

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
ISSN 1809-9823 *versão impressa*

Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.9 n.2 Rio de Janeiro 2006

Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso
Home physiotherapy applied to the elderly

Ana Luzia Batista de Góis^a
Renato Peixoto Veras^b

Resumo

O trabalho teve como objetivo verificar a prevalência dos tipos de fisioterapia realizada num grupo de pacientes em atendimento domiciliar no Estado do Rio de Janeiro, no período de 1999 até 2002, e sua resposta ao tratamento. Com relação aos pacientes, verificaram-se a predominância da faixa de idade, os tipos de doenças e o levantamento de tempo de lesão. Quanto ao tratamento domiciliar de fisioterapia, foram considerados o tipo, o objetivo e o nível de melhora obtido com o tratamento realizado. A importância deste trabalho está no aumento da assistência domiciliar como um fenômeno observado em diversos países, inclusive no Brasil, devido ao aumento da população idosa no mundo e ao perfil epidemiológico das doenças crônicas, levando, conseqüentemente, ao aumento da improdutividade e dos custos governamentais. Utilizou-se o método de epidemiologia em prevalência descritiva. Os resultados evidenciaram que a fisioterapia domiciliar predominou entre os idosos, sendo o tipo prevalente a motora, com 56% dos achados, e que a melhora obtida foi de 35% dos fatores relacionados ao quadro de restrição no leito. Recomenda-se que o atendimento domiciliar de fisioterapia seja priorizado precocemente, para uma melhor resposta na atuação terapêutica. Palavras-chave: fisioterapia (especialidade); prevalência; idoso; assistência domiciliar; envelhecimento da população; crescimento demográfico; perfil de saúde; epidemiologia descritiva; Rio de Janeiro

Abstract

This work aims to assess the prevalence of physiotherapy types in a group of at homecare patients in the State of Rio de Janeiro, from 1999 to 2002, and their answer to the treatment. Regarding the patient, the predominance of age groups; the types of diseases and records on time of lesion. As for physiotherapeutical homecare, the study considered the type; objective and improvement level obtained with the accomplished treatment. The importance of this work lays in the increase of the homecare as a phenomenon observed in several countries, including Brazil, due to the increase of the worldwide elderly population and the epidemic profile of the chronic diseases, which have as consequence the increase of unproductiveness and government costs. The epidemiology method was used in the descriptive prevalence. Results evinced that home physiotherapy was predominant among the elderly, prevailing the motor type, with 56% of findings, and that the improvement was of 35% of factors related to the situation of bed confinement. It is recommended that physiotherapeutical homecare be prioritized, aiming at better outcomes in the therapeutic performance.

Key words: physical therapy (specialty); prevalence; aged; home nursing; demographic aging; population growth; health profile; epidemiology, descriptive; Rio de Janeiro city

INTRODUÇÃO

O aumento da assistência domiciliar é um fenômeno observado em diversos países, inclusive no Brasil, devido ao crescimento da população idosa no mundo e, simultaneamente, ao aumento do número de idosos incapacitados. Este estudo procura evidenciar o perfil do idoso atendido no leito no Rio de Janeiro e os resultados do tratamento de fisioterapia domiciliar nas suas restrições e afecções.

A falta de informação sobre o valor da fisioterapia domiciliar em grupos específicos de pacientes impede uma ação eficiente de ampliação e promoção desse tipo de atendimento. O presente trabalho poderá favorecer nas condutas de criação de novos modelos assistenciais ou de prevenção, no auxílio dos programas de combate e controle das incapacidades e na análise dos efeitos da fisioterapia domiciliar em casos focados, como no favorecimento da qualidade de vida, que tende a trazer reflexos expressivos no contexto humano e social.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica deste estudo se apoiou em autores que realizaram pesquisas sobre os idosos, as doenças crônicas e as incapacidades relacionadas à perda de independência das atividades da vida diária (AVD).

Sears e Feldman²⁷ (1981, p. 136-137) estabeleceram que a partir dos 60 anos inicia-se a verdadeira velhice fisiológica do ser humano, com mudanças degenerativas do corpo e uma vulnerabilidade maior a contrair doenças que tendem a se prolongar. Ressaltam os autores ser esta a fase que caracteriza os períodos de incapacidades e maior probabilidade de morte. Por isso desenvolvimento humano nessa fase é considerado como de alta complexidade.

Okuma¹⁹ (1998, p. 12) ressalta que o envelhecer bem e a atividade física são conceitos fortemente associados, sendo a velhice a fase na qual se anuncia uma saudável mudança de hábitos e valores em relação à saúde. A autora propõe substituir o uso do paradigma da degeneração que caracteriza a geriatria tradicional, quando se refere aos idosos como se eles fossem portadores de algum tipo de deficiência.

Groisman⁶ (1999, p. 161) aborda a institucionalização da velhice, os asilos, no contexto do desenvolvimento humano, levantando várias questões, entre elas a prática do asilo como instituição relacionada a uma opção social para o envelhecimento e sua relação com o abandono na velhice.

Levy e Oliveira¹³ (2003, p. 239) consideram o peso da perda da relação paciente/profissional de saúde no desenvolvimento humano do idoso.

Rebelatto e Morelli²³ (2004, p. 37) discorrem sobre a fase do desenvolvimento humano na velhice, que envolve, além das várias manifestações, o acúmulo de doenças crônicas.

Amâncio e Cavalcanti¹ (1975, p. 1) caracterizam o envelhecimento como uma etapa do desenvolvimento humano individual, com acentuada perda da capacidade de adaptação e menor expectativa de vida.

Stokes²⁹ (2000, p. 167) evidencia trabalhos na prevalência da doença de Parkinson que demonstram sua forte relação com a fase do envelhecimento, sendo um importante fator nessa fase. Ainda complementa que não encontrou diferença na prevalência em relação ao sexo e à classe social, que não parecem afetar a incidência.

Frutuoso⁴ (2000, p. 63) questiona a utilização do termo “terceira idade” e assinala a importância do exercício físico nessa fase como fator predisponente a aumentar a auto-estima e melhorar a qualidade de vida.

Para Moraes e Mont’alvão¹³ (2000), a velhice é caracterizada como um período de

lentificação do desenvolvimento humano. Tal processo desencadeia uma série de efeitos nos diferentes sistemas do organismo, responsáveis pelo desempenho físico e por alterações fisiológicas.

Xavier³⁵ (2000, p. 23) refere que o desaparecimento das células negras, que se observa no desenvolvimento humano na fase do envelhecimento, acentua-se no parkinsoniano.

Santos²⁶ (2002, p. 8) apresenta em seu trabalho os significados sócio-históricos e axiológicos do desenvolvimento humano no ente idoso sedentário autônomo, numa perspectiva de circunstância e de corporeidade, encarando a questão do sedentarismo como sendo um problema existencial de vida.

Carvalho-Filho³ (1998, p. 37), na Revista de Saúde Pública, fez uma análise da evolução dos pacientes idosos durante o período de hospitalização, que permitiu evidenciar que a iatrogenia é freqüente em pacientes idosos hospitalizados, podendo determinar manifestações graves e mesmo fatais.

O trabalho Considerações sobre Ergonomia e Terceira Idade, de Grünewald e Fialho (1999), aborda o tema "melhoria da qualidade de vida das pessoas de terceira idade e sua relação com o trabalho", e recomenda reintegrar o idoso como força de trabalho dentro de uma ótica ergonômica. Para os autores, o aumento da longevidade das pessoas de terceira idade fará com que elas participem da força de trabalho do futuro, e os sistemas de produção deverão se adequar a essa nova realidade. A gerontologia, segundo Salgado²⁴ (1982), é o estudo dos processos de envelhecimento, com base nos conhecimentos provenientes das ciências biológicas, psico-comportamentais e sociais.

Vieira³⁴ (1996) define gerontologia como a ciência que estuda o envelhecimento enquanto processo que comporta aspectos biopsicossociais, de forma a buscar um nível ótimo de vida e de funcionamento, não só retardando o declínio físico e prolongando a vida, mas levando-a a ser mais significativa, com qualidade e com novas expectativas.

Segundo Néri (1999), a atual gerontologia trata a idade cronológica como indicador das alterações evolutivas em função da interação entre variáveis genéticas, biológicas e socioculturais.

Schroots e Birren²⁸ (1990) apresentam uma tríplice visão do envelhecimento, que contempla as influências biológicas, sociais e psicológicas atuantes sobre o desenvolvimento humano. Segundo os autores, é necessário distinguir entre a senescência, a maturidade social e o envelhecimento.

Baltes e Baltes² (1990) tratam do conceito da velhice bem-sucedida como dependente da confluência de fatores econômicos, sociais, psicológicos, biológicos e culturais.

Vargas³¹ (1994) evidencia a forma sob a qual se apresenta o homem aposentado contemporâneo: a da contradição entre o avanço da ciência médica, que lhe propicia maior longevidade, e o desequilíbrio socioeconômico, que muitas vezes a aposentadoria lhe acarreta.

Moragas¹⁶ (1991), ao tratar da aposentadoria, coloca a necessidade de desmistificar a importância do trabalho durante a vida ativa e dignificar socialmente o descanso dos aposentados, afirmando a validade do ócio em sociedades que idolatram o trabalho.

No Brasil, são consideradas idosas as pessoas com mais de 60 anos. Esta idade também é usada como delimitador pela OMS (Organização Mundial da Saúde), quando divide estatisticamente a população em acima e abaixo de 60 anos (Santana²⁵, 2001, p. 43). O cenário que aguarda os que entrarão em idades avançadas no século XXI deverá contar com políticas sociais que dêem ao idoso condições para desfrutar de uma vida

com dignidade.

O número de idosos no Brasil já é um dos maiores do mundo: Os dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam 14,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos, em 2000 (IBGE8, 2002). Se o comportamento do crescimento desta população não mudar, haverá em 2025 30 milhões de idosos (Tosta30, 2000), 16 vezes mais do que em 1950, assumindo-se os mesmos pressupostos de vários pesquisadores (Leite12, 1999; Kalache10 et al., 1987; Ramos22, 1993; VERAS32, 33, 1994, 2002).

O Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infecto-contagiosas, que em 1950 representavam 40% das mortes registradas no país, hoje são responsáveis por menos de 10% (RADIS: "Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980"). O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950 eram responsáveis por 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40% (IBGE9, 2003).

Pesquisa realizada por Karsch11 (1998) apontou que o Brasil apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) no mundo, que constitui a maior causa de morte para homens e mulheres brasileiros acima de 65 anos. Evidenciou ainda que pessoas a partir de 55 anos compõem o grupo de risco para essa patologia.

As alterações do sistema nervoso central (SNC) e periférico (SNP) que ocorrem no envelhecimento normal foram comparadas com os distúrbios neurológicos mais freqüentes relacionados com a idade, ressaltando-se que, em se tratando de neurologia geriátrica, a infinidade de sintomas apresentados pela população de idosos não deve ser explicada por uma única doença. As intervenções fisioterapêuticas são eficazes em intensificar a recuperação após lesão cerebral, ou mesmo retardar a sintomatologia nos casos de doenças degenerativas; porém, deve-se examinar criteriosamente o que fazer e como fazê-lo. Resultados experimentais sugerem que, apesar de a maior recuperação ocorrer num curto período de tempo após a lesão, a recuperação pode continuar durante vários anos, sugerindo que, a princípio, a terapia mais intensa seja instituída precocemente para ser mais efetiva (Rebelatto e Morelli23, 2004).

Odenheimer18 (1998) e Góis5 (2005) afirmam que existe atualmente um número crescente de estudos, demonstrando que muitos dos declínios no desempenho neurológico podem ser revertidos ou estabilizados, o que pode ser aplicado à reabilitação.

A abordagem dos critérios específicos de elegibilidade da assistência domiciliar, assim como a relação entre a assistência domiciliar e a hospitalar, têm apontado a necessidade de regulamentar essa modalidade de assistência. Como parte do assunto, tem-se discutido o homecare como uma proposta de desospitalização no Brasil (Mendes14, 2001).

MATERIAL E MÉTODOS

Para atingir o objetivo deste estudo e responder à questão colocada – "Qual a prevalência dos diferentes tipos de tratamento de fisioterapia domiciliar e a sua resposta no idoso?" –, a presente pesquisa foi elaborada mediante a consideração das etapas necessárias ao desenvolvimento de uma pesquisa de epidemiologia, conforme especificadas por Pereira20 (2002). O instrumento da coleta de dados foram os prontuários dos pacientes, que contavam com pareceres fisioterapêuticos periódicos e padronizados.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de epidemiologia, com enfoque de pesquisa de registros de morbidades. O método adotado é prevalentemente descritivo e o estudo é

não-controlado, considerando-se que não existe grupo controle para se comparar os resultados.

Para verificar a prevalência dos tipos de fisioterapia domiciliar, avaliando-as quantitativamente e ressaltando as áreas de maior concentração, consultou-se o Arquivo de Prontuários²¹ (2004) de um Serviço de Fisioterapia do Rio de Janeiro (Centro de Fisioterapia Especializada Dra Góis), no período de 1999 a 2002. Nenhum prontuário pertencente a esse período foi excluído, totalizando uma amostra de 620 indivíduos de ambos os sexos, encaminhados ao atendimento de fisioterapia domiciliar devido à sua incapacidade de locomoção. A faixa etária da maioria dos indivíduos desse grupo estava acima de 60 anos.

RESULTADOS

A amostra de 620 indivíduos faz parte de uma pesquisa maior que deu origem a resultados preliminares de doze (12) quadros. Destes, serão demonstrados aqui apenas seis, por se julgar serem pertinentes ao assunto focado.

Distribuição por Idade

A prevalência com relação à idade dos sujeitos do estudo se concentrou na faixa acima de 70 anos; esta e as outras faixas acima de 70 anos (70-79, 80-89 e acima de 90 anos) perfazem o percentual de 75%, evidenciando serem os idosos com mais de 70 anos idade os maiores usuários do serviço de fisioterapia domiciliar (ver quadro 1). Isso pode ser explicado pela característica de, nessa faixa da população, se encontrarem os níveis mais severos de incapacidade gerada pela evolução de suas doenças crônicas instaladas nas décadas anteriores.

Quadro 1 – Distribuição por idade

Acima de 90 anos (90 pacientes)	15%
80-89 anos (204 pacientes)	33%
70-79 anos (167 pacientes)	27%
60-69 anos (58 pacientes)	9%
50-59 anos (25 pacientes)	4%
40-49 anos (7 pacientes)	1%
Até 39 anos (7 pacientes)	1%
*Ausência de Dados (62 pacientes)	10%
Total:	620

*Os prontuários não traziam essa informação.

Fonte: Prontuários do Centro de Fisioterapia Especializada Dra. Góis (2004).

Distribuição por Doenças

Quanto ao diagnóstico clínico do atendimento, o percentual maior que coube a outros (28%) ocorreu porque este grupo corresponde ao conjunto de diagnósticos variados, relatados nos prontuários, com quantidade não significativa para representá-los individualmente (ver quadro 2).

O diagnóstico clínico que aparece nos prontuários como maior motivo para encaminhamento ao tratamento de fisioterapia domiciliar foi o AVE (16%), seguido do AVC (14%), que, somados, perfazem o percentual de 30%. Isso confirma os achados já citados, da pesquisa realizada por Karsch¹¹ (1998), que aponta que o Brasil apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por AVC no mundo. Entretanto, como se pode observar no quadro 2, os resultados que seguem em maior prevalência também merecem atenção especial, que são as fraturas com 12%, percentual pouco abaixo do AVC (14%); e as doenças respiratórias, com 11%, que, se somadas ao DPOC, com 4%,

perfazem o percentual de 15%, ultrapassando o percentual do AVC. Sabe-se que a evolução das incapacidades favorece o aparecimento de complicações como as fraturas e as infecções respiratórias.

Destaca-se que, apesar de esta pesquisa levar em conta apenas o diagnóstico de encaminhamento, ou seja, a doença dita como principal, na prática, observou-se nos prontuários que a maioria dos pacientes não se resumia a uma única patologia, mas à interação de várias patologias que atuam concomitantemente no organismo. Isso confirma a evidência sobre outros estudos citados na fundamentação teórica deste estudo.

Quadro 2 – Distribuição por doenças

Artralgias diversas	50	6%
AVC	111	14%
AVE	127	16%
Doenças respiratórias	90	11%
DPOC	31	4%
Fraturas	94	12%
Gonartrose	10	1%
Mal de Alzheimer	20	2%
Mal de Parkinson	29	4%
Paralisia	19	2%
Outros	228	28%
Total:	809	

Obs: O total (809) foi maior do que o número da amostra (620) porque há casos dos prontuários registrarem mais de um diagnóstico para o mesmo paciente.

Fonte: Prontuários do Centro de Fisioterapia Especializada Dra. Góis (2004).

Distribuição por Tempo de Patologia

O levantamento do tempo em que os sujeitos do estudo apresentavam a patologia que levou ao encaminhamento para tratamento pela fisioterapia domiciliar apontou a predominância de patologias instaladas de um até cinco anos atrás (39%), seguidas das patologias descobertas há mais de cinco anos (27%). Somados, perfazem o percentual de 66%, mostrando que a grande maioria das patologias foram descobertas há mais de um ano da data de início do tratamento de fisioterapia domiciliar, o que demonstra a cronicidade das mesmas (ver quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição por tempo de patologia

Descoberta até 1 ano atrás	164	26%
Descoberta de 1 até 5 anos	235	39%
Descoberta há mais de 5 anos	170	27%
Indeterminado*	51	8%
Total:	620	

*Os prontuários não traziam essa informação.

Fonte: Prontuários do Centro de Fisioterapia Especializada Dra. Góis (2004).

Distribuição por Tipos de Tratamento de Fisioterapia Aplicado

Quanto ao tipo de tratamento realizado, a motora está com alto percentual (56%) de seu atendimento e a seguir, com 40%, a motora associada à respiratória (ver quadro 4).

Verifica-se íntima relação entre as mesmas, que se explica no que foi visto na literatura: a maioria dos idosos possui uma interação de várias patologias atuando concomitantemente no organismo. Presume-se, então, a utilização de dois ou mais tipos de tratamento de fisioterapia, concomitantemente.

Quadro 4 – Distribuição por tipos de tratamento de fisioterapia aplicado

Motor	345	56%
Respiratório	17	3%
Motor e Respiratório	250	40%
Cardíaca + Respiratória + Motora + *indeterminado	8	1%
Total:	620	

*Os prontuários não traziam essa informação.

Fonte: Prontuários do Centro de Fisioterapia Especializada Dra. Góis (2004).

Distribuição por Objetivo do Tratamento de Fisioterapia Domiciliar Aplicado

Quanto ao objetivo do atendimento, o percentual maior que coube a outros (28%) ocorreu porque este grupo corresponde ao conjunto de objetivos variados, relatados nos prontuários, com quantidade não significativa para representá-los individualmente (ver quadro 5).

Os objetivos que mais se destacaram foram treino de marcha (15%) e fortalecimento muscular (9%). Os resultados se justificam e correspondem diretamente ao item anterior: tipos de tratamento de fisioterapia, onde o tipo motor prevaleceu, mostrando a relação do objetivo desejado (treino de marcha) com a técnica aplicada (motor), o que é coerente (ver quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição por objetivo do Tratamento de Fisioterapia Domiciliar Aplicado

Alongamento Muscular	44	4%
Analgesia	54	5%
Controle das Articulações	46	4%
Fortalecimento Muscular	107	9%
Manter ou Aumentar a ACM	40	3%
Manutenção da Mobilidade Articular	53	5%
Melhora das Funções Respiratórias	46	4%
Reeducação Neuromotora	78	7%
Treino de Equilíbrio	88	8%
Treino de Marcha	179	15%
*Não Esclarecido	87	8%
Outros	337	28%
Total:	1.159	

Obs: Obs: O total (1.159) foi maior do que o número da amostra (620) porque há casos dos prontuários registrarem mais de um diagnóstico para o mesmo paciente.

*Os prontuários não traziam essa informação.

Fonte: Prontuários do Centro de Fisioterapia Especializada Dra. Góis (2004).

Distribuição da Porcentagem da Evolução com o Tratamento de Fisioterapia Domiciliar Aplicado

Sobre a porcentagem de melhora dos pacientes com a fisioterapia domiciliar realizada,

verificou-se que o maior resultado foi do índice de “melhora considerável”, que corresponde à melhora terapêutica de 35% dos fatores relacionados ao quadro de restrição no leito, conforme os pareceres fisioterapêuticos periódicos e padronizados dos prontuários, os quais representaram 23% dos achados. O índice de “boa resposta”, que corresponde à melhora terapêutica de 50% dos fatores relacionados ao quadro de restrição no leito, conforme os pareceres fisioterapêuticos, veio logo a seguir, com 19% dos achados (ver quadro 6). Isso se explica porque, como a maioria das doenças evidenciadas é de natureza crônica, o resultado do tratamento tende a ser lento e baixo (o que não anula o efeito da fisioterapia domiciliar, pois resultados pequenos são de grande relevância para a qualidade de vida no leito).

Este item está relacionado com o tempo do aparecimento da patologia, confirmando o que recomenda a literatura, ao afirmar que as intervenções fisioterapêuticas são eficazes para intensificar a recuperação após lesão, ou mesmo retardar a sintomatologia nos casos de doenças degenerativas. Porém sugerem que, a princípio, a terapia mais intensa seja instituída precocemente para ser mais efetiva (Rebelatto e Morelli23, 2004).

Quadro 6 – Distribuição da porcentagem da evolução com o Tratamento de Fisioterapia Domiciliar Aplicado

Imensurável	2	0%
Internação	9	1%
Falecimento	11	2%
*Ausência de Dados	70	11%
0% - Não obteve melhora	8	1%
15% - Pequena melhora	49	8%
25% - Melhora relativa	106	17%
35% - Melhora considerável	135	23%
50% - Boa resposta	119	19%
75% - Resposta acentuada	53	9%
90% - Necessita complementação para alta	21	3%
100% - Alta Fisioterápica	37	6%
Total:	620	

* Os prontuários não traziam essa informação.

Fonte: Prontuários do Centro de Fisioterapia Especializada Dra. Góis (2004).

DISCUSSÃO

O enfoque do idoso frente às incapacidades permite admitir o quanto é complexo o assunto e sua influência nas áreas não somente da saúde, mas principalmente humana e social. A junção deste e de vários trabalhos semelhantes vem demonstrar que a preocupação com a importância da assistência ideal está em se conhecer não somente a doença em si, mas o próprio idoso, suas incapacidades e os valores humanos com elas relacionadas, como fator decisivo para propiciar uma contribuição mais segura e efetiva. Os trabalhos que abordam prevalências, como este estudo, permitem uma visão mais ampla da distribuição dessas incapacidades em diversas categorias, fornecendo um perfil para a constante adequação às necessidades desses idosos, para uma prática valorosa na assistência prestada, seja na prevenção, na recuperação ou no controle e favorecimento da qualidade de vida no leito.

Este trabalho, devido ao indicador de saúde de morbidade aplicado, pretende contribuir para o conhecimento do perfil de morbidade da população idosa, que é essencial para o profissional da saúde. As estatísticas que expressam a situação das doenças no grupo de idosos têm múltipla utilização: elas permitem inferir os riscos de adoecer a que essas pessoas estão sujeitas, bem como constituem indicações a serem utilizadas na

preparação das investigações dos seus fatores determinantes e na escolha das ações assistenciais adequadas para provocar mudanças de curto prazo em grupos específicos.

A utilização dos registros rotineiros de prontuários representou uma maneira rápida e de baixo custo para se conhecer a saúde da população idosa em atendimento domiciliar de fisioterapia, através de estudos de grupos como o da presente pesquisa, e para avaliar programas. A mensuração da qualidade de vida nos doentes idosos, num episódio potencialmente incapacitante, recebe atenção neste trabalho e é do maior interesse para a comunidade científica. Basicamente, tal preocupação tem por motivo o aumento do número de pessoas portadoras de afecções crônico-degenerativas, aliado a um número também cada vez maior de pacientes submetidos a tratamentos e diagnósticos de natureza invasiva, a que se seguem efeitos colaterais de certa monta que acometem grande parte das pessoas idosas.

CONCLUSÃO

Ficou exposta no trabalho a preocupação em demonstrar a importância da assistência domiciliar e a influência do valor histórico, cultural e psicológico no envelhecimento e nas incapacidades, contando com a experiência profissional da autora na área de geriatria. Apesar de inúmeras fontes literárias, em geral recentes, falarem competentemente sobre o assunto, torna-se de grande valia o trabalho de serviços clínicos ligados ao idoso, para se perceber as diferentes dimensões dessas incapacidades, em particular, através da vivência e da prática profissional mediante o contato pessoal, que permite conhecer seu mundo e seus valores, e analisar suas causas e conseqüências sob a ótica existencial desse idoso.

A respeito das estruturas de atendimento, tende-se a recomendar uma estratégia integrada: família, hospital geriátrico e, para os não-auto-suficientes, a assistência domiciliar. Este tipo de assistência não pode ser considerado um substituto dos tratamentos hospitalares, mas deve ser associado ao sistema de saúde, permitindo assim que se limite o recurso à hospitalização. No entanto, nada disto terá efeito se a falta de difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde não for resolvida. A dificuldade na abordagem terapêutica do paciente idoso leva a um atendimento de baixa qualidade e, conseqüentemente, é desfavorável ao combate da incapacidade e da perda da autonomia gerada pela evolução das doenças crônicas.

O número de idosos com limitações e incapacidades geradas pelas doenças crônicas no envelhecimento é preocupante, pela perspectiva do aumento desses casos, o que se reflete diretamente na saúde pública, no contexto social e no político. É preciso que a questão seja eficazmente abordada de forma educacional e assistencial, focada na humanização voltada para o idoso e não para a doença, buscando assim um fluxo saudável no envelhecimento humano, necessário para permitir o livre fluxo do desenvolvimento do país.

Pode-se concluir que a demanda pelo serviço de fisioterapia domiciliar é ocasionada principalmente pelas doenças crônicas, confirmando o crescente perfil demográfico da população idosa. A fisioterapia domiciliar apresenta estatisticamente o tipo prevalente de utilização a motora e mostrou que oferece um resultado de 35% de melhora considerável dos fatores relacionados ao quadro de restrição no leito.

A reabilitação no envelhecimento é complexa, necessitando de uma abordagem multidisciplinar, com a difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde para que possa fazer frente a sua heterogeneidade. O atendimento domiciliar de fisioterapia tem na sua essência a aproximação maior com o paciente e seus valores, facilitando uma melhor e mais ampla abordagem terapêutica em geriatria.

Mediante o estudo realizado, recomenda-se que o atendimento domiciliar de fisioterapia

seja priorizado precocemente, para uma melhor resposta na atuação terapêutica.

NOTAS

^a Fisioterapeuta acupunturista, mestre em Ciência da Motricidade Humana pela UCB-RJ, especialização em Geriatria e Gerontologia UnATI/UERJ e doutoranda em Ciências Médicas na FCM/UERJ.

^b Médico, PhD em Saúde Pública pela Universidade de Londres/Guys Hospital. Professor adjunto do IMS-UERJ.

REFERÊNCIAS

1. Amâncio A, Cavalcanti PCU. Clínica geriátrica. Rio de Janeiro: Atheneu; 1975.
2. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, editors. Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: 1990.
3. Carvalho-Filho ET. Introgenia em pacientes idosos hospitalizados. Rev. Saúde Pública 1998; 32(1): 36-42.
4. Frutuoso D. 3a idade com qualidade – exercícios para aumentar a auto-estima e melhorar a qualidade de vida. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ;2000. p.60-69.
5. Góis ALB. O valor das condutas e comportamentos motores voltados para indivíduos idosos portadores da Doença de Parkinson. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Castelo Branco-UCB/RJ; 2005.
6. Groisman D. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genevêva à história da institucionalização da velhice. Publicação do Pagu – Núcleo de Estudo de Gênero/ Unicamp 1999; 13: 161-90.
7. Grunewald V, Fialho FAP. Considerações sobre ergonomia e terceira idade. In: Anais 4. Congresso Latino Americano de Ergonomia, Congresso Brasileiro de Ergonomia, 8. 1997, Florianópolis. Florianópolis: ABERGO; 1999. 1CD-ROM.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2002. Disponível em:URL: <http://www.ibge.gov.br/>
9. _____. Síntese de indicadores sociais 2002. Rio de Janeiro: IBGE; 2003. Disponível em:URL: <http://www.ibge.gov.br/>
10. Kalache A, Veras RP, Ramos L R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev. Saúde Pública 1987; 21(3) 200-10.
11. Karsch UMS, organizadora. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.
12. Leite M. Idade não define a fronteira da velhice. Folha de São Paulo 1999 set 26; p.2. Especial: Mais velhos
13. Levy JA, Oliveira ASB. Reabilitação em doenças neurológicas - guia terapêutico. São

Paulo: Atheneu; 2003. p. 239-49.

14. Mendes W. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2001.

15. Moraes A, Mont'alvão C. Ergonomia: conceitos e aplicações. 2. ed. ampl. Rio de Janeiro: 2AB; 2000.

16. Moragas MR. Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida. Barcelona: Herder; 1991.

17. Neri AL. Qualidade de vida e idade madura. 2. ed. Campinas: Papirus;1999.

18. Odenheimer GL. Geriatric neurology. Neurologic Clinics 1998; 16(3): 561-67.

19. Okuma SS. O idoso e a atividade física - fundamento e pesquisa. São Paulo: Papirus;1998. p.9-39.

20. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 269 - 414; p. 513 - 35.

21. Prontuários do Serviço Domiciliar (1999-2002) Arquivo e Registro. Rio de Janeiro: Centro de Fisioterapia Especializada Dra. Góis; 2004.

22. Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. Gerontologia 1993; 1(1) 3-8.

23. Rebelatto JR, Morelli JGS. Fisioterapia geriátrica. São Paulo: Manole; 2004 p.37-247.

24. Salgado MA. Velhos, uma nova questão social. 2. ed. São Paulo: SESC/CET; 1982.

25. Santana CM. Aspectos clínicos na prática geriátrica. In: Pereira, CU, Andrade Filho AS. Neurogeriatria. Rio de Janeiro: Revinter;2001. p. 46-50.

26. Santos SPT. Atividade física sob uma perspectiva existencial de vida para o idoso sedentário autônomo: uma reflexão axiológica e fenomenológica. [dissertação] Rio de Janeiro: Universidade Castelo Branco; 2002, p.8-245.

27. Sears RR, Feldman SS. As 7 idades do homem. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981. p.7-11; p. 128-61.

28. Schroots J, Birren J. Health and aging: In: Perspectives and prospects . S.I.: Svanborg; 1990. p.146-53.

29. Stokes MCSP. Neurologia para fisioterapeutas - CASH . São Paulo: Editorial Premier; 2000. p.167-78.

30. Tosta W. IBGE mostra que Brasil mantém desigualdade. O Estado de São Paulo 2000 abr 29; Caderno A: 10 (col.1-6).

31. Vargas HS. Psicogeriatria geral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.

32. Veras RP. Pais jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ; 1994.

33. _____ Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume

Dumará UnATI / UERJ; 2002. p.12.

34. Vieira EB. Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.

35. Xavier SR. Análise comparativa da função respiratória na doença de Parkinson. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Castelo Branco; 2000. p. 23 – 4

Recebido para publicação em: 17/3/2006

Aceito em: 30/5/2006

© 2010 *Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ*

Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Pavilhão João Lyra Filho
20559-900 Rio de Janeiro, RJ - Brasil
Telefones: (21)2334 - 0168 / (21)2334-0000



crderbgg@uerj.br