

EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MULHERES INSTITUCIONALIZADAS E NÃO-INSTITUCIONALIZADAS

EVOLUTION OF FUNCTIONAL CAPACITY OF INSTITUTIONALIZED AND NON-INSTITUTIONALIZED WOMEN

Fernanda de Pinho Nogueira¹ e Rosamaria Rodrigues Garcia²

¹ Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS.

² Clínica de Fisioterapia da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS.

RESUMO

A capacidade funcional pode ser definida como a condição que o indivíduo tem de se manter independente, conduzindo sua própria vida e decidindo sobre suas atitudes, isto é, utilizando as habilidades que ele tem para desempenhar suas atividades do dia-a-dia. Foi realizado um estudo longitudinal, no período de dezembro de 2006 a outubro de 2008, com o objetivo de acompanhar e comparar a evolução da capacidade funcional de 20 mulheres institucionalizadas e 20 não-institucionalizadas, e relacionar a capacidade funcional destas mulheres ao risco de óbito. Essas pacientes foram avaliadas por meio de dois instrumentos de avaliação da capacidade funcional, o índice de Katz, que avalia as atividades básicas de vida diária (ABVD), e o índice de Lawton, para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Os resultados obtidos mostraram que as mulheres institucionalizadas apresentam menor capacidade funcional em relação às não-institucionalizadas, tanto para as ABVD como principalmente para as AIVD, ocorrendo, neste período, três óbitos. Vale ressaltar que, apesar de as mulheres não-institucionalizadas serem mais independentes na realização das ABVD e AIVD, verificou-se, durante o período avaliado, um declínio funcional da continência vesical e anal neste grupo. O presente estudo permitiu concluir que, no grupo estudado, as mulheres institucionalizadas apresentaram uma pior condição funcional, o que pode aumentar o risco de óbito, quando comparadas às mulheres não-institucionalizadas. São necessários novos estudos longitudinais para verificar a evolução da capacidade funcional em períodos mais longos de tempo.

Palavras-chave: capacidade funcional, mulheres, atividade básica de vida diária, atividade instrumental de vida diária, institucionalização.

ABSTRACT

The functional capacity can be defined as the condition that an individual has to be independent, living his own life and deciding what attitudes to take, or, in other words, using his abilities to develop his daily activities. A longitudinal study was carried out, from december 2006 to october 2008, aiming to monitor and compare the evolution of the functional capacity of 20 institutionalized women and 20 women living in the community, and relate the functional capacity of these women to the risk of death. These patients' functional capacity were evaluated through two instruments, the Katz index which evaluates the basic activities of daily living (BADL) and the Lawton index, for instrumental activities of daily living (IADL). Results showed that the institutionalized women present less functional capacity in relation to the (non-institutionalized) women, also for (BADL), but specially for (IADL); occurring three deaths in this period. It was noted that, although the non-institutionalized women were more independent regarding the execution of (BADL) and (IADL), it was evidenced during the period assessed a functional decline of the anal and bladder continence in this group. This study allows us to conclude that, in the group studied, the institutionalized women presented a worse functional condition, which can increase the risk of death, when compared to the non-institutionalized women. New longitudinal studies are necessary to verify the evolution of the functional capacity for longer periods.

Keywords: functional capacity, women, basic activities of daily living, instrumental activities of daily living, institutionalization.

I. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que o envelhecimento está cada vez maior e que, em 2025, haverá 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. O Brasil representará, em média, 34 milhões dessa população e ocupará a sexta posição entre os países mais envelhecidos do mundo (DAVIM *et al.*, 2004).

Em relação aos recursos no setor de saúde, o País não estará preparado para absorver este contingente populacional, o que revela a necessidade de se implantarem políticas públicas para proporcionar a esta população uma melhor qualidade de vida (MONTENEGRO & SILVA, 2007).

Com o avançar da idade, as perdas funcionais tornam-se evidentes, e a população mais velha deixa de realizar suas atividades do cotidiano, diminuindo, assim, sua capacidade funcional. A capacidade funcional é dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

A capacidade funcional pode ser definida como a condição que o idoso tem de se manter independente, conduzindo sua própria vida, decidindo e atuando, isto é, utilizando as habilidades que o indivíduo tem para desempenhar suas atividades do dia-a-dia. As atividades podem ser divididas em atividades básicas de vida diária (ABVD), tais como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, ter continência vesical e anal, transferir-se e alimentar-se; e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que são atividades que envolvem trabalhos domésticos, compras e transportes (MONTENEGRO & SILVA, 2007).

A capacidade funcional para a avaliação gerontológica é uma dimensão-base; muitos índices específicos são propostos e amplamente utilizados para determinação da avaliação das atividades de vida diária, com destaque para o índice de Pfeffer, o índice de Lawton-Brody (AIVD) e o índice de Katz (ABVD), sendo utilizados ainda, no Brasil, de forma assistemática (PAIXÃO JÚNIOR & REICHENHEIM, 2005).

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, para a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos. A incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida

independente na comunidade (ALENCAR; HENEMANN & ROTHENBULHER, 2008).

Papaléo Netto (2002) definiu a institucionalização como um recurso de atendimento das necessidades do idoso, que só será efetuado quando for necessário restabelecer condições de saúde afetadas por algum agravante de uma doença preexistente ou não, buscando o equilíbrio e a manutenção de potenciais que possibilitem o retorno do idoso à sua casa. Entretanto, às vezes, o asilo também é procurado pelas famílias quando se esgota a procura de recursos para o melhor convívio do idoso entre a sociedade. A institucionalização só é válida desde que os vínculos familiares sejam mantidos e não haja perda social.

Chaimowicz & Greco (1999) explicaram o aumento das taxas de institucionalização como consequência de uma transição social, na qual se pode destacar a presença da mulher no mercado de trabalho, antes considerada personagem principal no cuidados dos pais ou sogros. Segundo estes autores, existe alta prevalência de fatores de risco para a institucionalização de indivíduos que vivem nas principais capitais brasileiras. A presença de mulheres nas instituições asilares é significativamente maior do que a de homens, alcançando o dobro entre a faixa etária de 65 e 69 anos e mais que o triplo na faixa etária dos 70 anos ou mais.

A institucionalização provoca isolamento do indivíduo perante a sociedade, além de favorecer a redução da prática de atividade física e da capacidade para realização das atividades de vida diária, principalmente as instrumentais, que envolvem a participação do indivíduo na comunidade. Por sua vez, a limitação de movimentos e a hipotrofia muscular desencadeadas pelo aumento do sedentarismo predispõem às alterações de marcha e equilíbrio, aumentando o risco de quedas e fraturas, bem como à síndrome do imobilismo, que pode trazer efeitos deletérios a todos os sistemas e até o óbito. A manutenção da capacidade funcional pode auxiliar na prevenção destes agravos, assim como o declínio da mesma pode prejudicar a independência e a autonomia do indivíduo.

Desta forma, faz-se necessário investigar a influência da manutenção da capacidade funcional de indivíduos institucionalizados, hospitalizados ou que vivem na comunidade para identificar possíveis riscos ou agravos.

Os objetivos deste estudo foram acompanhar e comparar a evolução da capacidade funcional de mulheres institucionalizadas e não-institucionalizadas, relacionando-a ao risco de óbito.

2. MÉTODO

Este estudo dá continuidade ao acompanhamento da capacidade funcional de pacientes avaliadas no trabalho de conclusão de curso de graduação em Fisioterapia, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, da aluna Paula Cristina Sol Da Dalt, intitulado "Avaliação da capacidade funcional de idosas institucionalizadas e não-institucionalizadas: um estudo comparativo", realizado e apresentado em 2007, conforme sugestão da banca avaliadora na ocasião de sua defesa.

2.1. Participantes

O presente estudo foi realizado em São Caetano do Sul, com mulheres residentes na instituição de longa permanência Lar Assistencial Anália Franco, situada à Alameda São Caetano, nº 2.042. Também foram coletados dados no Município de Santo André, nos bairros de Jardim Bom Pastor e Vila Floresta, no período de dezembro de 2006 a outubro de 2008.

A amostra foi constituída por 40 mulheres, com idade de 40 anos ou mais, sendo 20 destas institucionalizadas e 20 não-institucionalizadas. Para o grupo de mulheres institucionalizadas, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: residir no Lar Assistencial Anália Franco, ser do sexo feminino, ter 40 anos ou mais. Para o grupo de mulheres não-institucionalizadas, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: residir e conviver na comunidade, ser do sexo feminino e ter 40 anos ou mais.

O declínio cognitivo, a demência, a incapacidade de compreensão e expressão e demais co-morbididades não foram considerados critérios de exclusão, pois, nos casos de pacientes com tais agravos, os responsáveis ou cuidadores se propuseram a responder aos instrumentos destas pacientes. Além disso, de acordo com Marra *et al.*, 2007 e Oliveira *et al.*, 2006, as alterações cognitivas não estão relacionadas ao declínio da capacidade funcional em indivíduos demenciados ou com diminuição de funções cognitivas.

As mulheres institucionalizadas residiam no Lar Assistencial Anália Franco, localizado no Município de São Caetano do Sul. Como esta instituição abriga apenas mulheres e a literatura afirma que a maior parte da população de indivíduos institucionalizados é do sexo feminino, esta pesquisa foi realizada apenas com mulheres.

Algumas mulheres residentes na instituição se encontravam acamadas e outras eram semidependentes, e

as mulheres não-institucionalizadas possuíam vida ativa, residindo em seu domicílio e convivendo em sociedade.

Com relação às mulheres não-institucionalizadas, foram realizadas entrevistas por telefone ou em domicílio.

As mulheres institucionalizadas no Lar Anália Franco continuaram recebendo intervenção multidisciplinar normalmente, e as não-institucionalizadas mantiveram seus hábitos normais.

2.2. Materiais

Nesta pesquisa, foram utilizados dois instrumentos: o índice de Katz (modificado de KATZ *et al.*, 1970), que avalia as atividades básicas de vida diária (ABVD), e o índice de Lawton (modificado de LAWTON & BRODY, 1969), para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Ambos os questionários podem ser aplicados, no máximo, em dez minutos, e foram utilizados para avaliação nos quatro períodos, sendo que a primeira e a segunda avaliações foram aplicadas pela aluna Paula Cristina Sol Da Dalt, em dezembro de 2006 e julho de 2007, respectivamente; a terceira avaliação foi colhida em abril de 2008; e a última foi realizada em outubro de 2008.

Estes instrumentos foram escolhidos, considerando que todos os itens investigados são claros, e a forma como cada atividade é descrita não sofre interferência de diferenças culturais, sendo todas parcialmente comuns e rotineiras. Além disso, são instrumentos desenvolvidos há mais de 20 anos e que atendem aos propósitos básicos dos testes utilizados na prática clínica; discriminam indivíduos ao longo de um contínuo de saúde, doença ou incapacidade; predizem desfechos ou prognósticos; e avaliam as mudanças individuais ao longo do tempo. Além disso, proporcionam uma avaliação funcional geral, objetiva e curta, de aplicação fácil e simples, sem necessidade de qualquer recurso específico, podendo ser aplicada mesmo em ambientes domiciliares (MARRA *et al.*, 2007).

O índice de Katz é o instrumento para mensuração das ABVD. Ele investiga a capacidade para a realização de seis atividades básicas de vida diária, tais como tomar banho; vestir-se; ir ao banheiro; ter continência vesical e anal; transferir-se; e alimentar-se. O paciente é considerado independente para tomar banho se não recebe ajuda para banhar uma parte do corpo. A independência para vestir-se é considerada quando o paciente pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, ou necessita de auxílio apenas para amarrar os sapatos. A independência para realização de higiene pessoal é obtida quando o

paciente vai e usa o banheiro sozinho, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (podendo fazer uso de bengala ou andador). O paciente é considerado independente para realizar transferência quando consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (podendo fazer uso de bengala ou andador). O paciente que apresenta continência vesical e fecal é considerado independente e o paciente é considerado independente para alimentação quando come sozinho ou necessita de auxílio apenas para cortar carne ou passar manteiga no pão.

A pontuação é obtida pelo somatório das respostas "sim", sendo atribuído um ponto para cada resposta positiva. O total de cinco a seis pontos significa independência para AVD; de três a quatro pontos significa dependência parcial; e de zero a dois pontos, dependência importante.

O índice de Lawton avalia a capacidade de realização de nove AIVD que são essenciais para a vida independente do adulto, tais como usar o telefone; fazer compras; ir a locais distantes fazendo uso de transporte coletivo ou individual; preparar suas próprias refeições; arrumar a casa; lavar e passar roupa; executar trabalhos manuais domésticos; cuidar de suas finanças; e tomar o medicamento na dose e no horário corretos. O paciente é considerado independente quando utiliza o telefone (recebe e efetua ligações) sem auxílio. A independência para a realização de compras é obtida quando o paciente consegue realizar compras sem ajuda. A independência para ir a locais distantes utilizando algum transporte é obtida quando o paciente realiza tais atividades sem necessidade de planejamentos especiais. A independência para preparar refeições é obtida quando o paciente consegue preparar suas próprias refeições sem ajuda. O paciente é considerado independente para arrumar a casa quando não necessita de auxílio para esta atividade. O paciente que realiza trabalhos domésticos manuais, como pequenos reparos, é considerado independente. O paciente que consegue realizar as atividades de lavanderia, como lavar e passar a roupa sem necessidade de auxílio é considerado independente. A independência para tomar medicamentos é constatada quando o paciente toma seus remédios na dose e no horário corretos, sozinho. E, por fim, a independência para os pacientes que cuidam de suas finanças se verifica quando o mesmo consegue administrar o seu próprio dinheiro sem ajuda.

Algumas questões podem ter variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim. A pontuação é obtida pelo somatório das respostas, com três possibilidades de resposta, sendo pontuadas da seguinte maneira: sem ajuda

= 3; com ajuda parcial = 2; e não consegue = 1. A pontuação mínima é de nove pontos e está relacionada à dependência total, e a pontuação máxima é de 27 pontos, indicando total independência para a realização das atividades.

2.3. Procedimentos

Em relação a todas as mulheres que se propuseram a participar deste trabalho, seus familiares ou responsáveis leram e assinaram o termo de consentimento e a declaração voluntária pós-informada, segundo as diretrizes da Resolução nº 196, de 16 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde - Brasília - DF.

O estudo foi realizado em quatro períodos, sendo duas avaliações efetuadas pela aluna Paula Cristina Sol Da Dalt, em dezembro de 2006 e julho de 2007, e duas avaliações realizadas no ano seguinte (abril e outubro de 2008) pela autora deste trabalho, para dar prosseguimento ao estudo da aluna citada acima.

Os responsáveis ou cuidadores se propuseram a responder aos instrumentos das mulheres demenciadas, ou com incapacidade de compreensão e expressão. Os casos de óbito ou retorno para casa foram informados pelos funcionários da instituição ou pelos familiares das mulheres não-institucionalizadas.

Com as idosas não-institucionalizadas, os questionários foram respondidos por meio de uma entrevista em domicílio ou via telefone, sendo aplicados os mesmos índices.

2.4. Análise dos dados

Os dados foram tabulados utilizando-se o programa Excel, versão 2003; para a análise descritiva foi utilizado o programa SPSS Versão 16.0, sendo que os dados foram submetidos aos seguintes testes não-paramétricos: coeficiente V de Cramer, que é um teste não-paramétrico de associação, e Mann-Whitney, que compara o centro de localização de duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes.

3. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída de 40 mulheres com idade de 43 anos ou mais, sendo 20 institucionalizadas (I), com média de idade de 70,1 anos e mediana de 66; e 20 mulheres não-institucionalizadas (NI), com média de idade de 59,5 anos e mediana de 53. As duas primeiras avaliações com as mulheres institucionalizadas e não-institucionalizadas foram realizadas no trabalho

de conclusão de curso da aluna Paula Cristina Sol Da Dalt, nos períodos de dezembro de 2006 e julho de 2007; no atual estudo, foram realizadas duas avaliações, com o objetivo de dar prosseguimento ao trabalho da aluna citada acima, nos períodos de abril e outubro, sendo entrevistadas as mesmas mulheres.

3.1. Avaliação da capacidade para realização de ABVD em mulheres institucionalizadas

A capacidade funcional para ABVD, mensurada pelo índice de Katz, avalia seis atividades básicas de vida diária, tais como tomar banho; vestir-se; realizar higiene pessoal; ter continência vesical e anal; transferir-se; e alimentar-se. As pacientes foram classificadas em duas categorias: as que conseguiam realizar e as que não realizavam. Na primeira avaliação ($n = 20$), verificou-se que sete pacientes institucionalizadas (35%) tinham capacidade funcional para tomar banho, vestir-se e realizar higiene pessoal sozinhas, e 13 (65%) não tinham essa capacidade; nove pacientes (45%) conseguiam realizar transferências e possuíam continência vesical e anal, e 11 pacientes (55%) não apresentavam capacidade funcional para realização destas atividades; 14 pacientes (70%) tinham capacidade funcional para alimentar-se sozinhas, e seis (30%) não eram independentes.

Na segunda avaliação, foram entrevistadas apenas 14 mulheres institucionalizadas, pois três faleceram e três tiveram alta da instituição, ou seja, retornaram para suas casas - por isso, o número de mulheres não foi o mesmo da primeira avaliação. Observou-se que quatro pacientes (28,5%) conseguiam tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal sozinhas, e dez pacientes (71,4%) não realizavam estas atividades; cinco pacientes (35,8%) apresentavam capacidade funcional para realização de transferências, e nove (64,2%) não possuíam esta capacidade; seis pacientes (42,8%) tinham continência vesical e anal, e oito (57,1%) não tinham; oito pacientes (57,1%) apresentavam capacidade funcional para alimentar-se sem ajuda, e seis (42,9%) não eram independentes.

Na terceira avaliação, o número de mulheres institucionalizadas entrevistadas se manteve. Considerando-se a capacidade funcional para ABVD, observou-se que quatro (28,6%) mulheres conseguiam tomar banho e vestir-se sozinhas, e dez (71,4%) não tinham a capacidade de realizar estas atividades; seis (42,8%) realizavam sua própria higiene pessoal, e oito (57,2%) não conseguiam realizar esta atividade; sete (50%) tinham a capacidade de realizar transferência, e sete (50%) não con-

seguiam; cinco (35,7%) possuíam continência anal e vesical, e nove (64,3%) não tinham; oito pacientes (57,1%) alimentavam-se sozinhas, e seis (42,9%) não conseguiam.

Na quarta e última avaliação, foram entrevistadas 13 mulheres, pois houve uma alta neste período, ou seja, a paciente retornou para casa. Verificou-se que seis (46,1%) mulheres tomavam banho e vestiam-se sozinhas, e sete (53,9%) não possuíam capacidade para realização destas atividades; 7 (53,9%) mulheres realizavam higiene pessoal e transferências, possuíam continência vesical e anal e ainda alimentavam-se sozinhas, e seis (46,1%) não conseguiam desenvolver cada uma destas atividades.

Com relação à classificação da capacidade funcional para ABVD, o paciente poderia obter uma pontuação entre zero e seis pontos, sendo que zero a dois pontos indicam dependência importante; três a quatro pontos indicam dependência parcial; e cinco a seis pontos indicam independência.

Na primeira avaliação ($n = 20$) do índice de Katz, dentre as pacientes institucionalizadas, 11 (55%) apresentavam dependência importante; duas (10%), dependência parcial; e sete (35%), independência. Na segunda avaliação ($n = 14$), nove (64,2%) apresentavam dependência importante; uma (7,1%), dependência parcial; e quatro (28,7%), independência, recordando que, neste período, aconteceram três óbitos e três altas. Na terceira avaliação ($n = 14$), sete (50%) apresentavam dependência importante; três (21,4%), dependência parcial; e quatro (28,6%), independência. Na quarta avaliação ($n = 13$), seis (46,1%) apresentavam dependência importante; nenhuma das mulheres apresentava dependência parcial, e sete (53,9%) eram independentes, lembrando que houve uma paciente retornou para casa neste período (Gráfico 1).

Comparando-se a evolução da capacidade funcional para ABVD em mulheres institucionalizadas (Gráfico 2), mensurada pelo índice de Katz, entre a primeira e a segunda avaliação, observou-se que três pacientes faleceram, uma paciente piorou, 13 pacientes mantiveram sua capacidade funcional e três pacientes retornaram para casa. Comparando-se a segunda e a terceira avaliações, observou-se que a capacidade funcional manteve-se em 12 pacientes e ocorreu uma melhora de duas mulheres. Comparando-se a terceira avaliação e a quarta, observou-se que dez pacientes mantiveram sua capacidade funcional, três destas melhoraram e uma paciente retornou para casa. Comparando-se a primeira avaliação e a quarta, verificou-se que, no início do estudo, havia 20 mulheres, três destas pacientes foram a óbito e três retornaram para seu domicílio; portando,

a segunda avaliação foi realizada com 14 mulheres. Considerando-se este número de pacientes, observou-se que dez mulheres mantiveram sua capacidade funcional, três pacientes obtiveram melhora e uma paciente retornou para sua casa.

3.2. Avaliação da capacidade para realização de ABVD em mulheres não-institucionalizadas

Considerando-se as mulheres não-institucionalizadas, observou-se que na primeira ($n = 20$) e na segunda avaliações ($n = 20$) da capacidade funcional para ABVD, todas (100%) eram independentes para tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal e alimentar-se; 18 (90%) conseguiram realizar transferência sem ajuda e 19 (95%) possuíam continência vesical e anal. Este resultado mostra que as mulheres mantiveram a capacidade funcional entre a primeira e a segunda avaliações.

Considerando-se a terceira avaliação ($n = 20$), houve manutenção da capacidade funcional para ABVD, exceto para a continência vesical e anal, onde ocorreu um declínio desta capacidade em três mulheres não-institucionalizadas (15%).

Já na última avaliação ($n = 20$), as mulheres não-institucionalizadas permaneceram com a mesma capacidade funcional para ABVD, com exceção de uma paciente, que apresentou declínio em relação à continência vesical e anal.

Comparando-se a evolução da capacidade funcional de mulheres não-institucionalizadas para ABVD (Gráfico 3), mensuradas pelo índice de Katz, verificou-se que, entre a primeira e a segunda avaliações, todas as pacientes mantiveram sua capacidade funcional. Comparando-se a segunda e a terceira avaliações, obser-

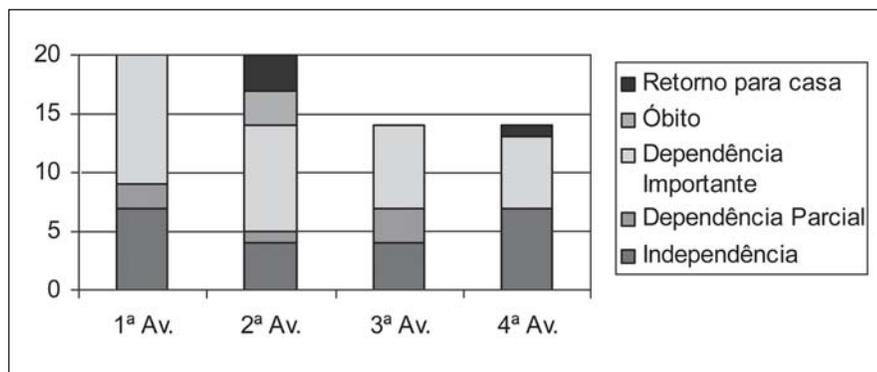


Gráfico 1: Evolução da capacidade funcional de mulheres INSTITUCIONALIZADAS, de acordo com o índice de Katz, aplicado nas quatro avaliações

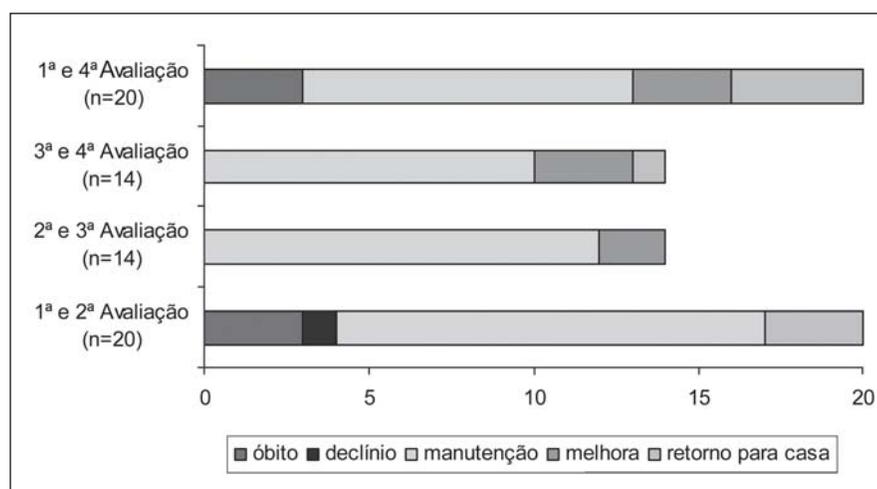


Gráfico 2: Evolução da capacidade funcional de mulheres INSTITUCIONALIZADAS, de acordo com o índice de Katz, aplicado nas quatro avaliações

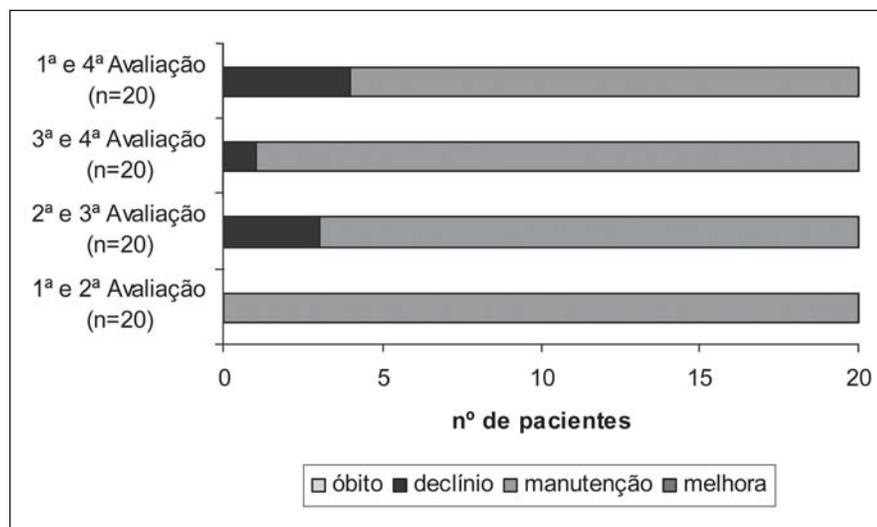


Gráfico 3: Evolução da capacidade funcional de mulheres NÃO-INSTITUCIONALIZADAS de acordo com o índice de Katz aplicado nas quatro avaliações

vou-se que três pacientes apresentaram piora da capacidade funcional. Comparando-se a terceira e a quarta avaliações, notou-se que apenas uma paciente apresentou declínio da capacidade funcional neste período. Comparando-se a primeira avaliação e a quarta, pôde-se verificar que, nos quatro períodos de realização deste estudo, quatro pacientes apresentaram declínio da capacidade funcional e 16 pacientes mantiveram-se capazes para realização da ABVD.

3.3. Avaliação da capacidade para realização de AIVD em mulheres institucionalizadas

A avaliação da capacidade funcional para AIVD, mensurada pelo índice de Lawton, pode ser pontuada da seguinte maneira: realização sem ajuda = 3; execução com ajuda parcial = 2; e não consegue = 1. O índice avalia a capacidade funcional para realização de nove AIVD, tais como usar o telefone; fazer compras; ir a locais distantes fazendo uso de algum transporte; preparar suas próprias refeições; arrumar a casa; lavar e passar roupa; efetuar trabalhos manuais domésticos; cuidar de suas finanças; e tomar os medicamentos na dose e no horário corretos.

Vale ressaltar que, pelo fato de estarem institucionalizadas, muitas pacientes não precisavam realizar as atividades avaliadas no índice de Lawton, como fazer compras, lavar e passar roupas ou preparar suas próprias refeições, entre outras. Portanto, na aplicação do instrumento, as pacientes também foram questionadas se realizariam tais atividades caso estivessem em suas casas ou caso fosse necessário. Também vale lembrar que o número de participantes variou em cada avaliação, sendo 20 mulheres na primeira avaliação, 14 na segunda e na terceira, e 13 na última avaliação, considerando-se que houve três óbitos e que quatro retornaram para suas casas.

Considerando o uso do telefone por mulheres institucionalizadas, foi observado que, na primeira avaliação (n = 20), duas pacientes (10%) conseguiam usar o telefone sem ajuda, quatro (20%) usavam-no com ajuda parcial e 14 pacientes (70%) não conseguiam utilizá-lo. Na segunda avaliação (n = 14), observou-se que uma (7,1%) paciente conseguia utilizar o telefone sem ajuda; três (21,4%) utilizavam-no com ajuda parcial e dez (71,5%) não conseguiam fazer uso do telefone. Na terceira avaliação (n = 14), verificou-se que uma (7,1%) paciente usava o telefone sem ajuda, cinco pacientes (35,7%) usavam-no com ajuda parcial e oito pacientes (57,2%) não usavam o telefone. Na quarta avaliação (n = 13), foi observado que uma paciente (7,6%) conseguia utilizar o telefone sem ajuda, duas pacientes (15,3%)

conseguiam utilizá-lo somente com ajuda parcial e 10 (77,1%) pacientes não conseguiam utilizar o telefone.

Para a AIVD de utilização de transporte para dirigir-se a locais distantes, observou-se que, na primeira avaliação, uma paciente (5%) utilizava o transporte sem ajuda, quatro (20%) conseguiam utilizar o transporte com ajuda parcial e 15 pacientes (75%) não tinham capacidade para utilizar este meio. Na segunda avaliação, uma paciente (7,1%) conseguia usar o transporte sem ajuda, duas (14,2%) usavam o transporte com ajuda parcial e 11 pacientes (78,7%) não tinham capacidade para utilizar o transporte. Na terceira avaliação, verificou-se que nenhuma das entrevistadas conseguia utilizar o transporte sem ajuda, três (21,4%) utilizavam o transporte com ajuda parcial e 11 pacientes (78,6%) não conseguiam utilizar o transporte. Na quarta avaliação, uma paciente (7,6%) conseguia usar o transporte sem ajuda, duas pacientes (15,3%) usavam-no com ajuda parcial e dez pacientes (77,1%) não conseguiam utilizar o transporte.

Com relação à atividade de fazer compras, verificou-se que, na primeira avaliação, duas pacientes (10%) faziam compras sem ajuda e 18 pacientes (90%) não conseguiam fazer compras sozinhas. Na segunda avaliação, observou-se que duas pacientes (14,2%) conseguiam realizar compras sem ajuda e 12 pacientes (85,8%) não tinham capacidade para fazer compras. Na terceira avaliação, uma paciente (7,1%) conseguia realizar compras sem ajuda, duas pacientes (14,2%) necessitavam de ajuda parcial para realizar esta tarefa e 11 pacientes (78,7%) não conseguiam realizar compras sozinhas. Considerando-se a quarta avaliação, uma paciente (7,6%) fazia compras sem ajuda, quatro pacientes (30,7%) precisavam de ajuda parcial e oito (61,7%) não tinham capacidade de realizar esta tarefa.

Considerando-se a atividade de preparar suas próprias refeições, verificou-se que, na primeira avaliação, duas pacientes (10%) tinham capacidade de preparar suas próprias refeições e 18 pacientes (90%) não conseguiam realizar esta atividade. Na segunda avaliação, duas pacientes (14,2%) preparavam suas próprias refeições e 12 pacientes (85,8%) não conseguiam realizar esta tarefa. Na terceira avaliação, apenas uma paciente (7,1%) tinha capacidade de fazer suas próprias refeições, três (21,4%) precisavam de ajuda parcial para desenvolver a tarefa e dez pacientes (71,5%) não apresentavam capacidade para fazer suas próprias refeições. Na quarta avaliação, uma paciente (7,6%) preparava suas refeições sem ajuda, três (23,0%)

preparavam com ajuda parcial e nove pacientes (69,4%) não realizavam esta tarefa.

Para a atividade de arrumar a casa, verificou-se que, na primeira avaliação, quatro pacientes (20%) conseguiam arrumar a casa sem ajuda e 16 pacientes (80%) não conseguiam arrumar a casa. Na segunda avaliação, quatro pacientes (28,5%) mantiveram sua capacidade de realizar a atividade sem ajuda e dez pacientes (71,5%) não conseguiam arrumar a casa sozinhas. Na terceira avaliação, duas pacientes (14,2%) arrumavam a casa sem ajuda, duas pacientes (14,2%) necessitavam de ajuda parcial para a realização desta tarefa e dez pacientes (71,6%) não tinham capacidade funcional para arrumar a casa sozinhas. Na quarta avaliação, observou-se que duas pacientes (15,3%) conseguiam arrumar a casa sem ajuda, duas (15,3%) precisavam de ajuda parcial para a tarefa e nove pacientes (69,4%) não conseguiam realizar esta atividade.

Em relação à capacidade de realizar trabalhos domésticos, verificou-se que, na primeira avaliação, duas pacientes (10%) conseguiam realizar estes trabalhos sem ajuda e 18 (90%) não tinham capacidade de desenvolver a tarefa. Na segunda avaliação, o número de mulheres que realizavam a atividade sem ajuda se manteve e 12 pacientes (85,8%) não conseguiam realizar trabalhos domésticos sozinhas. Na terceira avaliação, três mulheres (21,4%) precisavam de ajuda parcial para a realização de tais trabalhos e 11 pacientes (78,6%) não conseguiam realizar esta atividade. Na quarta avaliação, uma paciente (7,6%) conseguia realizar trabalhos domésticos sem ajuda, três (23,0%) necessitavam de ajuda parcial para a execução da tarefa e nove pacientes (69,4%) não conseguiam realizar a atividade.

Com relação às atividades de lavar e passar roupas, verificou-se que, na primeira avaliação, três pacientes (15%) conseguiam lavar e passar roupas sem ajuda e 17 pacientes (85%) não conseguiam realizar estas atividades. Na segunda avaliação, a capacidade funcional para realizar estas atividades sem ajuda se manteve e 11 pacientes (78,6%) não conseguiam lavar e passar roupas sem ajuda. Na terceira avaliação, verificou-se que três pacientes (21,4%) conseguiam lavar e passar roupas sem ajuda, uma paciente (7,1%) necessitava de ajuda parcial para a atividade e dez (71,5%) não conseguiam realizar estas tarefas. Já na quarta avaliação, duas pacientes (15,3%) conseguiam realizar estas atividades sem ajuda, uma paciente (7,6%) precisava de ajuda parcial e dez (77,1%) não conseguiam lavar e passar roupas sozinhas.

Considerando-se a atividade de tomar os medicamentos na dose e no horário corretos, verificou-se que, na primeira avaliação, duas pacientes (10%) conse-

guiam tomar seus medicamentos sem ajuda e 18 pacientes (90%) não o conseguiam. Na segunda avaliação, a capacidade para tomar os medicamentos sem ajuda se manteve e 12 mulheres (85,8%) não conseguiam fazer uso dos medicamentos sem auxílio. Na terceira avaliação, uma paciente (7,1%) tomava medicamentos sem ajuda, uma (7,1%) o fazia com ajuda parcial e 12 pacientes (85,8%) não tinham capacidade funcional para tomar seus medicamentos sem ajuda. Na quarta avaliação, duas pacientes (15,3%) necessitavam de ajuda parcial para a realização da atividade e 11 pacientes (84,7%) não conseguiam fazer uso dos remédios sem ajuda.

Por fim, avaliou-se a atividade de cuidar de suas finanças. Na primeira avaliação, as 20 pacientes (100%) não tinham capacidade funcional para cuidar de suas finanças. A mesma situação ocorreu na segunda avaliação com as 14 pacientes entrevistadas. Na terceira avaliação, apenas uma paciente conseguia cuidar de suas finanças sem ajuda, uma paciente (7,1%) necessitava de ajuda parcial para a execução da tarefa e 12 pacientes (85,8%) não tinham capacidade de cuidar de suas próprias finanças. Na quarta avaliação, duas pacientes (15,3%) precisavam de ajuda parcial para a atividade e 11 (84,7%) não tinham capacidade para a realização desta tarefa.

3.4. Avaliação da capacidade para realização de AIVD em mulheres não-institucionalizadas

Com relação às mulheres não-institucionalizadas, foi aplicado o mesmo índice de Lawton para avaliação de AIVD. Considerando-se a atividade de usar o telefone, notou-se que, na primeira, na segunda e na terceira avaliações, 18 pacientes (90%) conseguiam usar o telefone sem ajuda e duas (10%) usavam-no com ajuda parcial. Na quarta avaliação, 17 pacientes (85%) utilizavam o telefone sem ajuda e três (15%) necessitavam de ajuda parcial para fazer uso do telefone .

Para a atividade de usar o transporte, na primeira avaliação, 13 pacientes (65%) conseguiam utilizar o transporte sem ajuda, seis (30%) necessitavam de ajuda parcial para a atividade e apenas uma (5%) não conseguia utilizar o transporte sozinha. Na segunda e na terceira avaliações, 13 pacientes (65%) utilizavam o transporte sem ajuda, cinco (25%) precisavam de ajuda parcial para utilizá-lo e duas pacientes (10%) não conseguiam fazer uso do transporte sozinhas. Na quarta avaliação, 12 pacientes (60%) conseguiam usar o transporte sem ajuda, seis (30%) necessitavam de ajuda parcial para sua utilização e duas (10%) não tinham capacidade de realizar a atividade sem auxílio.

Com relação à atividade de fazer compras, verificou-se que, nas quatro avaliações aplicadas, 17 pacientes (85%) conseguiam fazer compras sem ajuda e três (15%) necessitavam de ajuda parcial para a referida atividade, havendo, portanto, manutenção da capacidade funcional no período estudado.

Para a atividade de preparar suas próprias refeições, verificou-se que, na primeira e na quarta avaliações, 18 pacientes (90%) conseguiam fazer esta atividade sozinhas e duas (10%) necessitavam de ajuda parcial para realizá-la. Na segunda e na terceira avaliações, 18 pacientes (90%) tinham capacidade para preparar suas próprias refeições, uma paciente (5%) precisava de ajuda parcial para a execução da tarefa e uma (5%) não conseguia preparar suas refeições sozinha.

Considerando-se a atividade de arrumar a casa, notou-se que, na primeira avaliação, 15 pacientes (75%) conseguiam arrumar a casa sem ajuda, quatro (20%) necessitavam de ajuda parcial para a tarefa e apenas uma paciente (5%) era incapacitada para realizar esta atividade. Com relação à segunda, à terceira e à quarta avaliações, 14 pacientes (70%) realizavam esta atividade sem ajuda, três (15%) necessitavam de ajuda parcial para sua execução e três (15%) não tinham capacidade funcional para realizar esta atividade.

Com relação à atividade de realizar trabalhos manuais domésticos, na primeira avaliação, 19 pacientes (95%) conseguiam realizar trabalhos domésticos sem ajuda e uma paciente (5%) necessitava de ajuda parcial para tal atividade. Na segunda e na terceira avaliações, 16 pacientes (80%) tinham capacidade funcional para realizar esta atividade sem ajuda, duas pacientes (10%) necessitavam de ajuda parcial para tanto e duas (10%) apresentavam-se incapazes de realizar esta tarefa. Na quarta avaliação, 16 pacientes (80%) permaneceram realizando esta atividade sem ajuda, três (15%) necessitavam de ajuda parcial para a referida tarefa e uma paciente (5%) era incapacitada para realizar este tipo de trabalho.

Considerando-se a atividade de lavar e passar roupas, observou-se que, na primeira avaliação, 16 pacientes (80%) eram capazes de lavar e passar roupas sem ajuda e quatro (20%) necessitavam de ajuda parcial para tal atividade. Na segunda e na terceira avaliações, 15 pacientes (75%) apresentavam-se capazes de realizar tais atividades sem ajuda, quatro (20%) realizavam-nas com ajuda parcial e apenas uma paciente (5%) era incapaz de realizar esta tarefa. Na quarta avaliação, 14 pacientes (70%) lavavam e passavam roupa sem ajuda, três (15%) necessitavam de ajuda parcial para tanto e três (15%) não conseguiam lavar e passar roupas sozinhas.

Para a atividade de tomar medicamentos na dose e no horário corretos, na primeira e na segunda avaliações, 15 pacientes (75%) tomavam seus medicamentos sem ajuda e cinco pacientes (25%) necessitavam de ajuda parcial para a realização da tarefa. Na terceira e na quarta avaliações, 14 pacientes (70%) possuíam capacidade para tomar seus medicamentos e seis (30%) necessitavam de ajuda parcial para tal atividade.

Por fim, avaliou-se a atividade de cuidar das finanças. Verificou-se que, na primeira e na segunda avaliações, 17 pacientes (85%) tinham capacidade de cuidar de suas próprias finanças e três (15%) necessitavam de ajuda parcial para tal atividade. Na terceira e na quarta avaliações, 15 pacientes (75%) cuidavam de suas finanças sem ajuda e cinco (25%) necessitavam de ajuda parcial para a tarefa.

Ao se compararem os resultados do índice de Katz na primeira e na quarta avaliação, entre as mulheres institucionalizadas e não-institucionalizadas, por meio do coeficiente V de Cramer, verificou-se diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$), havendo 30% de óbito entre as pacientes que apresentavam dependência importante, de acordo com a classificação proposta pelo índice de Katz, ou seja, houve uma associação positiva entre dependência importante e o risco de óbito. Utilizou-se este teste, devido ao fato de a amostra ser reduzida.

Para comparar os resultados do índice de Katz nas quatro avaliações, a evolução da capacidade funcional foi classificada em melhora, manutenção, declínio ou óbito. Houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,01$) entre a evolução da capacidade funcional e óbito, ou seja, houve uma associação positiva entre o óbito e a piora da capacidade funcional, isto é, os indivíduos que faleceram apresentavam capacidade funcional pior quando comparados aos indivíduos que não faleceram.

Considerando-se o índice de Lawton, a paciente poderia totalizar entre nove e 27 pontos, sendo nove considerado dependência para todas as atividades e 27, independência para todas as atividades. Comparando-se a pontuação média obtida no índice de Lawton, verificou-se que as mulheres que faleceram apresentaram pontuação média de nove pontos, ou seja, a pontuação mínima, enquanto as mulheres que não faleceram, institucionalizadas ou não, obtiveram, em média, 20,4 pontos. A média de pontos obtida no índice de Lawton, entre os indivíduos que faleceram, foi duas vezes menor do que a média de pontos dos indivíduos que não faleceram. Houve uma associação positiva entre a baixa pontuação no índice de Lawton e o risco de óbito, havendo significância estatística ($p = 0,028$).

Comparando-se a evolução da capacidade funcional entre os dois grupos, por meio do índice de Lawton, onde a pontuação mínima era nove e a pontuação máxima era 27, houve piora da capacidade funcional no índice de Lawton entre as mulheres não-institucionalizadas, havendo significância estatística ($p = 0,03$). Este declínio ocorreu exclusivamente com a função de continência vesical e anal em 20% das mulheres não-institucionalizadas.

4. DISCUSSÃO

Todas as participantes deste estudo eram do sexo feminino, e a média de idade das pacientes aproximou-se da faixa etária de indivíduos idosos (60 anos ou mais, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), corroborando o estudo de Barbosa *et al.*, 2005, que observaram que a população idosa é predominantemente do sexo feminino, e a prevalência das limitações funcionais é maior em mulheres, comparando-se com a população masculina.

Durante o período de dezembro de 2006 a julho de 2007, houve três óbitos e três mulheres institucionalizadas retornaram para suas casas, não podendo ser aplicadas a segunda, a terceira e a quarta avaliações nestas pacientes. No período de abril a outubro de 2008, uma paciente retornou para casa, não lhe sendo aplicada a quarta avaliação, diminuindo assim o número de pacientes a serem analisadas. Considerando-se as mulheres não-institucionalizadas, o número de pacientes se manteve desde o início até a finalização do estudo.

Marra *et al.* (2007) realizaram um estudo com o objetivo de comparar o desempenho de idosos com diferentes níveis de demência, por meio do índice de Katz e do índice de Lawton. Foram analisados 90 idosos ($75,46 \pm 7,66$ anos), com predomínio de mulheres (75,5%). Notou-se que os idosos apresentavam maior dependência funcional, à medida que o nível de demência se acentuava. No estágio inicial da demência, foi observado que, aproximadamente, 50% dos idosos apresentavam comprometimento na capacidade para a realização das AIVD e que, para as ABVD,, praticamente não havia alteração, indicando que, nos níveis iniciais de demência, as AIVD são mais comprometidas quando comparadas às ABVD. Na demência grave, ocorreu um aumento significativo do comprometimento da capacidade de realizar AIVD, enquanto apenas um terço das ABVD estava prejudicado.

No presente estudo, não foi avaliado o grau de demência das mulheres institucionalizadas, porém notou-se piora da capacidade funcional nas referidas mulheres quando comparadas às não-institucionalizadas. Sabe-se

que, em geral, os pacientes institucionalizados apresentam maior declínio cognitivo em relação aos indivíduos da comunidade e, portanto, isto pode justificar a pior capacidade funcional, tanto para AIVD quanto para ABVD, observada no grupo institucionalizado estudado.

Montenegro & Silva (2007) estudaram os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor da saúde na capacidade funcional de 42 mulheres institucionalizadas, subdivididas em grupo experimental ($n = 22$) e grupo controle ($n = 20$), utilizando o questionário HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), que avalia a capacidade funcional para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Foram aplicadas três sessões semanais de 60 minutos de cinesioterapia global durante o período de cinco meses. Observou-se que houve melhora significativa no desempenho das atividades funcionais, contribuindo para a redução de incapacidades e limitações funcionais nas mulheres institucionalizadas.

Em geral, um indivíduo apresenta primeiramente o declínio para as atividades instrumentais de vida diária, para depois perder a capacidade de executar as atividades básicas de vida diária. Quando o paciente apresenta baixa pontuação no índice de Katz (ABVD), o risco de óbito pode se tornar maior, pois ele perde a capacidade funcional para a realização de atividades que são essenciais para a manutenção da vida, tornando-se completamente dependente e possivelmente acamado, restrito ao leito, com possibilidade de adquirir broncopneumonias, escaras, trombose venosa profunda, retrações e encurtamentos musculares, infecções urinárias, diminuição da capacidade de mastigação e deglutição, favorecendo a ocorrência de uma série de complicações, que podem culminar com o óbito.

No presente estudo, observou-se que a maioria das mulheres institucionalizadas apresentava reduzida capacidade funcional para ABVD e, principalmente, para AIVD. Ainda assim, notou-se que três pacientes obtiveram melhora da capacidade funcional e que a maioria manteve sua condição funcional. Estas situações podem ser justificadas pelo fato de que, na instituição estudada, as pacientes são estimuladas todos os dias a realizar atividades de autocuidado (tomar banho, realizar higiene pessoal e vestir-se sozinhas) e/ou auxiliar na manutenção da limpeza e conservação da instituição, nas atividades de lavanderia e cozinha, bem como auxiliar no cuidado às pacientes totalmente dependentes (trocar fraldas, dar banhos, servir refeições etc.).

Kawasaki & Diogo (2005) estudaram 28 idosos internados (entre 60 e 86 anos), utilizando a medida de inde-

pendência funcional (MIF), aplicada após 48 horas da internação, sendo reaplicada a cada cinco dias durante o período de internação, no momento da alta hospitalar e um mês após o retorno para casa. Observou-se um declínio da capacidade funcional nas atividades de autocuidado durante o período em que os indivíduos permaneceram hospitalizados, sendo maior o acometimento das tarefas de banho e vestir-se. Com relação ao controle de esfíncter, observou-se que, na admissão, esta capacidade já estava prejudicada, com queixa de incontinência urinária, e obteve-se piora dos sintomas durante a hospitalização, principalmente pelo uso de fraldas e sonda vesical. Foram consideradas também as atividades de transferência e locomoção, havendo um declínio da capacidade para a realização destas atividades durante a hospitalização. No momento da alta hospitalar, observou-se uma perda de 78,6% da MIF avaliada na admissão. Após o período de retorno ao domicílio, os indivíduos apresentaram melhora da capacidade funcional para a realização de todas as atividades citadas acima.

No atual estudo, ocorreu um declínio da capacidade funcional para ABVD e AIVD das mulheres institucionalizadas ao longo destes quatro períodos de tempo, ocorrendo três óbitos. As mulheres institucionalizadas apresentaram queda da capacidade funcional na primeira avaliação e, ao longo deste período, foi ocorrendo cada vez mais perda destas capacidades. Estes achados corroboram o estudo citado acima, pois o *deficit* destas capacidades pode estar relacionado à imobilização no leito e à restrição das atividades.

Considerando-se as mulheres não-institucionalizadas do atual estudo, apesar da independência para a realização da maioria das AIVD e ABVD em todas as avaliações, observou-se declínio da continência vesical e anal durante o período avaliado. Tal situação merece atenção especial pelos profissionais de saúde, no sentido de diagnosticar-se precocemente tal alteração, bem como orientar a paciente a respeito da possibilidade de intervenção, inclusive fisioterapêutica, considerando que a incontinência urinária é um problema de saúde pública e uma das maiores causas de institucionalização, o que poderia, tardiamente, provocar o declínio da capacidade funcional destas pacientes e sua conseqüente dependência.

Oliveira *et al.* (2006) avaliaram 28 sujeitos institucionalizados (21 mulheres e 7 homens), com média de idade de $82,6 \pm 9,06$ anos, portadores de alterações cognitivas classificadas pelo Meem (mini exame do estado mental), e submetem-nos aos testes de mobilidade ("*timed up and go* - TUG") e ao índice de Katz. Os

autores verificaram que as alterações cognitivas não influenciaram o desempenho no teste de mobilidade e nas atividades básicas de vida diária, porém ocorreu uma associação significativa entre o desempenho de idosos para o teste de mobilidade e a realização de três atividades básicas de vida diária, tais como tomar banho, vestir-se e realizar transferência.

O presente estudo corroborou o estudo acima, onde foi observado que a maior parte das mulheres institucionalizadas também apresentava dependência para as atividades básicas de vida diária citadas acima, embora as alterações cognitivas não tenham sido avaliadas. Sabe-se que a queda acentuada na realização e na participação em atividades domésticas, sociais e familiares, provocada pela institucionalização, pode favorecer a redução de mobilidade, flexibilidade, força muscular e resistência, evoluindo conseqüentemente para o declínio das ABVD.

Ferrantin *et al.* (2005) entrevistaram 44 idosos, com capacidade de compreensão e cognição preservadas, sendo 22 institucionalizados e 22 não-institucionalizados, mas que não saíam de suas residências há mais de seis meses, com média de idade de $74,86 \pm 8,89$ anos e $71,68 \pm 6,45$ anos, por meio do índice de Barthel. Os autores verificaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre a pontuação atingida pelos idosos institucionalizados e não-institucionalizados (que permaneciam longos períodos sem sair de casa).

No presente estudo, observou-se diferença entre o declínio da capacidade funcional para ABVD entre mulheres institucionalizadas e não-institucionalizadas, sendo as primeiras as mais acometidas. Porém, as mulheres não-institucionalizadas desta amostra possuíam vida ativa, realizando todas as atividades do dia-a-dia e vivendo em sociedade, diferentemente do estudo acima, o que evidencia que a restrição das atividades cotidianas e do convívio social, a imobilidade no leito e o sedentarismo são fatores que podem contribuir para o declínio da capacidade funcional.

Rosa *et al.* (2003) analisaram a capacidade funcional de 964 idosos residentes em zona urbana, por meio da escala de atividades básicas de vida pessoal e instrumental, classificada em ausência de dependência, ou seja, dificuldade/incapacidade em nenhuma das atividades; presença de dependência moderada/grave, isto é, dificuldade/incapacidade em quatro ou mais atividades. Verificou-se que todas as variáveis socioeconômicas e demográficas estavam associadas à dependência moderada/grave, tais como ser aposentado, analfabeto, pensionista, dona de casa, não possuir residência própria, ter

mais de 65 anos, ter sido internado nos últimos seis meses, ter família grande, não ter vida social, ter problemas de visão e histórias de derrame, não visitar parentes e ter uma péssima avaliação do estado de saúde em geral.

No atual estudo, notou-se que ocorreu maior dependência funcional para ABVD e AIVD nas mulheres institucionalizadas em relação às não-institucionalizadas, acontecendo, inclusive, três óbitos ao longo dos períodos avaliados. Os indivíduos institucionalizados geralmente recebem menos visitas de parentes, não possuem vida social, são mais velhos, não residem em suas próprias casas, sugerindo que estes fatores podem ter contribuído para a maior dependência funcional no grupo das mulheres institucionalizadas.

Gutierrez *et al.* (2001) estudaram 275 idosos (62,5% do sexo feminino), sendo avaliadas variáveis sociodemográficas, clínicas, bem-estar funcional (por meio dos índices de Barthel e Lawton) e mental (pela escala de Pfeiffer). Ocorreu prevalência de 22,9% de dependência funcional para ABVD e 73,5% para AIVD, sendo as atividades mais afetadas as que estavam relacionadas à mobilidade e a trabalhos manuais domésticos. Os autores verificaram que variáveis como sexo, idade, doenças crônicas, baixa pontuação nos índices aplicados e na escala para avaliar o bem-estar mental foram capazes de identificar o risco de incapacidade funcional para ABVD e AIVD. Essas variáveis poderiam ser utilizadas com intuito de identificar grupos de risco, que poderiam ser beneficiados com específicas intervenções para prevenir e reduzir a incapacidade funcional. Na atual amostra, também se observou que os trabalhos manuais domésticos, assim como o uso de medicamentos e o controle de finanças foram, em geral, as AIVD mais afetadas entre o grupo das mulheres institucionalizadas.

Com relação à evolução da capacidade funcional, de acordo com o índice de Lawton, observou-se declínio nas mulheres não-institucionalizadas. Este fato ocorreu principalmente com relação à função de continência vesical e anal. Vale ressaltar que as mulheres institucionalizadas apresentavam pontuação mínima (nove pontos) no índice de Lawton, desde a primeira avaliação, permanecendo desta forma até última, não sendo possível, de acordo com a classificação estabelecida por este índice, haver piora do quadro funcional neste grupo. Considerando as mulheres não-institucionalizadas, notou-se que, na primeira avaliação, a maioria apresentava pontuação máxima (27 pontos), ocorrendo nas demais avaliações o declínio da capacidade funcional para a continência vesical e anal.

A perda da continência desencadeia episódios de incontinência urinária, que é um problema de saúde pública e uma das maiores causas de institucionalização. Também pode diminuir a qualidade de vida, o convívio social e gerar problemas de relacionamento conjugal, provocar isolamento social, restringindo saídas, viagens, atividades laborais e de lazer, além do sentimento de repulsa e preconceito da sociedade contra o portador desta alteração.

A incontinência urinária merece atenção especial dos profissionais da saúde, ainda que em estágio inicial, a fim de diagnosticar esta patologia precocemente, para tratar e orientar as pacientes sobre os tipos de recursos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterapêutico, que ainda não é tão conhecido pela população e pouco recomendado pelos profissionais de saúde.

É importante ressaltar que as mulheres institucionalizadas que apresentavam baixa pontuação em ambos os instrumentos, muitas das quais portadoras de doenças preexistentes, possuíam diminuição da capacidade funcional para realização das AIVD e ABVD e ainda eram restritas ao leito. Tais alterações podem favorecer a ocorrência da síndrome do imobilismo e, até mesmo, o óbito. Portanto, nota-se a importância da manutenção da capacidade funcional, como forma de prevenção para tais agravos. A mobilidade, a flexibilidade, a capacidade de locomoção e equilíbrio, e a aptidão física são componentes fundamentais para qualquer indivíduo, constituindo fatores importantes para a execução adequada de atividades de vida diária, tanto básicas quanto instrumentais, e garantindo a manutenção da autonomia e da independência.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu concluir que, nos grupos estudados, a capacidade funcional das mulheres institucionalizadas foi pior em relação às mulheres não-institucionalizadas, sendo que, nos dois índices (Katz e Lawton), houve maior dependência para o grupo institucionalizado.

No grupo estudado, verificou-se que houve associação positiva entre a baixa capacidade funcional para ABVD e o risco de óbito, considerando-se que as pacientes que faleceram apresentavam dependência importante para ABVD.

Comparando-se a evolução da capacidade funcional nos dois grupos, houve declínio da capacidade para ABVD no grupo de mulheres não-institucionalizadas, especificamente na função de continência vesical e anal, mostrando a necessidade de detecção precoce e tratamento imediato das condições geradas pela perda desta função.

A capacidade funcional deve ser avaliada em todos os pacientes, sejam institucionalizados, sejam hospitalizados ou residentes na comunidade, com o objetivo de acompanhar a evolução das funções necessárias para a manutenção da autonomia e da independência do paciente, auxiliando na prevenção de doenças geradas pela

imobilidade, pela restrição ao leito e por demais agravos, que podem culminar com o óbito.

Novos estudos devem ser feitos, com uma amostra maior e por um período mais longo de acompanhamento, para reproduzir ou contestar os resultados apresentados neste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Maria do Carmo B. de; HENEMANN, Leo & ROTHENBÜHLER, Renata. A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar. *Revista Fisioterapia em Movimento*, n. 21, v. 1, p. 11-20, 2008.

BARBOSA, Aline R.; SOUZA, José M. P.; Lebrão, Maria Lúcia; LAURENTI, Ruy & MARUCCI, Maria de Fátima N. Functional limitations of Brazilian elderly by age gender differences: data from Sabe Survey. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 21, v. 4, p. 1.177-1.185, 2005.

CHAMOWICZ, Flávio & GRECO, Dirceu B. Dinâmica da institucionalização de idosos de Belo Horizonte, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, n. 5, v. 33, p. 54-60, 1999.

DAVIM, Rejane Marie B.; TORRES, Gilson de V.; DANTAS, Susana Maria M. & LIMA, Vilma Maria de. Estudo com idosos de instituições asilares no Município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n. 12, v. 3, p. 518-24, 2004.

FERRANTIN, Ana Carolina; BORGES, Camila F.; MORELLI, José Geraldo da S. & REBELATTO, José R. Qualidade da execução de AVDs em idosos institucionalizados e não-institucionalizados que permanecem sem sair de suas residências por mais de 6 meses. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, n. 5, v. 6, p. 372-375, 2005.

GUIMARÃES, Laiz Helena de C.; GALDINO, Débora Cristina de A.; MARTINS, Fábio Luiz M.; ABREU, Simone R.; LIMA, Mary & Vitorino, D. F. M. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, n. 3, v. 12, p. 1-6, 2004.

GUTIÉRREZ, J. R.; PÉREZ, T. L.; FERNÁNDEZ, M. F.; ALONSO, M. A.; IGLESIAS, M. C. & SOLANO, J. J. J. Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio

comunitario. *Mapfre Medicina*, n. 4, v. 12, p. 266-272, 2001.

KAWASAKI, Kozue & DIOGO, Maria José D. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiatrica*, n. 2, v. 12, p. 55-60, 2005.

MARRA, Taís de A.; PEREIRA, Leani S. M.; FARIA, Christina Danielli C. de M.; PEREIRA, Daniele S.; MARTINS, Maria Aparecida A. & TIRADO, Marcela G. A. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, n. 4, v. 11, p. 267-273, 2007.

MONTENEGRO, Silvana Mara R. & SILVA, Carlos Antônio B. da. Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres institucionalizadas. *Revista Geriatria & Gerontologia*, n. 2, v. 10, p. 1-13, 2007.

OLIVEIRA, Débora L. da C.; GORETI, Luciane C. & PEREIRA, Leani S. M. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo-piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, n. 1, v. 10, p. 91-96, 2006.

PAIXÃO JR., Carlos M. & REICHENHEIM, Michael E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 21, v. 1, p. 7-19, 2005.

PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002.

ROSA, Tereza E. da C.; BENÍCIO, Maria Helena D.; LATORRE, Maria do Rosário D. de O. & RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, n. 37, v. 1, p. 40-8, 2003.

Endereço para correspondência:

Rosamaria Rodrigues Garcia. Rua Santo Antônio, nº 50, Centro - São Caetano do Sul - São Paulo-SP. E-mail: rosamaria.garcia@uscs.edu.br.