro de Araújo e Araújo³

Analisar a capacidade funcional de idosos em regime de atendimento em domicílio nos programas de fisioterapia domiciliar do setor público e privado. Estudo transversal, realizado de abril a setembro de 2014, com aplicação do Índice de Barthel para avaliação da capacidade funcional, em 241 idosos (141 sujeitos atendidos no setor público de referência na capital do Maranhão e 100 atendidos por um plano de saúde privado). Verificou-se a predominância do sexo feminino, média de 82,1 anos, viuvez e aposentadoria como principal fonte de renda, em ambos os grupos. Encontrou-se 92% dos idosos do setor privado com algum grau de dependência funcional e, no setor público 87,9%, com associação significativa na classificação geral do grau de dependência ($p=0.007$). Na rede privada, a maioria (57%) apresenta dependência total para realização das atividades básicas de vida diária; na rede pública somente 36,9%. Nos idosos da rede pública, observou-se associação significativa entre o grau de dependência com a maior ocorrência de quedas ($p=0.0391$), consumo de medicamentos elevado ($p=0.0192$) e número de internações aumentado ($p=0.0008$); no grupo de idosos do setor privado também houve associação significativa com o consumo de medicamentos ($p=0.0192$) - destaca-se a associação negativa com a ocorrência de quedas ($p=0.0391$), por apresentar maior dependência. Os critérios de elegibilidade para atendimento nos programas possivelmente influenciaram nos resultados, uma vez que no serviço privado é assegurado atendimento aos idosos com vistas à desospitalização. O objetivo maior desses programas deve ser garantir qualidade de vida no ambiente domiciliar.

Palavras-Chave: Assistência Domiciliar. Atividades Básicas de Vida Diária. Funcionalidade.

To analyze the functional capacity of the elderly in home care system in home physical therapy programs in the public and private sector. Cross-sectional study conducted from April to September 2014, with application of the Barthel Index to assess functional capacity in 241 elderly patients (141 patients treated at the reference public sector in the capital of Maranhão and 100 served by a private plan of health). There was a predominance of females, with mean of 82.1 years, widowhood and retirement as main source of income, in both groups. It was found 92% of elderly in the private sector with some degree of functional dependence and 87.9% in the public sector, with a significant association in the general classification of the degree of dependence ($p=0.007$). In the private system, most (57%) have total dependence for performing basic activities of daily living; in the public system, only 36.9%. In the elderly of the public sector, there was a significant association between the degree of dependence with greater incidence of falls ($p=0.0391$), high drugs consumption ($p=0.0192$) and increased number of hospitalizations ($p=0.0008$); the elderly group of the private sector was also significantly associated with the consumption of drugs ($p=0.0192$) - it is highlighted the negative association with the occurrence of falls ($p=0.0391$), due to its higher dependence. The eligibility criteria for care in programs possibly influenced the results since in the private service elder care is provided with a view to deinstitutionalization. The main objective of these programs should be to ensure quality of life in the home environment.

Keywords: Home Care. Basic Activities of Daily Living. Functionality.

¹ Bacharel em Fisioterapia e Licenciatura em Educação Física. Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Membro do Grupo de Envelhecimento Humano - PROGERO. Coordenador e Docente do Curso de Licenciatura em Educação Física. Universidade Federal do Tocantins - Câmpus de Tocantinópolis. Avenida Nossa Senhora de Fátima, nº1558 - Centro - CEP: 77900-000 - Tocantinópolis -TO. Email: filipe@uft.edu.br.

² Docente do Curso de Medicina. Universidade Federal do Maranhão - Câmpus São Luís. Avenida dos Portugueses, nº 1966 - CEP: 65080-805 - São Luís - MA. Email: monica.gama@ufma.br / jaciraserra@gmail.com.

³ Docente do Curso de Terapia Ocupacional. Universidade Ceuma - Câmpus São Luís. Rua Josué Montello, 01 - Renascença II - CEP: 65075-120 - São Luís - MA. Email: eugenia@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

A funcionalidade tem sido considerada como a habilidade para manter-se em atividade com capacidade física e mental, vivendo com independência para executar as Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária (MINOSSO *et al*, 2010). Nas grandes cidades e nos países desenvolvidos, cerca de 20% da população já está se deparando com as mudanças decorrentes da terceira idade, como a fragilidade inerente ao envelhecimento (MENEZES; VICENTE, 2007).

O Brasil, preocupado com o impacto do processo de envelhecimento populacional, estruturou, em 1994, a Política Nacional do Idoso tendo como objetivo assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o seu direito à saúde nos diversos níveis de atendimento (FHON *et al*, 2012).

Dentre as prioridades da Política Nacional do Idoso, a Atenção Domiciliar é valorizada por seu efeito favorável no processo de recuperação do idoso e para redução da sobrecarga sobre as estruturas do sistema de saúde (FIEDLER; PERES, 2008).

Deve-se destacar que a capacidade funcional pode se constituir em um importante indicador da saúde e qualidade de vida, tendo em vista que considera aspectos relacionados à independência e à autonomia da pessoa idosa, dentro de seu ambiente social (PEREIRA; GOMES *apud* CUNHA; GUIMARÃES, 2004; VERAS *et al*, 2002). A restrição do idoso pode gerar dependência, diminuição da autonomia e do convívio social, interferindo assim na autoestima e bem-estar (MORAES, 2008).

Em estudo realizado em grupos de idosos, foi encontrado que a idade está fortemente associada à perda de funcionalidade, pois o grupo com 70 anos ou mais apresentou maior chance de ter a capacidade funcional comprometida quando comparado àqueles na faixa etária de 60 e 69 anos (SANTOS *et al*, 2008).

Em estudo semelhante um em cada nove idosos, com idade entre 65 e 74 anos, apresentaram dificuldades em realizar tarefas básicas e funcionais, evidenciando

que a mobilidade e o deslocamento no ambiente são essenciais para realização destas atividades (MORAES, 2008).

Esse comprometimento determina impacto negativo e implicações para os idosos e sua família, e também para a comunidade e sistema de saúde, já que a incapacidade leva a maior dependência e vulnerabilidade na velhice (SOUZA; CALDAS, 2008).

Estudos demonstram que na medida em que a população tem envelhecido, aumenta progressivamente a proporção de idosos com sequelas de Doenças Crônicas-Degenerativas, contribuindo para a dependência dos mesmos na realização das Atividades Básicas da Vida Diária, e desta forma, o atendimento domiciliar merece ser ampliado de maneira progressiva (BARCELOS; MADUREIRA, 2009).

Programas de Fisioterapia Domiciliar vêm crescendo em diversos países como o Brasil, e são inúmeros os motivos que levam o paciente ou sua família a optar por esse tipo de atendimento, desde uma incapacidade físico-funcional, como uma restrição ao leito, que impede ou dificulta mobilidade, até a comodidade e praticidade desse tipo de atendimento (SILVA; DURÃES; AZOUBEL, 2011).

A avaliação do grau de independência funcional dos idosos para orientar intervenções específicas é extremamente relevante, pois, através da mesma, podem ser traçadas diversas medidas preventivas com o intuito de combater os diversos fatores que desencadeiam a redução da capacidade funcional desses indivíduos (GONÇALVES *et al*, 2010).

No entanto, observa-se que esse indicador ainda é pouco utilizado na rotina dos serviços de saúde, principalmente pela falta de difusão do conhecimento gerontológico e geriátrico junto aos profissionais, o que tem contribuído para as dificuldades na abordagem global e interdisciplinar do idoso (BRASIL, 2010).

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a capacidade funcional de idosos em regime de atendimento em domicílio nos programas de fisioterapia domiciliar do setor público e privado.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento, Velhice e Idoso

O organismo humano, de sua concepção à morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade e envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2007).

Envelhecer é um processo vital inerente a todos os seres humanos. A velhice é uma etapa da vida, parte integrante de um ciclo natural, constituindo-se como uma experiência única e diferenciada (SILVA, 2009).

Para a OMS, a velhice é o: “[...] prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas” (ARAÚJO, 2001).

Beauvoir (1970, p.17) coloca que, “a velhice não é um fato estático; é o término e o prolongamento de um processo, processo este denominado de envelhecimento”.

O envelhecimento pode ser compreendido como:

Um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos denominado senescência o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência designado senilidade (BRASIL, 2010, p.8).

Idosos são populações ou indivíduos que podem ser assim caracterizados pela duração do seu ciclo vital. [...] Gênero, classe social, saúde, educação, fatores de personalidade, história passada e contexto sócio-histórico são importantes elementos que se mesclam com a idade cronológica para determinar diferenças entre os idosos de 60 aos 100 anos (NERI, 2001).

A OMS define Idoso todo indivíduo com 65 anos de idade, ou mais, que reside nos países desenvolvidos e com 60 anos, ou mais, que reside nos países em desenvolvimento (MAZO; LOPES; BENEDETI, 2001).

De acordo com o Estatuto do Idoso, considera-se Idoso indivíduo com faixa etária

igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, sem distinção de cor, raça e ideologia.

2.2 Envelhecimento Populacional e Funcionalidade

O crescente aumento da população idosa em todo mundo, comprovado por numerosos estudos demográficos e epidemiológicos, tem colocado para os órgãos governamentais e para a sociedade os desafios médicos e socioeconômicos próprios do envelhecimento populacional (PAPALÉO NETTO, 2007).

O fenômeno do envelhecimento é uma realidade inegável, e as projeções indicam que esse crescimento continuará de forma rápida, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil (IBGE, 2010).

Tornam-se necessárias profundas e imediatas reformulações nas Políticas Sociais e de Saúde, para que possa-se absorver ao menos em parte, o impacto da galopante transição demográfica e, só assim, evitar que os anos de vida a mais conquistados sejam sinônimo de acúmulo de incapacidades e dependências, comprometendo, sobremaneira, a qualidade de vida da maioria dos idosos (PAPALÉO NETTO, 2007).

As condições crônicas e o próprio processo natural de envelhecimento diminuem a capacidade funcional de cada sistema do organismo, acentuando o envelhecimento funcional (GOMES, 2012).

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) define capacidade funcional como a capacidade de realizar uma tarefa ou uma ação, visando apontar o provável nível máximo de funcionalidade que o indivíduo pode alcançar em um dado domínio em determinado momento (KAWASAKI E DIOGO, 2004).

Consoante a Freitas e Miranda (2011), “A capacidade funcional é definida como a aptidão do idoso para realizar determinada tarefa que lhe permita cuidar de si mesmo e ter uma vida independente”.

Na velhice, uma vida mais saudável está intimamente ligada à manutenção ou à restauração da autonomia e independência (PASCHOAL *apud*

PAPALÉO NETTO, 2005), que são definidas da seguinte maneira: autonomia é a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras e independência é a capacidade de realizar algo com os próprios meios, permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida (MORAES, 2012).

Baseado nisso, a capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A independência e a autonomia pelo maior tempo possível são metas a serem alcançadas na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2010).

Portanto, a verificação da perda da capacidade funcional no idoso o mais precocemente possível através de uma avaliação funcional com uma equipe multiprofissional permite a construção de intervenções adequadas que irão beneficiar o idoso permitindo a manutenção da qualidade de vida satisfatória, com um envelhecimento ativo (TORRES *apud* MALAGUTTI *et al*, 2010).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado no período de abril a setembro/2014 com idosos acompanhados em programas de fisioterapia do setor público e privado no ambiente domiciliar em São Luís - MA.

O Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso Frágil é uma modalidade de cuidado domiciliar do setor público do município de São Luís, Maranhão. Cada paciente é atendido no intervalo de até 60 dias e apresentam os seguintes critérios de inclusão no programa: idosos a partir de sessenta anos, residentes em São Luís, acamados, vítima de violência ou área descoberta pela Estratégia Saúde da Família.

O Programa de Gerenciamento de Casos de um plano de saúde oferta um serviço de atendimento domiciliar privado voltado para indivíduos de qualquer faixa etária que necessitam de atenção especial em função das doenças crônicas, degenerativas ou terminais, realizado por duas equipes multidisciplinar,

visando promover, manter ou restaurar a saúde ou minimizar os efeitos de doenças e incapacidades, com a participação da família e/ou cuidador.

Cada paciente é assistido até quatro vezes por semana totalizando no máximo 15 e no mínimo 05 atendimentos mensais de tratamento de reabilitação.

Foi estimada amostra de 241 idosos (erro amostral de 5%, poder estatístico de 95% e prevalência de 37% de algum grau de dependência por meio do Índice de Barthel (MINOSSO *et al*, 2010) utilizando o método de amostragem probabilística do tipo sistemática.

Os critérios de inclusão foram definidos como: idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, moradores da área de abrangência do município de São Luís, cadastrados e acompanhados nos Programas de Fisioterapia Domiciliar.

Para análise estatística dos dados utilizou-se o software SPSS (v.20.0). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o nº 492.583 atendendo aos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 446/12 e suas complementares.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra composta por 241 idosos, sendo 141 acompanhados no setor público e 100 idosos no setor privado.

Houve predominância no gênero feminino nos dois grupos pesquisados (média de 70,4%). A idade variou de 60 a 106 anos com média de 81,7 anos (DP=9) para o setor público e 82,5 anos (DP=9,8) para o setor privado.

Tabela 1. Associação das variáveis demográficas dos 241 idosos em programa de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado em São Luís, Maranhão, 2014.

Variável (n=241)	Setor				p
	Público		Privado		
	n	%	n	%	
Gênero					0.065
Feminino	107	75,9	65	65,0	
Masculino	34	24,1	35	35,0	
Idade					0.280
60 - 69	14	9,9	12	12,0	
70 - 79	44	31,2	20	20,0	
80 - 89	54	38,3	43	43,0	
90 ou mais	29	20,6	25	25,0	
Idade em anos (Média ± DP)	81,7 anos	DP: ± 9,0	82,5 anos	DP: ± 9,8	
Cor da pele					0.831
Parda	71	50,4	51	51,0	
Branca	44	31,2	33	33,0	
Preta	25	17,7	16	16,0	
Amarela	1	0,7	-	-	

A viuvez foi referida por 55% dos idosos do setor privado e 42,6 % do setor público, com destaque para 31,2 % de solteiros no setor público (p=0.000).

Houve maior prevalência dos idosos com baixa escolaridade (até quatro anos de estudo) no setor público (35,5%), enquanto que no setor privado a maior parte (37,0%) referiu acima de oito anos ou mais de estudos com diferença estatisticamente significativa (p=0.000) (Tabela 2).

Nos dois grupos investigados encontra-se maior predominância de idosos aposentados (média de 84,5%) não sendo percebida associação significativa para essa variável entre os grupos.

A renda mensal dos entrevistados apresentou diferença estatisticamente significativa (p=0.000), pois no setor público, a maioria (75,9%) recebe um salário mínimo e no setor privado a maior parte (43,0%) recebe cinco ou mais salários (Tabela 2).

Tabela 2. Associação das variáveis sociais dos 241 idosos em programas de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado em São Luís, Maranhão, 2014.

Variável (n=241)	SETOR				p
	Público		Privado		
	n	%	n	%	
Estado civil					0.000
Viúvo	60	42,6	55	55,0	
Solteiro	44	31,2	5	5,0	
Casado	35	24,8	34	34,0	
Separado	2	1,4	6	6,0	
Escolaridade					0.000
Analfabeto	43	30,5	6	6,0	
Até 4 anos	50	35,5	25	25,0	
4 a 8 anos	37	26,2	31	31,0	
8 ou mais anos	11	7,8	38	38,0	
Empregabilidade					
Aposentado	113	80,1	89	89,0	0.125
Pensionista	19	13,5	11	11,0	
Empregado	3	2,1	0	0,0	
Desempregado	2	1,4	0	0,0	
Outro*	4	2,8	0	0,0	
Total	141	100,0	100	100,0	
Renda Mensal em SM**					
Até 1 SM	107	75,9	9	9,0	0.000
Mais de 1-2 SM	27	19,1	12	12,0	
Mais de 2-4 SM	5	3,5	36	36,0	
5 ou mais SM	2	1,4	43	43,0	
Total	141	100,0	100	100,0	

*Outro: Benefício de Prestação Continuada

**Base do Salário Mínimo (SM) em 2014 (ano da coleta de dados): R\$ 724,00.

A renda per capita foi um item de destaque em que foi constatado que os idosos do setor privado apresentaram renda familiar mais alta (43,0%), com 5 ou mais salários mínimos, enquanto, entre os idosos do setor público (75,9) vivem com menos de 1 salário mínimo.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio têm evidenciado que a capacidade funcional dos idosos é fortemente influenciada pela renda domiciliar *per capita*. Para a população idosa, a relação entre pior nível socioeconômico e saúde foi mais visível em relação aos indicadores gerais das condições de saúde: pior percepção da própria saúde, incapacidade para realizar atividades devido a problemas de saúde e ter

estado recentemente acamado (LIMA-COSTA *et al*, 2011).

No setor privado, observou-se cerca de 90% dos idosos com algum grau de dependência funcional e no setor público, 87,9%. Pode-se perceber uma associação significativa ($p < 0,05$) entre o tipo de setor de atendimento (Público ou Privado) e as variáveis relacionadas às Atividades Básicas de Vida Diária analisadas através do Índice de Barthel. Verificou-se que em todas as atividades, a classificação “dependente” deu-se sempre em percentual maior no setor de atendimento privado (Tabela 3).

Encontrou-se associação significativa ($p < 0,05$) na classificação geral do grau de dependência ($p = 0,007$), avaliado pelo Índice de Barthel, demonstrando que no setor de atendimento privado, a maioria (57%) tem dependência total para realização das Atividades Básicas da Vida Diária, enquanto que no setor de atendimento público, somente 36,9% apresentavam esse grau de dependência. (Tabela 3).

O presente estudo mediu o grau de dependência funcional da pessoa idosa através do Índice de Barthel em programas de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado a fim de analisar a capacidade funcional do idoso de desempenhar as Atividades Básicas da Vida Diária necessárias para cuidar de si mesmo, tornando-o independente para realização destas atividades.

Na avaliação do grau de dependência funcional, observou-se elevado percentual de idosos de ambos os serviços apresentando algum grau de dependência (média dos grupos de 89,9%). Em pesquisa semelhante, realizada no município de Guatambu (SC), a prevalência de algum tipo de dependência foi de 30,5% (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004) e em um estudo transversal com idosos associados de um plano de saúde no Rio Grande do Sul foi verificado que 13,8% de idosos com algum grau de dependência (LIMA-COSTA *et al*, 2011). Já em um estudo de prevalência com idosos de baixa renda realizado no município de São Carlos em São Paulo obteve-se um percentual maior, quase 80% dos idosos apresentando alguma incapacidade funcional (BINDER *et al*, 2002).

As diferenças observadas entre os estudos podem ser explicadas pelo maior ou menor acesso aos serviços de atendimento domiciliar, em especial de fisioterapia, nos diferentes municípios brasileiros, seja ofertado pelo setor público ou pelos planos de saúde. A forma de inclusão nestes programas de atendimento domiciliar podem ter influência nas diferenças observadas.

Tabela 3. Associação das variáveis relacionadas às ABVD através do índice de Barthel nos 241 idosos acompanhados nos programas de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado. São Luís, Maranhão, 2014.

Índice de Barthel (n=241)	Setor				p
	Público		Privado		
	N	%	n	%	
Alimentação					0.000
Dependente	46	32.6	58	58.0	
Ajuda	45	31.9	28	28.0	
Independente	50	35.5	14	14.0	
Banho					0.000
Dependente	89	63.1	88	88.0	
Ajuda	51	36.2	12	12.0	
Independente	1	0.7	0	0.0	
Higiene Pessoal					0.000
Dependente	64	45.4	70	70.0	
Ajuda	74	52.5	30	30.0	
Independente	3	2.1	0	0.0	
Vestuário					0.000
Dependente	53	37.6	69	69.0	
Ajuda	50	35.5	22	22.0	
Independente	38	27.0	9	9.0	
Intestino					0.002
Incontinente	48	34.0	51	51.0	
Incontinente ocasional	36	25.5	29	29.0	
Continente	57	40.4	20	20.0	
Bexiga Urinária					0.013
Incontinente	52	36.9	51	51.0	
Incontinente ocasional	33	23.4	27	27.0	
Continente	56	39.7	22	22.0	
Transferência no Banheiro					0.005
Dependente	59	41.8	63	63.0	
Grande ajuda	39	27.7	24	24.0	
Ajuda mínima	41	29.1	13	13.0	
Independente	2	1.4	0	0.0	

Transferência Cadeira/Cama					0.001
Dependente	46	32.6	57	57.0	
Grande ajuda	37	26.2	20	20.0	
Ajuda mínima	30	21.3	17	17.0	
Independente	28	19.9	6	6.0	
Mobilidade					0.001
Dependente	71	50.4	71	71.0	
Independente em cadeiras de rodas	9	6.4	1	1.0	
Ajuda	34	24.1	22	22.0	
Independente	27	19.1	6	6.0	
Escadas					
Dependente	84	59.6	76	76.0	
Ajuda	38	27.0	19	19.0	0.017
Independente	19	13.5	5	5.0	
Classificação geral do grau de dependência					0.007
Independência	17	12.1	8	8.0	
Dependência leve	11	7.8	1	1.0	
Dependência moderada	27	19.1	11	11.0	
Dependência severa	34	24.1	23	23.0	
Dependência Total	52	36.9	57	57.0	
Total	141	100.0	100	100.0	

A maior prevalência da dependência total para realização das Atividades Básicas da Vida Diária entre os idosos do setor privado em relação ao setor público, também pode ser explicada pelo menor tempo de admissão e menor tempo de seguimento dos mesmos no Programa de Fisioterapia Domiciliar, e esses idosos já entram com maior grau de comprometimento pelo critério de inclusão e, ainda por apresentar pouco tempo de intervenção especializada.

A manutenção da capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida dos idosos, pois está diretamente relacionada com a forma pela qual o indivíduo se mantém na comunidade, desfrutando a sua independência até as idades mais avançadas (ALVES *et al*, 2007). A detecção precoce e a avaliação periódica dos parâmetros funcionais fazem-se necessárias, a fim de se manterem pelo maior tempo possível a autonomia e o bem-estar do indivíduo (SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008).

Os resultados apresentados neste estudo revelam a importância da avaliação do grau de dependência funcional de idosos em situação de

fragilidade atentando para as diferenças que existem entre os grupos atendidos no setor público e no setor privado. Evidenciam a complexidade do processo de envelhecimento, no que se refere a cuidados efetivos no domicílio.

Desta maneira é necessária adoção de estratégias preventivas voltadas às especificidades dessa população, a fim de que possa prolongar a vida com qualidade, minimizando o grau de incapacidade funcional.

Programas de atendimento fisioterapêutico na pessoa idosa em conjunto com a equipe multiprofissional têm contribuído significativamente para diminuir os danos causados pela incapacidade funcional, porém, para que o êxito seja alcançado, é fundamental que se inicie o mais precocemente possível como forma de garantir uma recuperação eficaz ao idoso, garantindo uma maior independência e autonomia.

Na área de fisioterapia, o foco de atenção à pessoa idosa em programas de atendimento fisioterapêutico carece de ampliação. Certamente, as intervenções de fisioterapia serão mais efetivas à medida que seu campo de atuação torne-se mais abrangente.

Este trabalho apresentou como limitação o instrumento que foi utilizado para avaliação do grau de funcionalidade, pois o mesmo ainda é pouco utilizado no Ambiente Domiciliar, sendo encontrados poucos trabalhos científicos dificultando uma análise mais aprofundada e pontual.

4. CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que os idosos do setor privado apresentaram um poder aquisitivo maior, alta escolaridade, e maior grau de incapacidade funcional, enquanto os idosos do setor público foram identificados com uma renda de até um salário mínimo, baixa escolaridade e com grau de dependência comprometido.

Os critérios de elegibilidade para atendimento nos programas possivelmente influenciaram nos resultados, uma vez que no serviço privado é assegurado atendimento aos idosos com vistas à desospitalização, sendo que o

objetivo maior desses programas deve ser garantir qualidade de vida no ambiente domiciliar.

Fica assim demonstrada a importância da ampliação de programas domiciliares com equipe interdisciplinar inserida, tendo como principal objetivo aumentar a capacidade funcional e reduzir incapacidades neste grupo etário prevenindo-se perdas funcionais.

5. REFERÊNCIAS

- ALVES, L.C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.8, 2007.
- ARAÚJO, K. B. G. O resgate da memória no trabalho com idosos: o papel da educação física. São Paulo. Universidade Estadual de Campinas. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, p. 100, 2001.
- BARCELOS, E.M.; MADUREIRA, M.D.S. Síndrome da Imobilidade. In: CHAIMOWICZ F et al. *Saúde do Idoso*. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, p. 167, 2009.
- BEAUVOIR, S. de. *A Velhice: uma realidade incômoda*. São Paulo: Difusão Europeia, Volume, 1970.
- BINDER, E.F. et al. Effects of exercise training on frailty in community-dwelling older adults: results of a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, v.50, n.12, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos da Atenção Básica*, n.19. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, p.192, 2010.
- FELICIANO, A.B.; MORAES, A.S.; FREITAS, I.M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Caderno de Saúde Pública*, v.20, n.6, 2004.
- FHON, J.R.S. et al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.20, n.5, 2012.
- FIEDLER, M.M.; PERES, K.G. Capacidade Funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública*, v.24, n.2, 2008.
- FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D. Avaliação Geriátrica Ampla. IN: FREITAS et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- GOMES, S.de.S. Dificuldades vivenciadas por cuidadores informais de idosos dependentes assistidos pelo Serviço de Assistência Domiciliar (SAD/SUS) do Hospital Cardoso Fontes, no município do Rio de Janeiro/RJ. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, p. 99, 2012.
- GONÇALVES, L.H.T. et al. O Idoso Institucionalizado: Avaliação da Capacidade Funcional e Aptidão Física. *Caderno de Saúde Pública*, v.26, n.9, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico: resultados da amostra das características da população, 2010.
- KAWASAKI, K.; DIOGO, M.J.D. A utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. *Med Reabil*, 23(3):57-60, 2004.
- LIMA-COSTA, M.F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.9, 2011.
- MAZO, G.Z.; LOPES, M.A.; BENEDETTI, T.B. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. Porto Alegre: Sulina, 2001.
- MENEZES, L.N.; VICENTE, L.C.C. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. *Revista CEFAC*, v.9, n.1, 2007.
- MINOSSO, J.S.M. et al. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um centro de saúde-escola da Universidade de São Paulo. *Cogitare Enferm*, v.15, n.1, 2010.

- MORAES, E.N. Princípios básicos de gerontologia e geriatria. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, p. 700, 2008.
- MORAES, E. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- NERI, A.L. Palavras chaves em gerontologia. Campinas: Alínea, 2001.
- PAPALÉO NETTO, M. Processo de Envelhecimento e Longevidade. In: PAPALÉO NETTO, M. Tratado de gerontologia. 2a. ed., rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, Cap.1, 2007.
- PASCHOAL, S. Autonomia e Independência. IN: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- PEREIRA, L.S.M.; GOMES, G.C. Avaliação funcional. In: CUNHA, U.G.V.; GUIMARÃES, R.M. Sinais e sintomas em geriatria. São Paulo: Editora Atheneu, p. 312, 2004.
- SANTOS, S.S.C. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. Acta Paulista de Enfermagem, v.21, n.4, 2008.
- SCHNEIDER, R.H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R.R. Avaliação funcional de idosos. Revista Scientia Medica, v.18, n.1, 2008.
- SILVA, L.W.S.; DURÃES, A.M.; AZOUBEL, R. Fisioterapia domiciliar: pesquisa sobre o estado da arte a partir do Niefam. Fisioterapia em Movimento, v.24, n.3, 2011.
- SILVA, V. Velhice e envelhecimento: qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do Sesc-Estreiro. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p.71, 2009.
- SOUZA, I.R.; CALDAS, C.P. Atendimento domiciliário gerontológico: contribuições para o cuidado do idoso na comunidade. RBPS, v.21, n.1, 2008.
- VERAS, R.P. et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: Veras R.P Terceira Idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UNATI/UERJ, p.79, 2002.
- TORRES, M.V. Capacidade Funcional e Envelhecimento. IN: MALAGUTTI et al. Abordagem Interdisciplinar do Idoso. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.