

Avaliação da (*Evaluación de la*) capacidade funcional de pacientes em atenção domiciliar

Assessment of the functional capacity of patients in home health care

Lidiane Glacieli Cerezer

Fisioterapeuta, Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, Brasil

Melissa Agostini Lampert, Médica, Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, Brasil

Luciana da Silva Barberena, Fonoaudióloga, Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Santa Maria, Brasil

Cecília Maria Brondani, Enfermeira graduada, Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, Brasil

Salete de Jesus Souza Rizzatti, Enfermeira graduada, Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, Brasil

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsic.php/150394

Recepción: 21/3/2016 - Aprobación: 1/9/2016
Primera edición, www.siicsalud.com: 24/2/2017

Enviar correspondencia a: Lidiane Glacieli Cerezer, Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) 97105-900, Santa Maria, Brasil
lidicrz@yahoo.com.br

Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de las autoras.

www.dx.doi.org/10.21840/siic/150394

Abstract

Introduction: Home care provides an interdisciplinary approach to health and ensures the continuity of care after discharge. **Objective:** To evaluate the functional capacity of patients seen in a home care service. **Material and methods:** A quasi-experiment carried out before and after the implementation of an interdisciplinary care plan. The variables analyzed were gender, age, home care time, functional capacity, and care plan implemented. A functional capacity assessment was conducted on admission and discharge of care, measured on the Katz scale. For this comparison, the Mann-Whitney U test for independent samples was applied. **Results:** The study included 150 predominantly male patients with an average age of 65.81 years admitted to home care service in the period from 01/09/2011 to 31/08/2013. The length of stay was 47.98 days. Patients were categorized into four care plans: prevention, recovery, support, and palliative care. In the recovery plan there was significant improvement. In the support and palliative plans there was no change, however it was observed that the patients remained clinically stable. **Conclusion:** The actions and interventions provided improvement in patients in the recovery plan and maintained the level of dependence of patients in the support and palliative plans, minimizing the factors that interfere with functional capacity. The individual care plan in home care assists in the organization of care and guides the practices developed by the team.

Key words: home care services, rehabilitation, patient care team, chronic disease, hospital services

Resumo

Introdução: A atenção domiciliar possibilita uma abordagem interdisciplinar à saúde e garante a (*de la salud y garantiza la*) continuidade de cuidados após a alta hospitalar (*luego del alta hospitalaria*). **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional de pacientes atendidos em um serviço de atenção domiciliar. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo quase (*Se trata de un estudio cuasi*) experimento, antes e depois da implementação de um plano de cuidado interdisciplinar. Foram analisadas as variáveis sexo, idade, tempo de atenção domiciliar, capacidade funcional e plano de cuidado implementado. Foi realizada avaliação da capacidade funcional na admissão e na alta da (*al ingreso y al alta de la*) assistência, aferida pela Escala de Katz (*medida por el índice de Katz*). Para essa comparação foi utilizado o teste U de Mann-Whitney de amostras independentes. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 150 pacientes internados no serviço de atenção domiciliar, no período de 1/9/2011 a 31/8/2013, com idade média de 65.81 anos, predominantemente do sexo masculino. O tempo de permanência foi de 47.98 dias. Os pacientes foram categorizados em quatro planos de cuidado: prevenção, restauração, suporte e paliativo (*apoyo y paliativo*). No plano de restauração houve melhora (*hubo mejoría*) significativa. Nos planos suporte e paliativo não houve evolução, porém observou-se que os mesmos (*sin embargo, se observó que estos*) se mantiveram clinicamente estáveis. **Conclusão:** As ações e intervenções (*Las acciones e intervenciones*) proporcionaram evolução nos pacientes pertencentes ao plano de restauração e mantiveram o nível de dependência dos pacientes pertencentes aos planos de suporte e paliativo, minimizando os fatores que interferem na capacidade funcional. O plano de cuidado individual na atenção domiciliar auxilia na organização dos cuidados e orienta as práticas desenvolvidas pela equipe (*desarrolladas por el equipo*).

Palabras clave: asistencia en domicilio, rehabilitación, asistencia al paciente, enfermedades crónicas, asistencia en hospital.

Introdução

No transcorrer dos últimos cem anos (*En el curso de los últimos cien años*), os países industrializados, observaram uma profunda transformação em seu perfil epidemiológico, caracterizada pela gradual e progressiva queda das doenças (*caracterizada por el declive gradual y progresivo de las enfermedades*) infecciosas e parasitárias e pela ascensão das doenças crônico-degenerativas e, particularmente, das doenças cardiovasculares, como principal causa de morte.¹ Essa realidade contribui para sobrecarregar o atendimento hospitalar (*contribuye a so-*

brecargar la atención hospitalaria), aumentando o tempo de permanência na internação, os custos e a (*los costos y la*) demanda de cuidados.

A atenção domiciliar (AD) consiste em um dispositivo organizacional e assistencial propício à efetivação de novos modos (*favorable a la realización de nuevos modos*) de produção de cuidado e de intervenção em diferentes pontos da Rede Atenção à Saúde (RAS), pressupondo um cuidado centrado no usuário e em suas (*suponiendo una atención centrada en el usuario y sus*) necessidades. De acordo com a atual política de saúde brasileira, integra

ações destinadas ao indivíduo no seu domicílio (*al individuo en su domicilio*), objetivando a humanização do cuidado, a desospitalização, a minimização dos riscos de infecção (*la reducción de los riesgos de infección*) hospitalar mediante a redução do tempo de internação, quando necessário.²

As doenças crônicas tendem a comprometer a capacidade funcional (CF) de forma significativa, influenciando diretamente a autonomia e a qualidade de vida das pessoas (*y la calidad de vida de la gente*). A CF é a habilidade de desempenho das atividades do cotidiano. Com o envelhecimento e consequente redução da força (*Con el envejecimiento y la consiguiente reducción de la fuerza*) muscular e da mobilidade, há uma redução dessa capacidade (*tiene lugar una reducción de esa capacidad*), o que compromete a realização de tarefas diárias (*tarefas rutinarias*). Autores³ descrevem o processo de envelhecimento (*describen el proceso de envejecimiento*) como heterogêneo, não linear, e varia com a interferência de sistemas orgânicos e ambientais.

Dentre as escalas que avaliam a CF, que possuem validade e (*Entre las escalas que evalúan la CF, que tienen validez y*) confiabilidade vastamente comprovadas, destaca-se a escala de Katz. Essa escala foi desenvolvida (índice fue desarrollado) por Sidney Katz⁴ para avaliar os resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos (*en ancianos y predecir el pronóstico en los enfermos crónicos*).

A CF revela um valor ideal para que o indivíduo possa viver independente, capaz de realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas. Assim, o conhecimento da equipe assistente sobre o perfil da população atendida fornecerá subsídios necessários para uma promoção integral da saúde (*proporcionaria subsidios necesarios para una promoción integral de la salud*), sendo que a avaliação deve incluir não somente o diagnóstico da moléstia, mas também uma compreensão quanto aos (*debe incluir no sólo el diagnóstico de la enfermedad, sino también una comprensión en cuanto a los*) aspectos funcionais.⁵ Dessa forma, a avaliação da CF permite planejar a intervenção e a monitorização do estado clínico-funcional dos pacientes, sendo um parâmetro importante utilizado na AD.

Assim, o presente estudo tem (*Por lo tanto, el presente estudio tiene*) por objetivo avaliar a CF de pacientes internados em um serviço de AD pela escala de Katz antes e depois da (*antes y después de la*) implementação de um plano de cuidado interdisciplinar.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo quase experimento (*Se trata de un estudio cuasi experimental*), antes e depois da implementação de um plano de cuidado interdisciplinar que é rotineiramente (*que es rutinariamente*) implementado aos pacientes admitidos no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SADHUSM). Esse serviço recebe pacientes oriundos de unidades de internação do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) para implementação de cuidados no pós alta hospitalar (*luego del alta hospitalaria*). A coleta de dados foi (*La recolección de datos fue*) realizada para todos os pacientes admitidos entre 1/9/2011 a 31/8/2013, correspondendo à população em estudo.

Os critérios de inclusão foram os mesmos para a admissão no serviço, ou seja (*el ingreso al servicio, es decir*) pacientes que apresentassem problemas de saúde que

não demandassem necessidades de internação hospitalar (*sin la necesidad de hospitalización*) e sem condições de acompanhamento ambulatorial; cadastrados no (*registrados en el*) Serviço de Arquivo Médico (SAME) do HUSM e que morassem no perímetro urbano de Santa Maria-RS.

Os critérios de exclusão foram pacientes e famílias que não apresentassem interesse no atendimento domiciliar (*en la atención domiciliaria*); aqueles com plenas condições de comparecer ao atendimento ambulatorial no HUSM ou na Unidade Básica de Saúde (UBS); que não tivessem necessidade (*que no requerían*) de acompanhamento especializado por uma equipe de saúde e que apresentassem impossibilidade de implementação do plano de cuidado devido alta na primeira semana de internação por ocorrência de reinternação hospitalar ou óbito (*readmisión hospitalaria u óbito*).

Para a coleta dos dados (*la recolección de los datos*) foi utilizado um instrumento/questionário de avaliação do paciente, elaborado para esse fim, contendo dados sócio-demográficos e avaliação específica de cada profissional de saúde.

O instrumento/questionário de avaliação do paciente foi aplicado rotineiramente no (*se aplicó de forma rutinaria en el*) período de admissão do paciente no SADHUSM (entre a realização do encaminhamento no período final da internação hospitalar até uma semana após a (*hasta una semana luego del*) alta hospitalar).

O SADHUSM tem por objetivo manter a continuidade do tratamento dentro do ambiente familiar; reduzir o tempo e/ou a necessidade da internação hospitalar de determinados casos; diminuir o risco de (*reducir el riesgo de*) complicações como infecções hospitalares e o desgaste emocional familiar e do paciente. A equipe (composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, técnico em enfermagem [*técnico de enfermería*], assistente social, farmacêutico e psicólogo) é responsável pelo estímulo e acompanhamento da (*es responsable del incentivo y seguimiento de la*) família durante o processo de tratamento do paciente, através de orientações e treinamento quanto a (*y capacitación respecto del*) manejo de tecnologias assistidas, exercícios respiratórios, motores e fonoaudiológicos, cuidados com a pele (*de la piel*), dieta e hidratação.

Para o presente estudo foram analisadas as variáveis sexo, idade, tempo de AD, CF e plano de cuidado implementado. Os pacientes realizaram avaliação da CF na admissão e na alta da AD, aferida pela (*medida por la*) Escala de Katz. Todos os pacientes realizaram avaliação da CF na admissão e na alta da AD, aferida pela Escala de Katz, portanto não foi (*por lo tanto no fue*) realizado cálculo amostral. Esta avalia a independência no desempenho de seis funções motoras, sendo elas (*que son*): banho, vestir, ir ao banheiro (*ir al baño*), transferência, continência e alimentação. O escore varia de 0 a 18, quanto maior a pontuação (*cuanto más elevado el puntaje*), maior a dependência funcional, sendo que de 0 a 5 foram considerados independentes, de 6 a 12 dependentes parciais e de 13 a 18 dependentes totais.

A equipe multiprofissional e interdisciplinar, além de prestar atendimentos no domicílio, reúne-se semanalmente com o objetivo de discutir os casos e elaborar conjuntamente o plano de cuidado interdisciplinar. O plano levou em conta as necessidades de cada paciente (*tomó en cuenta las necesidades de cada paciente*), sendo, portanto, individualizado e específico. Para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde da equipe, após a avaliação, os pacientes foram incluídos em um plano

categorizado como: prevenção, suporte, restauração ou paliativo.

O plano de prevenção adota medidas educativas (*adapta medidas educativas*) para pacientes com dificuldade de adesão (*dificultad para la adhesión*) que apresentam independência funcional; restauração inclui medidas de reabilitação que buscam o retorno funcional físico, psicológico e/ou social prévio; suporte que adota medidas de adaptação que visam maximizar a autonomia (*apoyo que adapta medidas de adaptación para maximizar la autonomía*) do paciente e/ou minimizar alterações debilitantes de doenças que estão em evolução; paliativo objetiva a minimização de complicações e implementação de medidas de conforto com vistas à qualidade de vida.⁶

Após o preenchimento do instrumento (*completar el instrumento*) de coleta de dados, mediante treinamento prévio, houve a digitação dos dados em planilhas (*se cargaron los datos en planillas*). Posteriormente, foi realizada estatística descritiva, contemplando testes de normalidade, média, mediana, desvio padrão e frequências, quando adequado. Para comparar a CF na admissão e alta do paciente da AD foi utilizado o Teste T de amostras pareadas (*muestras apareadas*) ou Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes, conforme distribuição de normalidade. Para essa análise foi utilizado o software SPSS 20.0.

Como no plano preventivo são adotadas medidas educativas e os pacientes apresentavam independência funcional, estes fizeram parte somente (*estos eran parte solamente*) da análise estatística descritiva. Cabe salient

tar que os pesquisadores são os mesmos profissionais envolvidos na assistência dos pacientes, não tendo sido possível, portanto, o cegamento em relação (*cegamiento respecto*) aos desfechos.

O estudo faz parte (*El estudio es parte*) do projeto de pesquisa "Cuidado ao doente crônico: a atuação interdisciplinar como espaço potencializador de transformação", avaliado e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da instituição no qual foi realizado sob o CAAE 0069.0243.000-11. Todos os pacientes aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Resultados

A amostra foi composta por 150 pacientes, com idade média de 65.81 anos e mediana de 68 anos, sendo 53.33% do sexo masculino e 46.67% do sexo feminino. O tempo médio no serviço de AD foi de 47.98 dias. Devido à distribuição não normal da amostra, foi utilizado teste U de Mann-Whitney.

Os pacientes foram distribuídos de acordo com o plano de cuidado em: restauração, paliativo, suporte e prevenção.

A amostra estudada quanto à CF na avaliação do Índice de Katz apresentou média de 13.26 e mediana de 17 na admissão e na alta do SADHUSM média de 10.73 e mediana de 12.5 (p-valor = 0.023).

Na análise dos planos de cuidado separadamente, também quanto à avaliação do Índice de Katz, observou-se que os pacientes com plano de restauração obtiveram uma média de 12.51 e mediana de 14 na admis-

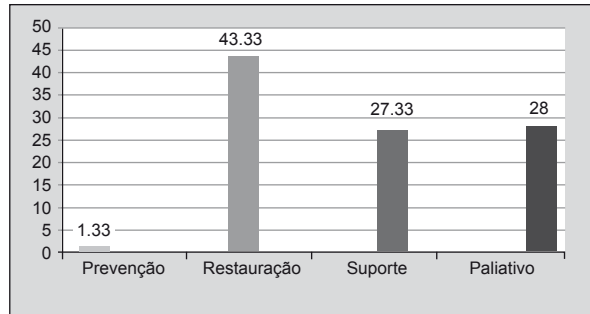


Figura 1. Distribuição percentual dos pacientes quanto aos planos de cuidado relacionada à capacidade funcional.

Tabela 1. Média, mediana e desvio padrão da capacidade funcional na admissão e na alta do SADHUSM da amostra estudada.

	Média	Mediana	n	DP
Katz admissão	13.26	17	150	5.98
Katz alta	10.73	12.5	150	7.64

P-valor: 0.023*
n, amostra; DP, desvio padrão.

Tabela 2. Capacidade funcional antes e depois da intervenção interdisciplinar de acordo com o plano de cuidado.

Plano de cuidado	Antes					Depois					p-valor
	n	Média	Mediana	DP	CL	n	Média	Mediana	DP	CL	
Restauração	65	12.51	14	5.57	DT	65	6.98	4	7.09	DPa	0.000*
Suporte	41	14.44	18	6.04	DT	41	13.59	18	6.56	DT	0.736
Paliativo	42	13.64	18	6.25	DT	42	14.24	18	6.62	DT	0.426

n, número de pacientes por plano de cuidado; DP, desvio padrão; CL, classificação segundo a capacidade funcional; DT, dependente total; DPa, dependente parcial. * p-valor: 0.000.

são. Na alta do serviço média de 6,98 e mediana de 4 (p-valor = 0.000); no plano de suporte média de 14.44 e mediana de 18 na admissão, média de 13.59 e mediana de 18 na alta do serviço (p-valor = 0.736) e no paliativo média de 13.64 com mediana de 18 na admissão e média de 14.24 e mediana de 18 na alta do serviço (p-valor = 0.426).

Discussão

Os resultados mostram que a maioria da população apresentou idade superior a 60 anos, sendo a média de idade deste estudo 65.81 anos, portanto, essencialmente idosa (*principalmente personas de edad avanzada*).

O Brasil é um país que envelhece a passos largos.⁷ As alterações na dinâmica populacional são claras, inequívocas e irreversíveis. Desde os anos 1940, é entre a população idosa que temos observado as taxas mais altas de crescimento populacional. Na década de 50, a taxa de crescimento da população idosa atingiu valores superiores (*de ancianos alcanzó valores superiores*) a 3% ao ano, chegando a 3.4%, entre 1991 e 2000. Ao compararmos, num intervalo de 25 anos (1980 a 2005), o crescimento da população idosa com o crescimento da população total, observamos que o crescimento da população idosa foi de 126.3%, ao passo que o crescimento da população total foi de apenas 55.3%.⁷

Neste estudo⁷ também foram identificados 53.33% pacientes do sexo masculino e 46.67% do sexo feminino. Assim, embora o número de pacientes (*Por lo tanto, aunque el número de pacientes*) de ambos os sexos seja semelhante, os homens apresentaram-se em maioria.

Outro estudo⁸ destaca que, embora a saúde da população masculina venha ganhando espaço e notoriedade nos últimos anos, os homens ainda morrem (*los hombres todavía mueren*) mais do que as mulheres.

Além do envelhecimento e necessidades de cuidados específicos, o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado (*aún se centra*) no hospital e no saber médico. As críticas ao modelo biomédico enfatizam suas limitações, que se traduzem um reconhecido reducionismo que o faz impotente para contemplar o conjunto dos problemas de saúde da população como um todo.⁹ Nesse contexto, a AD, enquanto equipe multiprofissional, constitui uma atividade que visa responder (*es una actividad que pretende dar respuesta*) às necessidades de assistência às pessoas que estão incapacitadas de se deslocar aos serviços de saúde.

Quando se observa a distribuição percentual dos pacientes quanto ao plano de cuidado, a maioria dos pacientes admitidos no serviço no período pesquisado foi referente ao plano de restauração (43.33%), seguido dos planos paliativo (28%), suporte (27.33%) e prevenção (1.33%), respectivamente (Figura 1).

A análise da CF inicial e final para todos os pacientes demonstrou evolução significativa, sendo relevante destacar que a maioria pertencia ao plano de restauração (p-valor = 0.023) (Tabela 1).

A avaliação da CF na admissão demonstrou que a maioria dos pacientes apresentou dependência total para a realização das atividades de vida diária. Na avaliação final, por plano de cuidado, apenas os pacientes pertencentes ao plano de restauração apresentaram melhora significativa no escore de independência (Tabela 2). Pesquisa¹⁰ desenvolvida em uma instituição de longa permanência para avaliar (*La investigación se llevó a cabo en una institución de larga estadía para evaluar*) a CF de pacientes internados antes e após intervenção fisioterapêutica constatou que a manutenção ou melhora no escore de independência na maior parte da amostra.

A presença de doenças crônicas, o tipo de sequela motora e o status funcional, anterior ao tratamento fisioterápico, influenciam significativamente na CF. Isto foi demonstrado em estudo¹¹ com mulheres idosas institucionalizadas, no qual o tratamento fisioterápico por patologias neurológicas apresentou menor CF e, conseqüentemente, uma maior dependência daqueles que apresentam patologias ortopédicas (*una mayor dependencia de quienes tienen enfermedades ortopédicas*).

Assim, a avaliação da CF e da aptidão física dos idosos orientam intervenções específicas e seu acompanhamento é fundamental no combate das dependências previsíveis e na promoção de uma vida mais ativa possível (*de las dependencias predecibles y promover una vida lo más activa posible*). A CF é um indicador de saúde importante para se identificar precocemente riscos de incapacidade, requerendo uma avaliação periódica, no intuito de se buscar estratégias cuidativas para a manutenção da independência dos idosos.¹²

Estudo⁶ também constatou que 62.8% dos pacientes tiveram alta do serviço de AD com melhora do quadro e concluiu que a análise do perfil de pacientes pode contribuir para o planejamento de intervenções que considere a diversidade local, buscando um enfrentamento diferenciado das necessidades. A equipe envolvida nesse tipo de intervenção (*El equipo involucrado en este tipo de intervención*) necessita manejar de forma eficiente os diferentes eixos de cuidado na abordagem das doenças crônicas,

tais como reabilitação, adesão a orientações, adaptação à dependência funcional e cuidados paliativos.

Os pacientes do plano de restauração apresentaram ganhos relevantes (*presentaron mejoras significativas*) na avaliação da CF, já nos (*pero en los*) planos de cuidado paliativo e de suporte houve manutenção do nível de dependência. Embora não tenha apresentado diferença estatisticamente significativa, demonstrou significância clínica, pois a manutenção de CF possibilita a intervenção da equipe interdisciplinar (Tabela 2).

Quando observado o plano paliativo, destaca-se que as medidas de conforto oferecidas pela equipe permitem oferecer dignidade e apoio ao paciente e seus familiares (*Cuando se observa el plan paliativo, se destaca que las medidas de confort que aporta el equipo permiten ofrecer dignidad y apoyo a los pacientes y sus familias*), sendo a intervenção fundamental para aqueles pacientes que se encontram nesses cuidados (*que se mantienen en dichos cuidados*). Assim, a avaliação da CF nos pacientes com plano de cuidados paliativos torna-se um importante instrumento para a organização as medidas de conforto e mensurar as reais possibilidades (*medir las posibilidades reales*) de cada paciente e a proporção do quadro apresentado, individualmente. Devemos ressaltar que questões como “qualidade de vida” e “boa morte” não são consensuais em cuidados paliativos (*Debemos señalar que cuestiones como la “calidad de vida” y “buena muerte” no son consensuales en los cuidados paliativos*), nem do ponto de vista conceitual, nem do ponto de vista operativo.¹³

Importa destacar que a análise de cada plano, separadamente, permite visualizar o cuidado de acordo com as possibilidades de cada paciente. Ao categorizar os planos e avaliar a CF ao longo da intervenção da equipe de AD, é possível verificar que as medidas de reabilitação proporcionadas pelos diferentes profissionais da equipe trouxeram evolução de acordo com as expectativas relacionadas aos diferentes quadros apresentados (*equipo trajeron avances de acuerdo con las expectativas relacionados con los diferentes cuadros presentados*). A atuação da equipe manteve estáveis clinicamente aqueles pacientes que se enquadravam nos planos de prevenção (*pacientes que cumplieron los planes de prevención*), paliativo e suporte.

A reflexão sobre o papel da equipe da atenção básica com respeito aos cuidados paliativos poderá contribuir para o aprimoramento e para a difusão (*mejoramiento y difusión*) de cuidados no fim da vida. Entende-se que tal incorporação possa ajudar a diminuir o abandono e o sofrimento dos pacientes e de suas famílias. Destaca-se a importância da inserção dos cuidados paliativos no sistema nacional de saúde, além de maior e melhor articulação da rede de atenção básica com a rede hospitalar, permitindo organizar, de um modo adequado, a participação demodalidades de atenção à saúde na implementação desses cuidados.¹³

Importa analisar como a rede está organizada regionalmente; à dinâmica das relações familiares –frequentemente atingida no decurso de uma doença de evolução inexorável (*la dinámica de las relaciones familiares, a menudo comprometida en el curso de una enfermedad con evolución inexorable*); à organização de recursos humanos qualificados para a composição das equipes, ou seja, de profissionais com competência técnica em cuidados paliativos e com preparo emocional para lidar com pacientes que estão em processo de morte e seus familiares; à facilidade de aquisição de medicamentos essenciais para a boa prática desses cuidados; e aos conflitos de na-

tureza moral, inerentes a este campo de cuidados, como aqueles resultantes da descontinuidade da assistência ao paciente na transição do tratamento curativo para o paliativo, ao tratamento paliativo no domicílio e à delegação de responsabilidades ao cuidador; à elaboração de uma política integrada em uma rede, que se fundamente no acolhimento e na proteção a todos os atingidos.¹³

Nesse cenário destaca-se a intervenção de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, técnico em enfermagem, odontólogos, terapeuta ocupacional e assistente social. As ações desenvolvidas exigem, necessariamente, a atuação de equipes interdisciplinares (*Las acciones llevadas a cabo requieren necesariamente el trabajo de equipos interdisciplinarios*), implicadas em processos de trabalho transdisciplinar e na criação/invenção de dispositivos terapêuticos (*y la creación/invencción de los dispositivos terapéuticos*). Assim, a análise das experiências de atuação dos diferentes profissionais de saúde, merece ser acompanhada e avaliada de perto para que se possa avançar na produção e sistematização de práticas de cuidado à saúde que respondam às necessidades da população (*y evaluada atentamente para avanzar en la producción y sistematización de las prácticas de atención de la salud que respondan a las necesidades de la población*).

Desse modo, percebe-se que a atuação médica centrada no paciente está se desenvolvendo em harmonia com os conceitos (*en armonía con los conceptos*) de medicina personalizada e métodos terapêuticos adaptados. O principal objetivo da medicina centrada no paciente é melhorar os resultados de saúde de cada um na prática clínica diária, tendo em conta os objetivos, preferências, valores, bem como recursos econômicos disponíveis de cada paciente.

Essa discussão implica uma mudança de paradigma na relação entre profissionais da saúde e pacientes, mas também exige o desenvolvimento da investigação orientada para o doente. Essa investigação deve basear-se na identificação da melhor intervenção para cada paciente, o estudo da heterogeneidade e a atribuição de maior valor (*el estudio de la heterogeneidad y la asignación de un mayor valor*) para as observações e exceções. O desenvolvimento de tecnologias baseadas em informação pode ajudar a fechar a lacuna (*cerrar el vacío*) entre a

investigação e prática clínica, um passo fundamental para qualquer avanço neste campo.¹⁴ Essas discussões trazem à tona a importância da avaliação da CF de acordo com o plano terapêutico individualizado e a importância da equipe interdisciplinar.

O trabalho desenvolvido no programa de AD possui interface com outros pontos da rede de atenção à saúde, sendo considerado significativo para se efetivar os princípios doutrinários (*principios doctrinarios*) do Sistema Único de Saúde. Ainda, os profissionais que atuam na AD percebem essa modalidade de assistência como uma importante estratégia para a ampliação do conceito de atenção, incorporando, na prática, a busca da humanização e do acolhimento. O cuidado prestado no domicílio evidencia uma série de questões que desvelam a construção de uma nova lógica de atenção à saúde. Revela-se, por meio dos depoimentos, que a AD proporciona um cuidado resolutivo e centrado no usuário, constitui-se como um espaço privilegiado para o desenvolvimento do trabalho vivo em ato, dando margem à inovação nas práticas de atenção à saúde.¹⁵

O presente estudo apresentou limitações. A primeira limitação trata-se de um quase experimento tipo antes e depois, que não permite estabelecer relação causal entre a implementação de um plano de cuidado interdisciplinar e a melhora funcional observada. Outra limitação a ser considerada é a impossibilidade de cegamento dos pesquisadores (*incapacidad de cegamiento de los investigadores*), por serem os mesmos profissionais envolvidos na assistência dos pacientes.

Conclusão

As ações e intervenções proporcionaram evolução significativa nos pacientes pertencentes ao plano de restauração e mantiveram o nível de independência daqueles pertencentes aos planos de suporte e paliativo (*de independencia de aquellos que pertenecen a los planes de apoyo y paliativo*).

Os profissionais da saúde devem priorizar ações e intervenções de cuidados que visem melhorar e/ou manter o nível de independência dos doentes, minimizando os fatores que interferem na capacidade funcional.

A atenção domiciliar oferece a integralidade da assistência para além de uma proposta médico assistencialista, humanizada e crítico-reflexiva.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2017
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 21(4):533-538, 2012. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt.
2. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc Anna Nery* 17(4):603-610, 2013. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400603&lng=en.
3. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional* 1(20):106-132, 2016.

Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>.

4. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged the index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 185(12):914-919, 1963. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/666768>.
5. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde coletiva* 19(8):3317-3325, 2014. Online (cited 2016 Dec 13). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232014000803317&script=sci_abstract&lng=pt.

6. Lampert MA, Brondani CM, Donati L, Rizzatti SJS, Cerezer LG, Bottega FM. Perfil de doentes crônicos de um serviço de internação domiciliar da Região Sul do Brasil. *Journal of Nursing and Health* 3(2):147-156, 2013. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3554>.
 7. Kúchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado* 27(1):165-180, 2012. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso.
 8. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho SA, Silva SFC. Política de saúde do homem. *Rev. Saúde Pública* 46(Suppl 1):108-116, 2012. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en.
 9. Andrade FR, Narvai PC. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. *Rev Saúde Pública* Internet 47(Suppl. 3):154-160, 2013. (cited 2016 Dec 13). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000900154&lng=en.
 10. Muraro MFR, Schmidt FC, Gonçalves MP. Avaliação funcional em uma instituição de longa permanência pré e pós-intervenção fisioterapêutica. *Anais III Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Avanços da Ciência e das Políticas Públicas para o Envelhecimento* 1(1):13-15, 2013. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_3382_cfeb4888181c4a10870f3a33c8623b4e.pdf.
 11. Montenegro SMRS, Silva CABD. Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 10(2):161-178, 2007. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838773003.pdf>.
 12. Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciênc Saúde Coletiva* 18(3):753-761, 2013. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300021&lng=en.
 13. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad Saúde Pública* 23(9):2072-2080, 2007. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900015&lng=en.
 14. Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 13(6):2-8, 2013. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: <http://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-13-6>.
- Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm* 34(2):111-117, 2013. Internet (cited 2016 Dec 13). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200014&lng=en.

Información relevante**Avaliação da (*Evaluación de la*) capacidade funcional de pacientes em atenção domiciliar****Respecto a la autora**

Lidiane Glaciél Cerezer. Fisioterapeuta, Universidade Federal de Santa Maria (2007). Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória, Fundação Universitária de Cardiologia (FUC) (2010). Fisioterapeuta, Sector de Atención en Domicilio, Hospital Universitario de Santa Maria (HUSM) (2008-). Investigaciones actuales sobre los siguientes temas: enfermos crónicos, internación en domicilio, sobrecarga em el cuidador y actuación interdisciplinar. Miembro del Grupo de Pesquisa CNPQ: Cuidados al enfermo crónico: actuación interdisciplinar como espacio potenciador de transformación.

**Respecto al artículo**

A avaliação da (*La evaluación de la*) capacidade funcional revelou que nos pacientes que receberam plano de cuidado de restauração houve evolução; manutenção naqueles (*plan de recuperación hubo evolución; mantenimiento en aquellos*) pacientes com plano de suporte, e mínima resposta com plano de tratamento paliativo. A atenção domiciliar, além (*domiciliaria, además*) de oferecer a integralidade da assistência na atuação (*en la actuación*) multidisciplinar, permite situar o contexto saúde para além de uma proposta (*más allá de una propuesta*) médico assistencialista, na atuação centrada no paciente e necessidades do usuário, humanizada e crítico-reflexiva.

La autora pregunta

La capacidad funcional es la habilidad en el desempeño de las actividades cotidianas.

¿Cuál de los siguientes tratamientos relacionados con la capacidad funcional se aplica en pacientes cuya enfermedad está provocando alteraciones debilitantes?

- A** Plan de prevención.
- B** Actividades de restauración.
- C** Medidas de soporte.
- D** Cuidados paliativos.
- E** Ninguno de los mencionados.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/150394

Palabras clave

asistencia en domicilio, rehabilitación, asistencia al paciente, enfermedades crónicas, asistencia en hospital.

Key words

home care services, rehabilitation, patient care team, chronic disease, hospital services.

Lista de abreviaturas y siglas

AD, atención domiciliaria; RAS, Rede Atención à Saúde; CF, capacidade funcional; SADHUSM, Serviço de Atención Domiciliar do Hospital Universitario de Santa Maria; HUSM, Hospital Universitario de Santa Maria; SAME, Serviço de Arquivo Médico; UBS, Unidade Básica de Saúde; TCLe, Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Cómo citar

Glaciél Cerezer L, Agostini Lampert M, da Silva Barberena L, Brondoni CM, Souza Rizatti SJ. Avaliação da (*Evaluación de la*) capacidade funcional de pacientes em atenção domiciliar. *Salud i Ciencia* 22(6):525-31, Ago-Sep 2017.

How to cite

Glaciél Cerezer L, Agostini Lampert M, da Silva Barberena L, Brondoni CM, Souza Rizatti SJ. Assessment of the functional capacity of patients in home health care. *Salud i Ciencia* 22(6):525-31, Ago-Sep 2017

Orientación

Diagnóstico, Tratamiento

Conexiones temáticas

Enfermería, Geriatria, Kinesiología, Salud Pública