



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Faculdade de Ciências Médicas

Ana Luzia Batista de Góis

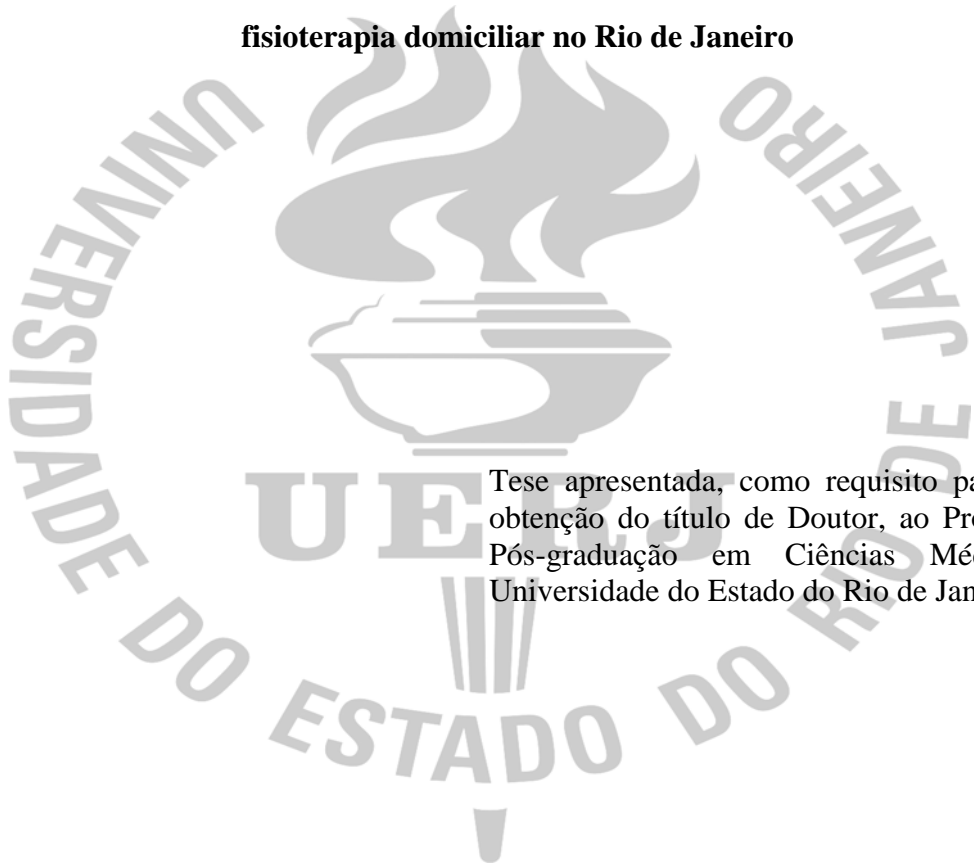
**Perfil epidemiológico dos pacientes de  
fisioterapia domiciliar no Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2010

Ana Luzia Batista de Góis

**Perfil epidemiológico dos pacientes de  
fisioterapia domiciliar no Rio de Janeiro**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Renato Peixoto Veras

Rio de Janeiro

2010

**CATALOGAÇÃO NA FONTE**  
**UERJ/ REDE SIRIUS/ BIBLIOTECA CCSC**

G616 Góis, Ana Luzia Batista de.

Perfil epidemiológico dos pacientes de fisioterapia domiciliar do Rio de Janeiro /Ana Luiza Batista de. – 2010.

113 f.: il.

Orientador: Renato Peixoto Veras

Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Idoso – Teses. 2. Doenças crônicas – Teses. 3. Fisioterapia (Especialidade) – Teses. 4. Assistência domiciliar – Teses. I. Veras, Renato Peixoto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 615.8

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Ana Luzia Batista de Góis

**Perfil epidemiológico dos pacientes  
de fisioterapia domiciliar no Rio de Janeiro**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro visando a obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas.

Aprovada em 30 de Julho de 2010.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Renato Peixoto Veras (Orientador)  
Faculdade de Ciências Médicas da UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Célia Pereira Caldas  
Faculdade de Ciências Médicas da UERJ

---

Prof. Dr. Antonio Carlos Monteiro Ponce de Leon  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vilma Duarte Camara  
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2010

## **DEDICATÓRIA**

À minha família, pelo exemplo de amor e fé.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, principalmente pelo dom precioso da vida e da fé; e a Santa Luzia, que me guia com sua Luz.

Ao meu Orientador, Prof. Dr. Renato Veras, a quem confiei esta responsabilidade de mais uma vez partilhar de sua sabedoria, de sua experiência. Por tudo o que foi e é para mim, o meu muito obrigado.

Aos mestres, Cada professor que passa não nos deixa só, nem sai sozinho; há os que deixam muito, mas não há os que não deixam nada. Em especial o meu agradecimento ao *Prof. Dr. Ponce Leon* e à *Profa. Dra. Márcia Trigueiro*.

Aos pacientes, pois esta pesquisa somente foi possível a partir da confiança daqueles que colocaram os segredos de seus sofrimentos nas nossas mãos. O meu profundo agradecimento e a consciência de que há ainda muito a ser feito para vocês.

Aos meus familiares, em particular minha mãe, meu marido, minha filha e meu irmão, pelo incentivo e colaboração direta e indireta para que eu vencesse as dificuldades surgidas no caminho da elaboração deste estudo, e principalmente por compreenderem as ausências que deixei por estar dedicada ao estudo.

À FAPERJ - Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, pelo apoio e financiamento desta pesquisa.

A grandeza de uma civilização se mede pela atenção que ela dá a seus anciões.

(Sgreccia, 1997)

## RESUMO

GÓIS, Ana Luzia Batista. *Perfil epidemiológico dos pacientes de fisioterapia domiciliar no Rio de Janeiro. 2010. 113 f.* Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O presente estudo investigou o perfil epidemiológico dos pacientes assistidos no Centro de Fisioterapia Domiciliar, no Rio de Janeiro. A amostra estudada foi composta por todos os pacientes atendidos no período de 1º de janeiro de 1999 a 1º de janeiro de 2009, totalizando 1.203 indivíduos de ambos os sexos. De acordo com a metodologia adotada, a estatística descritiva foi utilizada para atingir os objetivos do estudo. Os dados coletados nos prontuários dos sujeitos do estudo foram organizados nos seguintes itens: faixa de idade, sexo e bairros (área de moradia dos pacientes). Com relação às doenças crônicas, foram analisados: os diferentes tipos de doenças, o tempo da patologia ao iniciar o tratamento e o nível de dependência. Com relação ao tratamento domiciliar de fisioterapia, foram analisados: o tipo de tratamento aplicado, o objetivo do tratamento, o tempo de permanência no tratamento e o nível de melhora obtido pelos pacientes. A análise comparativa utilizou o teste Qui-quadrado de Pearson e o linear, para as tendências estudadas. Todos os cálculos foram efetuados usando o *software* estatístico SPSS 16.0. Os resultados mostraram que o perfil epidemiológico do paciente atendido no Centro de Fisioterapia Domiciliar, no Rio de Janeiro é: idoso, com idade média de 75,8 anos, do sexo feminino, com sequela de AVC, acometido até um ano atrás (do início do tratamento), está restrito ao leito, com dependência de terceiros para deambular. O perfil do tratamento de fisioterapia domiciliar utilizado é do tipo motor com o objetivo de treino de marcha e equilíbrio; o tempo de permanência no tratamento é em média de 5,8 meses, com o resultado de boa melhora, que corresponde à recuperação da metade ou mais dos objetivos propostos na avaliação inicial. Confirmou-se que existe associação da idade com o “nível de dependência” dos pacientes, e que quanto maior a idade, maior a frequência encontrada na “restrição ao leito – total”. Concluiu-se que a fisioterapia domiciliar é uma assistência prevalentemente geriátrica, e que é viável a estruturação de um modelo de fisioterapia domiciliar mais inclusivo e gratuito, com uma provável rotatividade de vagas por alta, em torno de 17% ao mês.

Palavras-chave: fisioterapia (especialidade); idoso; epidemiologia descritiva; saúde coletiva; fisiologia; incapacidade.



## ABSTRACT

This study investigated the epidemiological profile of patients attended at the Home-Based Physiotherapy Center in Rio de Janeiro. The study sample was made up of all the patients attended between January 1, 1999, and January 1, 2009, totaling 1,203 individuals of both sexes. In accordance with the methodology adopted, descriptive statistics were used to reach the study objectives. The data collected from the study subjects' medical files were organized into the following categories: age group, sex and district (area where the patients lived). The following were analyzed in relation to chronic diseases: different types of chronic disease, duration of the pathological condition at the start of treatment and level of dependence. Regarding the home-based physiotherapy, the following were analyzed: type of treatment applied, treatment objective, duration of the treatment and degree of improvement attained by the patients. The comparative analysis used the Pearson chi-square test and the linear test on the study trends. All the calculations were made using the SPSS 16.0 statistical software. The results showed that the epidemiological profile of the patients attended at the Home-Based Physiotherapy Center in Rio de Janeiro was as follows: elderly, with a mean age of 75.8 years; female; presenting sequelae from a stroke that occurred up to one year before the start of treatment; bedridden; and dependent on third parties to walk around. The home-based physiotherapy treatment used had a profile of motor type, with the aim of gait and balance training. The mean duration of the treatment was 5.8 months, resulting in a good improvement that corresponded to achievement of half or more of the objectives proposed at the initial assessment. It was confirmed that there was an association between age and the patients' "level of dependence", and that the greater their age was, the more often a "totally bedridden" condition was found. It was concluded that the home-based physiotherapy was predominantly geriatric and that it was viable to structure a more inclusive and free-of-charge home-based physiotherapy model, with probable rotation of places according to discharge, of around 17% per month.

**Key words:** physiotherapy (specialty); elderly person; descriptive epidemiology; collective health; physiology; incapacity.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 -	As sete maiores frequências de morbidade hospitalar registradas em 2005 nos idosos, comparadas com os dados registrados em 1994 .....	22
Gráfico 02 -	Distribuição dos pacientes por grupo etário .....	61
Gráfico 03 -	Distribuição dos pacientes por grupo sexo .....	61
Gráfico 04 -	Distribuição dos pacientes por grupo de Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro e quatro municípios do Grande Rio .....	62
Gráfico 05 -	Distribuição dos pacientes por grupo de doenças .....	62
Gráfico 06 -	Distribuição por tempo que o paciente possui a doença do início do tratamento .....	63
Gráfico 07 -	Distribuição dos pacientes por nível de dependência .....	63
Gráfico 08 -	Distribuição dos pacientes por tipo de tratamento .....	64
Gráfico 09 -	Distribuição dos pacientes por objetivo do tratamento .....	64
Gráfico 10 -	Distribuição dos pacientes por tempo de permanência no tratamento de fisioterapia domiciliar .....	65
Gráfico 11 -	Distribuição dos pacientes por nível de melhora com o tratamento .....	65

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 -	Porcentagem de idosos em diferentes países e regiões do mundo, em 1950, 2000 e 2050 (projeção) .....	17
Quadro 02 -	Número de pessoas (em milhões) acima de 60 anos de idade em países com população total perto ou acima de 100 milhões (em 2002) ....	18
Quadro 03 -	Relação dos Bairros de cada Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro .....	52
Quadro 04 -	Classificação dos níveis de dependência .....	53
Quadro 05 -	Classificação dos níveis de melhora com o tratamento aplicado .....	54
Quadro 06 -	Critérios que determinaram a classificação dos níveis de melhora com o tratamento aplicado .....	55
Quadro 07 -	Relação dos códigos das variáveis .....	56
Quadro 08 -	Relação dos códigos das classificações analisadas separadamente .....	57

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - População residente no Brasil e nas Unidades da Federação, com 60 anos ou mais em 2000 .....	20
Tabela 02 - População residente no Brasil e nas Unidades da Federação com 60 anos ou mais, por sexo, em 2000 .....	2
Tabela 03 - Frequências relativa e absoluta das variáveis estudadas .....	58
Tabela 04 - Distribuição das frequências por variável do estudo .....	60
Tabela 05 - Média e desvio padrão das variáveis e subgrupos .....	66
Tabela 06 - Distribuição dos pacientes com e sem restrição ao leito por grupo etário, grupo de doenças e tempo que possui a doença do início do tratamento .....	67
Tabela 07- Distribuição dos pacientes pelo tempo de permanência no tratamento de fisioterapia domiciliar por grupo etário, grupo de doenças e tempo que possui a doença do início do tratamento .....	68
Tabela 08 - Distribuição dos pacientes que teve e dos que não teve grande melhora e alta por grupo etário, grupo de doenças, tempo que possui a doença do início do tratamento e nível de dependência .....	69
Tabela 09 - Distribuição dos pacientes pelo nível de melhora com o tratamento de fisioterapia domiciliar por sexo, grupo etário, grupo de doenças, tempo que possui a doença do início do tratamento e nível de dependência .....	70
Tabela 10 - Distribuição dos pacientes pelo grupo etário por nível de dependência .....	71
Tabela 11 - Distribuição dos pacientes pelo tipo de tratamento de fisioterapia domiciliar por objetivo do tratamento, nível de dependência, grupo de doenças e nível de melhora com o tratamento .....	72

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b>	13
1	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	17
1.1	<b>O Envelhecimento Mundial</b>	17
1.1.1.	<u>O Envelhecimento no Rio de Janeiro</u>	20
1.2	<b>O Idosos e as Doenças</b>	22
1.3	<b>A Saúde Funcional dos Idosos</b>	25
1.3.1	<u>Sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade da Incapacidade e da Saúde</u>	28
1.4	<b>Assistência Domiciliar</b>	29
1.5	<b>Atendimento Domiciliar de Fisioterapia</b>	33
1.5.1	<u>Sobre a fisioterapia na saúde pública</u>	34
1.5.2	<u>Sobre a fisioterapia no idoso .....</u>	35
1.5.3	<u>As dificuldades de acesso ao atendimento domiciliar de fisioterapia (ADF)</u>	37
1.5.4	<u>O programa de atendimento domiciliar de fisioterapia (ADF)</u>	38
1.5.5	<u>Da legalidade da fisioterapia e do Estado em prover os serviços de fisioterapia</u>	40
1.6	<b>A Fisioterapia Geriátrica no Contexto de Humanização</b>	43
2	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	46
2.1	<b>Sujeitos do Estudo</b>	46
2.2	<b>O Centro de Fisioterapia Domiciliar</b>	47
2.3	<b>Coleta dos Dados</b>	50
2.4	<b>Tratamento Estatístico</b>	55
2.5	<b>Considerações sobre os Aspectos Éticos</b>	57
3	<b>RESULTADOS</b>	58
3.1	<b>Distribuição da Frequência</b>	58
3.2	<b>Média e Desvio Padrão</b>	66
3.3	<b>Teste Qui-quadrado</b>	66
3.4	<b>Apresentação dos Resultados</b>	73
3.4.1	<u>Apresentação da distribuição da frequência</u>	73
3.4.2	<u>Apresentação da média e do desvio padrão</u>	76

3.4.3	<u>Apresentação do teste Qui-quadrado</u>	79
3.4.3.1	A restrição ao leito total	79
3.4.3.2	Tempo de permanência no tratamento	81
3.4.3.3	Grande melhora e alta	82
3.4.3.4	Nível de melhora com o tratamento	84
3.4.3.5	Grupo etário por nível de limitação	85
3.4.3.6	Tipo de tratamento	85
4	<b>DISCUSSÃO</b>	88
4.1	<b>Limitações do Estudo</b>	95
5	<b>CONCLUSÃO</b>	97
5.1	<b>Recomendações</b>	98
	<b>REFERÊNCIAS</b>	100
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	108
	<b>APÊNDICE A - Modelo de carta de consentimento</b>	110
	<b>ANEXO A - Folha de Avaliação</b>	111
	<b>ANEXO B - Folha de Evolução</b>	112
	<b>ANEXO C - Parecer Fisioterapêutico</b>	113

## INTRODUÇÃO

O aumento da assistência domiciliar é um fenômeno observado em diversos países, inclusive no Brasil, devido ao aumento da população idosa e das incapacidades decorrentes dos agravos das doenças crônicas. No Brasil, o número de idosos já é um dos maiores do mundo e deverá multiplicar-se por cinco até 2025, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002). Este processo de transição demográfica se faz acompanhar de uma transição epidemiológica que apresenta um quadro de morbimortalidade onde as doenças cardiovasculares representam atualmente mais de 40% das mortes registradas no país. O Brasil apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) no mundo, sendo esta é a maior causa de morte para os brasileiros acima de 65 anos.

A incapacidade do idoso é uma realidade a ser enfrentada neste novo perfil epidemiológico, marcado pela iatrogenia e pela falta de conhecimento geriátrico/gerontológico dos profissionais de saúde, o que aumenta ainda mais a improdutividade e os custos governamentais. Sabendo-se que muitas dessas incapacidades podem ser revertidas ou estabilizadas com a reabilitação, a fisioterapia domiciliar deveria ser recomendada para aqueles que possuem incapacidades severas que impeçam seu deslocamento até a rede ambulatorial, limitando assim o recurso à hospitalização; porém, a falta de critérios específicos na elegibilidade, na regulamentação e na priorização desse atendimento dificulta o acesso dos pacientes a esta modalidade, tanto na rede pública quanto na rede suplementar. Esta coibição interfere diretamente nas intervenções fisioterapêuticas, que, para serem mais efetivas, devem ser instituídas precocemente.

Para a construção deste trabalho levou-se em consideração o conceito de funcionalidade que é referido mundialmente por múltiplos sinônimos e diferentes conotações, todas geralmente associadas à avaliação física ou clínica do indivíduo. Contudo, a Organização Mundial da Saúde, em 2001, aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade da Incapacidade e da Saúde (CIF), com o objetivo de unificar critérios relacionados à dependência e à funcionalidade. Neste documento, a funcionalidade é usada no aspecto positivo, e o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na

participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e para a participação social.

Entretanto, apesar do interesse pela adoção do modelo da CIF, existem poucos estudos em curso sobre a avaliação do seu impacto na atenção à saúde. Isso decorre do fato de tratar-se de uma classificação recente, complexa e que apresenta certo grau de dificuldade em sua utilização. Do ponto de vista prático, sua aplicação por parte dos profissionais da área da saúde requer um tempo muitas vezes maior do que o da própria consulta.

O conceito de capacidade funcional é bastante complexo, abrangendo outros, como os de deficiência, incapacidade, desvantagem, bem como os de autonomia e independência. No Brasil, na prática profissional do fisioterapeuta, trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade, sendo este o conceito utilizado no presente estudo.

Dentre as causas de incapacidade nos idosos, as principais são as patologias crônicas, o que torna os idosos usuários frequentes da assistência médica, hospitalar, e principalmente da fisioterapia. Assim, para a realização deste trabalho levou-se em consideração que os fatores associados à fisioterapia domiciliar são de fundamental importância no combate das incapacidades e no aprimoramento desta assistência.

Desta forma, este trabalho se justificou na pretensão de estudar o funcionamento de um serviço de fisioterapia domiciliar no Rio de Janeiro e o perfil dos ali assistidos, para poder retratar o perfil dos idosos com incapacidade severa do Rio de Janeiro. O estudo está centrado neste modelo (assistência domiciliar de fisioterapia), visando adaptá-lo para a realidade do Rio de Janeiro e constituir em uma contribuição para o aperfeiçoamento deste cuidado no Brasil.

O trabalho se divide em cinco capítulos. O primeiro capítulo é antecedido pela descrição dos objetivos do estudo; neste capítulo, que é a revisão da literatura, foram abordados todos os assuntos relevantes para fundamentar a discussão e o desenvolvimento do tema central desta pesquisa.

No capítulo dois, materiais e métodos, foram descritos de forma cuidadosa todos os passos empreendidos na construção da coleta, nos cálculos e na análise dos dados dos prontuários para garantir a sua reprodutibilidade.

No capítulo três, foram apresentados os resultados em forma de gráficos, tabelas, comentários e apresentação dos testes executados. Neste capítulo preferiu-se dividir a abordagem em três tópicos: distribuição da frequência, média e desvio padrão e teste qui-quadrado.



No capítulo quatro, foram discutidos os resultados desta pesquisa, relacionando-os com outras pesquisas semelhantes, a literatura da área; e as legislações vigentes. Neste capítulo as limitações do estudo foram comentadas em um tópico à parte.

No capítulo cinco, foram expostas as conclusões finais dos achados deste estudo, e feitas algumas recomendações.

Este estudo tem como diferencial partir de uma experiência prática vivenciada na assistência de saúde e expor os achados dessa prática, acompanhada desde o seu desenvolvimento até o final, na tematização dos critérios específicos na elegibilidade, na regulamentação e na priorização desse atendimento na realidade social, política e legislativa do Rio de Janeiro.

Dentre as contribuições que este trabalho oferece para o aperfeiçoamento deste cuidado no Brasil, destaca-se um dos resultados que pode servir para marcar a quebra de um paradigma, revertendo o pensamento estereotipado de que o tratamento de fisioterapia domiciliar não tem alta; pois este conceito errado prejudica o paciente, os familiares e os investimentos nesta assistência. Portanto, os resultados deste trabalho comprovam que a fisioterapia domiciliar é um atendimento de alta, que consegue prever a porcentagem provável de entrada de novos casos em virtude da alta concedida a pacientes atendidos, sendo assim perfeitamente viável a estruturação de uma assistência de fisioterapia domiciliar mais inclusiva e gratuita, em que todos possam ter direito a esse atendimento. Além do mais, é uma assistência eficiente, necessária e que atende adequadamente ao perfil epidemiológico atual de nosso país e, em específico, do Rio de Janeiro.

## Objetivos do Estudo

Considerando que a identificação dos fatores associados à fisioterapia domiciliar é de fundamental importância no combate das incapacidades e no aprimoramento desta assistência, o objetivo do presente estudo é investigar o perfil epidemiológico dos pacientes de um serviço de fisioterapia domiciliar, visando contribuir para o aperfeiçoamento deste cuidado no Brasil.

Para atingir este objetivo geral, o estudo se deterá nos tópicos abaixo relacionados, que constituem seus objetivos específicos.

Com relação aos pacientes, analisar:

1. A predominância da faixa de idade.
2. A predominância do sexo.
3. A predominância dos bairros (área de moradia dos pacientes).

Com relação às doenças crônicas, analisar:

4. Os diferentes tipos de doenças, através dos registros de diagnóstico médico encaminhados para o atendimento de fisioterapia domiciliar.
5. O tempo da patologia ao iniciar o tratamento.
6. O nível de limitação.

Com relação ao tratamento domiciliar de fisioterapia, analisar:

7. O tipo de tratamento de fisioterapia domiciliar aplicado.
8. O objetivo do tratamento de fisioterapia domiciliar.
9. O tempo de permanência no tratamento de fisioterapia domiciliar.
10. O nível de melhora obtido pelos pacientes após submetidos ao tratamento de fisioterapia domiciliar.

## 1 REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 O Envelhecimento Mundial

A humanidade passa por uma grande transformação, com profundas implicações para a organização social e para as políticas de saúde pública: o envelhecimento da população (FRIES, 1996; WATANABE; TACANO; NAKAMURA, 2002). Este processo vem acompanhado de dois fatores: a queda da taxa de natalidade e a queda da taxa de mortalidade. As taxas de mortalidade diminuíram dramaticamente nos últimos 50 anos, elevando a expectativa de vida média da população mundial de 41 anos, em 1950, para 62 anos em 1990, e espera-se que em 2020 o ser humano viva, em média, 70 anos. Da mesma forma, a taxa de natalidade tem decaído em quase todos os países em desenvolvimento. No Brasil, por exemplo, o declínio foi de 5,1 para 2,2, e na Índia, de 5,9 para 3,1 nascimentos por mulher, entre 1970 e 2002 (WHO, 1998). O Quadro 1 ilustra o fenômeno do envelhecimento da população mundial:

Quadro 1 - Porcentagem de idosos em diferentes países e regiões do mundo, em 1950, 2000 e 2050 (projeção).

<b>Ano</b>	<b>1950</b>	<b>2000</b>	<b>2050</b>
<b>Área, região ou país</b>			
<b>Mundo</b>	5,2%	6,9%	19,3%
<b>África</b>	3,2%	3,3%	6,9%
<b>América Latina e Caribe</b>	3,7%	5,4%	16,9%
<b>China</b>	4,5%	6,9%	22,7%
<b>Índia</b>	3,3%	5,0%	14,8%
<b>Japão</b>	4,9%	17,2%	36,4%
<b>Europa</b>	8,2%	14,7%	29,2%
<b>Itália</b>	8,3%	18,1%	35,9%
<b>Alemanha</b>	9,7%	16,4%	31,0%
<b>Suécia</b>	10,3%	17,4%	30,4%
<b>EUA</b>	8,3%	12,3%	21,1%

Fonte: Gavrilov e Heuveline (2003).

Embora o aumento da população idosa seja um fenômeno global, o caso brasileiro, assim como de toda a América Latina, é particularmente complexo e possui características únicas. Nos países desenvolvidos o envelhecimento tem acontecido de forma gradual, harmoniosa com o desenvolvimento econômico e com a adaptação dos serviços de saúde à nova estrutura etária da população. Já no Brasil e na maioria dos países em desenvolvimento, a população idosa vem aumentando muito mais rapidamente, afetando não somente a área da saúde, mas também aspectos sociais e econômicos (OMS, 2005).

No Brasil, são consideradas idosas as pessoas com mais de 60 anos. Esta idade também é a usada como delimitador pela Organização Mundial de Saúde - OMS (SANTANA, 2001).

Segundo a OMS, até 2025 o Brasil será o quinto país do mundo em número de idosos (quadro 2). O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país (RAMOS, 1993; VERAS, 1994). Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.

Quadro 2 – Número de pessoas (em milhões) acima de 60 anos de idade em países com população total perto ou acima de 100 milhões (em 2002).

2002		2025	
China	134,2	China	287,5
Índia	81,0	Índia	168,5
Estados Unidos da América	46,9	Estados Unidos da América	86,1
Federação Russa	26,2	Indonésia	35,0
Indonésia	17,1	Brasil	33,4
Brasil	14,1	Federação Russa	32,7
Paquistão	8,6	Paquistão	18,3
México	7,3	Bangladesh	17,7
Bangladesh	7,2	México	17,6
Nigéria	5,7	Nigéria	11,4

Fonte: OMS (2005).

No Brasil, a transição demográfica se faz acompanhar de uma transição epidemiológica que apresenta um quadro de morbimortalidade no qual predominam as doenças crônicas: as doenças cardiovasculares representam atualmente mais de 40% das mortes registradas; o país apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) no mundo, e esta é a maior causa de morte para os brasileiros acima de 65 anos (IBGE, 2002; OLIVEIRA; KLEIN; SILVA, 2005). Porém, em se tratando de

saúde pública, o Brasil ainda tem como agravante os números elevados do perfil epidemiológico anterior (infecção-contagiosas), somados a doenças emergentes.

A razão de sexo da população idosa é bastante diferenciada, sendo bem maior o número de mulheres. Isto pode ser explicado pela maior expectativa de vida das mulheres, fenômeno mundial, mas que é bastante intenso no Brasil. Nesse sentido, as implicações da feminização da velhice em termos sociais são notórias (VERAS, 2002; CAMARANO, 2004).

Estamos no patamar onde é mais fácil evitar a morte do que reduzir a incapacidade resultante deste prolongamento da vida. Das famílias que possuem idosos, 1/4 delas lidam com um idoso deficiente (CAMARANO, 2004; LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). O custo gerado pela dependência de terceiros atinge diretamente a família e o sistema de saúde, por ser de longa duração e muito oneroso.

A grande maioria dos idosos com incapacidades é mantida em suas próprias residências, e os cuidados são prestados por seus familiares. Embora este apoio seja fundamental para assegurar a qualidade de vida desses idosos, é preciso entender que a questão extrapola o ambiente familiar e atinge a esfera pública, requerendo estrutura e legislação específica que deem suporte a esses casos.

A fisioterapia domiciliar é um atendimento que vem sendo adotado mais por força da necessidade do que por conscientização de sua importância. Esse desconhecimento impede o investimento em ações mais abrangentes e, conseqüentemente, mais eficazes e menos onerosas desse atendimento pelo Estado ou pelas gerenciadoras de planos de saúde. Mesmo com o apoio da Política Nacional de Saúde do Idoso, estipulada pela Lei n. 8.842/1994, que definiu a atuação do governo em áreas específicas e em especial na pesquisa, e apesar do grande número de pesquisas sobre a saúde do idoso, ainda é grande a desinformação sobre a saúde funcional do idoso brasileiro e os atendimentos de fisioterapia domiciliar.

### 1.1.1 O Envelhecimento no Rio de Janeiro

O Rio de Janeiro é o Estado brasileiro com a maior proporção de idosos (Tabela 1). Dados do IBGE de 2000 mostram que 10,7% de sua população tem 60 anos ou mais de idade. Acrescente-se ainda a tendência de diminuição do grupo de crianças pequenas, demonstrando que a população do Estado do Rio de Janeiro está se tornando cada vez mais velha. Em 2001 as pessoas com mais de 55 anos eram pouco mais de 18% do total. Em 2006 já compunham 22% da população, um crescimento de 22% em 6 anos, que, se repetido nos próximos 6 anos, resultará em 27% e assim sucessivamente. Ou seja, se esta tendência se mantiver, o que é muito provável, num futuro não muito distante haverá mais idosos do que jovens no Rio de Janeiro (IBGE, 2000; IBGE, 2002).

Tabela1- População residente no Brasil e nas Unidades da Federação, com 60 anos ou mais em 2000

População residente		
Brasil e Unidade da Federação	Total	Percentual
<b>Brasil</b>	<b>14.538.987</b>	<b>8,56</b>
São Paulo	3.318.204	8,96
Minas Gerais	1.624.692	9,07
<b>Rio de Janeiro</b>	<b>1.541.719</b>	<b>10,71</b>
Bahia	1.079.730	8,25
Rio Grande do Sul	1.065.117	10,45
Paraná	808.791	8,46
Pernambuco	706.445	8,91
Ceará	659.403	8,87
Santa Catarina	430.241	8,03
Maranhão	405.870	7,17
Goiás	358.306	7,16
Pará	356.482	5,75
Paraíba	350.425	10,17
Rio Grande do Norte	250.835	9,03
Espírito Santo	250.118	8,07
Piauí	237.018	8,34
Alagoas	203.368	7,19
Mato Grosso do Sul	157.157	7,56
Mato Grosso	144.439	5,77
Amazonas	137.431	4,88
Sergipe	130.973	7,34
Distrito Federal	109.494	5,34
Tocantins	78.054	6,74
Rondônia	71.863	5,2
Acre	30.232	5,42
Amapá	19.386	4,06
Roraima	13.195	4,07

Fonte: IBGE (2000), sistematização da autora deste estudo.

O crescimento desigual da população idosa no Brasil demonstra o quanto é diversificado esse fenômeno em nosso país, exigindo uma atenção diferenciada e específica para cada Estado, região e local.

Quando se compara o percentual da população idosa em relação à faixa etária, observa-se que o maior percentual está na faixa de 60 a 69 anos, tanto no Brasil quanto no Estado do Rio de Janeiro, sendo que o percentual do Rio de Janeiro supera o do Brasil em todas as demais faixas etárias. Também no que se refere ao o predomínio do sexo feminino, o percentual do Estado do Rio de Janeiro supera o do Brasil (Tabela 2).

Tabela 2- População residente no Brasil e nas Unidades da Federação com 60 anos ou mais, por sexo, em 2000

População Residente					
Sexo	Grupo de Idade	Brasil		Rio de Janeiro	
		Valores	Percentual	Valores	Percentual
<b>Homens</b>	<b>60 a 69 anos</b>	3.787.425	2,23	375.688	2,61
	<b>70 a 79 anos</b>	2.032.940	1,2	202.692	1,41
	<b>80 anos ou mais</b>	707.265	0,42	60.032	0,42
<b>Mulheres</b>	<b>60 a 69 anos</b>	4.404.173	2,59	484.124	3,36
	<b>70 a 79 anos</b>	2.526.843	1,49	296.179	2,06
	<b>80 anos ou mais</b>	1.080.342	0,64	123.003	0,85
<b>Total</b>	<b>60 a 69 anos</b>	8.191.598	4,82	859.812	5,97
	<b>70 a 79 anos</b>	4.559.783	2,68	498.871	3,47
	<b>80 anos ou mais</b>	1.787.607	1,05	183.035	1,27

Fonte: IBGE (2000), sistematização da autora deste estudo.

Os esforços da saúde pública para se adequar e atender a esta nova realidade do Rio de Janeiro são grandes, mas as ações ainda são muito insuficientes. Na Prefeitura do Rio de Janeiro, foram implantados Núcleos Hospitalares, além do cuidado específico ao paciente idoso através de atendimento por equipe multidisciplinar de profissionais especializados (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta). Estes Núcleos visam a reintegração familiar precoce e o apoio técnico aos ‘cuidadores’, no caso de a doença se tornar crônica. Este modelo assistencial tem por objetivo manter a autonomia e independência, bem como a participação social do idoso através de ações que contemplem o envelhecimento saudável (GOVERNO, 2009).

No entanto, a sua atuação ainda está longe de comportar a demanda da região. Quanto à fisioterapia domiciliar, é um dos atendimentos de interesse do Estado, que investe em pesquisas para melhor orientar a gestão e ampliação dessa modalidade.

## 1.2 O Idoso e as Doenças

No Brasil, conforme apresentado no Gráfico 1, a morbidade hospitalar em idosos registra o predomínio das doenças do aparelho circulatório, ao mesmo tempo em que se observa a não-redução das doenças infecciosas e parasitárias; e ainda sinaliza-se o aumento recente e acentuado das neoplasias (GÓIS; VERAS, 2007b).

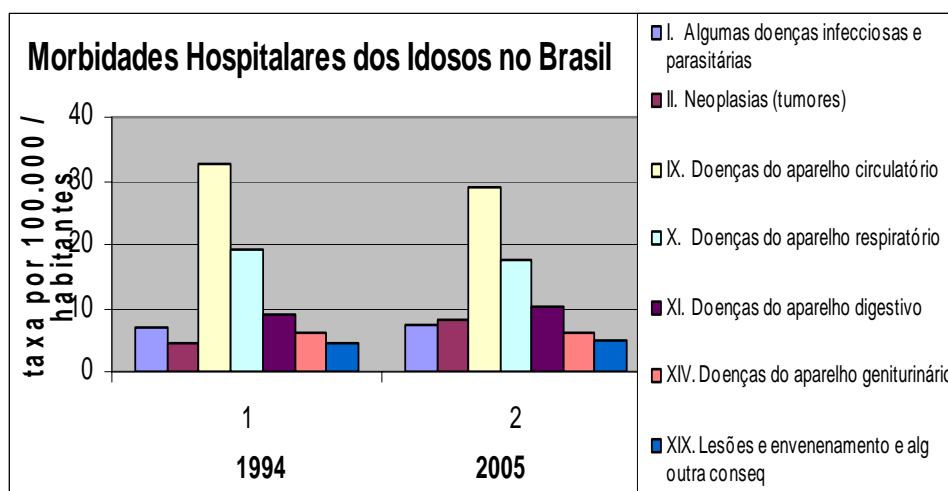


Gráfico 1 - As Sete Maiores Frequências de Morbidade Hospitalar registradas em 2005 nos idosos, comparadas com os dados registrados em 1994.  
Fonte: Góis e Veras (2007b).

As duas causas mais frequentes de internação, em ambos os sexos, são a insuficiência cardíaca e coronariana e as doenças pulmonares, que se revezam como a primeira e segunda causas. O AVC agudo, a crise hipertensiva, as enteroinfecções, a desnutrição, desidratação e



anemia estão sempre presentes como causas intermediárias (CAMARANO, 2004). Porém, os acometimentos do envelhecimento não devem ser explicados por uma única doença.

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas (VERAS, 2002).

Carvalho-Filho (1998) evidenciou que a iatrogenia é freqüente em pacientes idosos hospitalizados, podendo determinar manifestações graves, e mesmo fatais. Nos hospitais pode-se encontrar eventos adversos em cerca de 4% dos pacientes internados. Um estudo hospitalar citado por Rothschild, Bates e Leape (2000) demonstrou que a taxa de complicações hospitalares para os idosos é cerca de 1,5 vez maior que a do grupo etário mais jovem.

Os idosos são particularmente susceptíveis a infecções nosocomiais, principalmente respiratórias, urinárias e de pele. Em instituições asilares, o problema pode chegar a proporções ainda maiores, pela fragilidade dos residentes e a frequente superlotação dos quartos, nem sempre arejados. Aproximadamente 5% dos pacientes hospitalizados adquirem úlceras de decúbito durante a internação (ROTHSCHILD; BATES; LEAPE, 2000).

As alterações pulmonares que fazem parte do processo de envelhecimento normal, tais como a redução da elasticidade da musculatura intercostal e a redução da capacidade vital, favorecem o aumento de bactérias e o perigo de uma pneumonia. Existe uma redução dos mecanismos de defesa, por isso é tão importante a vacinação do idoso contra a gripe e pneumonia. No idoso, o comprometimento respiratório pode estar relacionado ao sedentarismo; como não necessitam de adaptação ventilatória ao esforço, os idosos não percebem as dificuldades respiratórias e, quando internados este quadro tende a se agravar (MANIDI; MICHEL, 2001; SANTOS, 2002).

Os idosos, as crianças e os portadores de deficiência são as maiores vítimas de maus tratos e negligência nos cuidados, cujas principais consequências são as quedas, as contenções físicas, as úlceras de decúbito, as infecções hospitalares e as complicações perioperatórias. Nos idosos, a incidência de quedas é de cerca de 32% ao ano, sendo que 24% resultam em injúrias que requerem atendimento médico. Em idosos institucionalizados, a incidência chega a 50% ao ano. Os estudos mostram que idosos que já caíram anteriormente têm de 4 a 20 vezes mais chance de sofrer uma fratura (CUMMING; KLINEBERG, 1994). A adoção de grades protetoras nos leitos, o bloqueio de acesso a escadas e o uso de pisos antiderrapantes têm reduzido bastante a incidência de quedas. Aqueles que sofrem quedas apresentam um

grande declínio funcional nas atividades da vida diária e nas atividades sociais, com aumento do risco de restrição ao leito (REBELATTO; MORELLI, 2004).

A infecção do trato urinário (I.T.U.) é das mais comuns no homem com mais de 65 anos, podendo levar à internação hospitalar, com grandes prejuízos para o paciente. A bactéria que mais comumente causa o I.T.U. é a chamada *Escherichia Coli*, responsável por 80% a 85% dos casos. As doenças da próstata, prolapso vesical ("queda da bexiga"), presença de cálculos urinários, e as doenças que causam disfunção da bexiga, como na seqüela de AVE, demências, *Diabetes Mellitus*, dentre outros, podem contribuir para o aparecimento da infecção urinária. A presença de incontinência urinária também concorre para a infecção urinária, devido ao uso de sonda vesical, predispondo à infecção. No entanto, a própria hospitalização frequente pode levar à contaminação por bactérias mais resistentes aos antibióticos, evoluindo para um quadro mais grave (SALDANHA; CALDAS, 2004).

As doenças do trato gastrointestinal nos idosos são influenciadas pelas alterações do processo digestivo. Dentre estas, destacamos as alterações dentárias, as relativas ao mecanismo de deglutição, redução das secreções gástricas e enzimáticas, as relativas à redução do tônus da musculatura intestinal, e a lentificação nos reflexos. O resultado é uma tendência ao engasgamento, e quando isso ocorre pode provocar infecção, levando a uma pneumonia. Há também problemas na absorção de nutrientes, e observa-se uma peristalse mais lenta; nos idosos restritos ao leito a peristalse é mais lenta ainda. Além disso, eles tendem a ingerir menor quantidade de alimentos, favorecendo a constipação intestinal (MORIGUCHI; MORIGUCHI, 1988; ALMEIDA, 2001).

O câncer, na maioria dos casos, ocorre após os 60 anos. Esta maior incidência no idoso se deve ao fato de que cerca de 80% de todos os cânceres estão relacionados, direta ou indiretamente, ao tempo de exposição a agentes cancerígenos, sendo, atualmente, a segunda causa de morte no Brasil, logo após as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2003). Os órgãos mais atingidos, por ordem de frequência, são: no homem, a pele, a próstata, o pulmão, o estômago e o intestino; na mulher, a mama, a pele, o colo do útero, o intestino, o estômago e o pulmão; além do sangue e do sistema linfático (leucemias e linfomas) em ambos os sexos (BRASIL, 2005).

Cerca de metade a três quartos das mortes por causas cirúrgicas referem-se a idosos (ROTHSCHILD; BATES; LEAPE, 2000). Isto se deve à maior comorbidade que eles apresentam, e também à apresentação atípica de situações de emergência, retardando o diagnóstico. As cirurgias de urgência em geriatria têm uma mortalidade de 21%, enquanto que

as eletivas levam à morte em apenas 1,9% dos casos. Neste sentido, o retardo numa indicação cirúrgica pode, muitas vezes, constituir uma iatrogenia (KELLER *et al.*, 1987).

Os efeitos colaterais de drogas são o tipo mais comum de eventos adversos em idosos. Segundo Doucet *et al.* (1999), 20% dos casos requerem hospitalização, muitas vezes pela falta de reavaliação da terapêutica inicialmente instituída (GERETY *et al.*, 1993). Outra causa frequente de iatrogenia é a prescrição pouco clara. Um estudo norte-americano relatou uma diminuição de 55% dos erros na administração de medicamentos quando a prescrição foi computadorizada (BATES *et al.*, 1998).

A elevação dos custos com a saúde da população idosa está relacionada a taxa de utilização. Neste sentido, as medidas de saúde pública que objetivem melhor atenção ao idoso não precisam, necessariamente, elevar as despesas com saúde, mas sim substituir a atenção centrada no hospital (na doença) para o domicílio, de forma que o paciente volte menos vezes ao hospital. Por esta razão, o período pós-hospitalização é fonte de preocupação nas pesquisas recentes, pois normalmente o idoso não consegue retornar às atividades diárias que desempenhava anteriormente à internação, o que contribui para o aparecimento de limitações e incapacidades. Este quadro é agravado pela falta de orientação, encaminhamento e acesso à reabilitação precoce após a hospitalização. Alternativas concretas para a realização desse objetivo podem ser a implementação dos programas de atendimento domiciliar de fisioterapia vinculado à alta hospitalar.

### **1.3 A Saúde Funcional dos Idosos**

Tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento existe a preocupação de que a força de trabalho em processo de redução não seja capaz de manter a parte da população considerada dependente e em processo de crescimento (OMS, 2005).

No Brasil, o aumento do número de idosos que apresentam dificuldade para realizar as tarefas consideradas normais é uma realidade a ser enfrentada pelos profissionais de saúde (TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2005).

Ramos (1993) ressalta que o idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo submetido também a uma triagem rotineira para fins de reabilitação. A falta de aprofundamento do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente

idoso, o que leva a um atendimento de baixa qualidade e, conseqüentemente, desfavorável ao combate das incapacidades. Segundo o autor, estudos populacionais demonstram que a maioria dos idosos – 85% – apresenta pelo menos uma doença crônica, e que uma significativa minoria – 10% – possui, no mínimo, cinco destas patologias. Outras pesquisas realizadas apontam que todos os idosos investigados apresentaram patologias associadas ao envelhecimento, sendo de cunho neurológico em 89,5% dos casos e reumatológico em apenas 10,5% deles.

Embora o conceito de capacidade funcional seja bastante complexo, abrangendo outros como os de deficiência, incapacidade, desvantagem, bem como os de autonomia e independência, no Brasil, na prática profissional do fisioterapeuta (REBELATTO; MORELLI, 2004), trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade sendo este o conceito utilizado no presente estudo. Dentre as causas de incapacidade nos idosos, as principais são as patologias crônicas, o que torna os idosos usuários frequentes da assistência médica e hospitalar (GÓIS; VERAS, 2007b).

A incapacidade funcional no idoso tem como característica a progressão para os níveis de maior severidade, atingindo rapidamente a restrição ao leito, isso devido à estreita relação entre as sequelas das doenças crônicas e o declínio funcional inerente ao avanço da idade. A incapacidade funcional severa é aquela em que o idoso depende do auxílio de terceiros para executar todas ou parte de suas atividades da vida diária; As atividades de vida diária (AVDs) são consideradas aquelas atividades que se referem ao autocuidado primário (vestir-se, fazer a sua higiene e alimentar-se). Das atenções indicadas para a incapacidade funcional severa, destaca-se: (a) *na prevenção*: atividade física e a manutenção do papel social; e (b) *no tratamento*: a fisioterapia no papel da recuperação dos movimentos que afetam a saúde funcional (REBELATTO; MORELLI, 2004).

Dos estudos brasileiros mais recentes sobre o percentual da incapacidade severa nos idosos, destaca-se o de Trelha *et al.* (2006), que pesquisaram sobre a caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores, mostrando que, em relação à mobilidade, 20,8% dos idosos referiam estar restritos ao leito ou cadeira de rodas. Entretanto, achados mais elevados foram encontrados no estudo de Cerqueira (2003), que examinou o perfil da população institucionalizada em asilos, onde 29% dos homens e 42% das mulheres são acamados.

Os Estados Unidos disponibilizam periodicamente indicadores e análises de informações nacionais que cobrem diversos aspectos de saúde e bem-estar dos idosos. O *Older Americans 2000: key indicators of well-being* traz dados oficiais, originados em sistemas de informação nacionais, colhidos sob a responsabilidade do governo, coletados

periodicamente, e representando grandes segmentos da população idosa, em vez de um grupo em particular. As informações sobre incapacidades na população idosa também são monitoradas, e os indicadores registram que ocorrem incapacidades nos Estados Unidos em cerca de 10% das pessoas de todas as idades, e até cinco vezes mais nas amostras só de idosos, sendo essa elevação mais acentuada naqueles indivíduos com 80 ou mais anos de idade. A incapacidade atinge 21% dos idosos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2000).

De fato, o monitoramento e os estudos sobre a prevalência de incapacidade nos idosos são de interesse em todos os países, além de serem essenciais para que economistas e atuários possam fazer previsões sobre as implicações financeiras das políticas de aposentadorias e pensões. Também são bastante úteis para aqueles que se preocupam com o planejamento e a administração dos serviços de atendimento de saúde.

O conceito de funcionalidade é referido mundialmente por múltiplos sinônimos e diferentes conotações, todas geralmente associadas à avaliação física ou clínica do indivíduo. Com o objetivo de unificar critérios relacionados à dependência e funcionalidade, a Organização Mundial da Saúde, em 2001, aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade da Incapacidade e da Saúde (CIF) originária da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Necessidades Especiais (CIDDM), que considera a funcionalidade como "funcionamento" com uma visão integral, em que estão relacionadas as diferentes funções e estruturas do organismo, a atividade e participação no ambiente socioambiental (OMS, 2001).

A limitação física, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estende-se para a limitação política, agravada pela falta de poder econômico em virtude da aposentadoria e/ou impossibilidade de trabalhar, aumenta o grau de dependência de terceiros e, conseqüentemente, gera uma atitude de anulação, precursora de uma possível segregação social (IBGE, 2003). Concorda-se com Sgreccia (1997) quando afirma que o idoso deve ser valorizado por toda a sociedade. Entretanto, é necessário que ele procure manter sua dignidade pessoal e ser atuante na sociedade; ele próprio deve procurar cada vez mais sua identidade, e buscar, junto com a comunidade, sua inserção social e compromissos criativos e culturais (GÓIS, 2005).

A saúde funcional dos idosos é um tema de extrema importância na atualidade, devido ao envelhecimento global e às suas demandas sociais e econômicas em todo o mundo. Considerando-se que a incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social, é preciso prever não

somente uma nova cidade, onde estruturas como rampas, corrimãos, transportes adaptados etc., mas também novas modalidades assistenciais serão indispensáveis para dar conta desse novo perfil da população.

### 1.3.1 Sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade da Incapacidade e da Saúde

Conforme a OMS - Organização Mundial de Saúde (2001), a CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade da Incapacidade e da Saúde - descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. Segundo a OMS, a CID-10 e a CIF são complementares: a informação sobre o diagnóstico acrescido da funcionalidade fornece um quadro mais amplo sobre a saúde do indivíduo ou populações. O termo do modelo da CIF é a funcionalidade, que cobre os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. A funcionalidade é usada no aspecto positivo e o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e para a participação social. A CIF é baseada, portanto, numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Assim, a avaliação de uma pessoa com deficiência, abrange as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social. Nesse modelo, cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais.

A CIF é o registro do reconhecimento da ação do meio ambiente no estado funcional dos indivíduos, como barreira ou facilitador do desempenho de suas atividades e de sua participação social, mudando o foco da natureza biológica e individual da redução ou perda de uma função e/ou estrutura do corpo, para a interação entre a disfunção apresentada e o contexto ambiental onde as pessoas estão inseridas (GÓIS, 2005).

O objetivo da CIF é fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde, permitindo a comparação de dados

referentes a essas condições entre países, serviços, setores de atenção à saúde, bem como o acompanhamento da sua evolução no tempo. No entanto, os conceitos apresentados na classificação introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade. Dessa forma, a classificação não constitui apenas um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos, permitindo além disso, avaliar as condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social (OMS, 2001).

Entretanto, apesar do interesse pela adoção do modelo da CIF, existem poucos estudos em curso sobre a avaliação do seu impacto na atenção à saúde. Isto porque trata-se de uma classificação recente, complexa, e que apresenta certo grau de dificuldade em sua utilização. Do ponto de vista prático, sua aplicação requer um tempo muitas vezes maior do que o da própria consulta.

#### **1.4 Assistência Domiciliar**

O termo "assistência domiciliar" vem do inglês *home care* e significa cuidado do lar (FABRÍCIO *et al.*, 2004). Carletti e Rejani (2002) definem esta atenção à saúde em domicílio como sendo um serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por equipe multi e interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de funções, favorecendo maior autonomia e independência. Dieckmann (1997) acrescenta que a assistência domiciliar cuida da saúde de pessoas de qualquer idade, em casa ou em outro ambiente não institucional.

As instituições que atuam em atenção domiciliar à saúde devem prover aos familiares e/ou cuidadores orientações sobre a assistência a ser prestada. Precisam fornecer equipamentos, materiais e medicamentos necessários. Devem garantir atendimento a possíveis intercorrências clínicas, através de hospitais e transporte equipado a tempo. Precisam ainda assegurar vagas de retomo do paciente à internação hospitalar, quando necessária (BRASIL, 2006). Os atendimentos domiciliares são programados, e neles os profissionais da equipe realizam certos procedimentos. A periodicidade dos atendimentos varia de acordo com a complexidade assistencial demandada. Além disso, a continuidade da assistência em domicílio é garantida pela atuação do cuidador (familiar, leigo ou profissional externo à

equipe) (DUARTE; DIOGO, 2000).

Os objetivos aos quais se propõe este tipo de serviço são: contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, reduzir os custos da internação hospitalar; diminuir os riscos de infecção hospitalar; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral; melhorar a qualidade de vida do paciente (ALBUQUERQUE, 2003); evitar reinternações (DAL BEN, 2000; MONTEIRO; MONTEIRO, 2000); reinserir o paciente na sociedade, preservando ao máximo sua autonomia, buscando a sua independência funcional, para que seja um cidadão ativo, participativo, produtivo e afetivo (GORDILHO *et al.*, 2000); promover desinstitucionalização (COLLOPY; DUBLER; ZUCKERMAN, 1990); estimular maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto; promover educação em saúde; ser um campo de ensino e pesquisa (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Para que os pacientes possam ser atendidos pela assistência domiciliar é necessário que correspondam a critérios de elegibilidade que definem as características dos eleitos a ingressarem no serviço. Tais critérios envolvem:

[...] estabilidade clínica do paciente, dificuldade de locomoção deste por sofrimento físico ou mental, elevado nível de dependência por ser portador de agravo de longa duração ou agudo incapacitante.

[...] a condição de ser residente no município do prestador deste atendimento, bem como possuir rede de suporte social constituída por familiares, amigos, voluntários, vizinhos, ou seja, ter um cuidador responsável para suprir suas necessidades diárias relativas à higiene, à alimentação, entre outras. (PAZ; SANTOS, 2003, p. 540)

A composição das equipes interdisciplinares de atendimento domiciliar varia de acordo com a finalidade específica de cada programa assistencial. Deste modo, podem ser encontrados nestas equipes médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos (MENDES, 2006). Além dos profissionais de saúde de escolaridade superior, há também cuidadores formais de escolaridade média e cuidadores informais treinados que atuam neste serviço (HIRSCHFELD; OGUISSO, 2002).

Os Estados Unidos foram os pioneiros nesta modalidade de atenção à saúde. Hoje, funcionam nos Estados Unidos mais de 20 mil agências de *home care* (MENDES, 2006) e tantos outros países do mundo adotaram a atenção domiciliar uma como política de saúde (HIRSCHFELD; OGUISSO, 2002).

A assistência domiciliar no Brasil teve início em 1919, quando surgiu o Serviço de



Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro, dedicado às áreas materno-infantil e de tisiologia. Neste período o país estava devastado por diversas epidemias (como peste e febre amarela). Deste modo, Carlos Chagas trouxe para o Brasil enfermeiras norte-americanas a fim de capacitar os profissionais brasileiros para trabalharem na erradicação das epidemias (DUARTE; DIOGO, 2000). Em 1949 é criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), primeiramente vinculado ao Ministério do Trabalho, e presente em vários estados, como Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí, Ceará, entre outros. Este foi o primeiro serviço planejado de assistência domiciliar do país e atendia tanto emergências quanto doenças crônicas (MENDES, 2001).

A assistência domiciliar brasileira começou a sua efetiva expansão a partir da década de 1990, através de hospitais públicos e privados, prefeituras, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, medicina de grupo, entre outros. Contudo, este crescimento ocorreu de forma tímida e com a prevalência do setor privado (FABRÍCIO *et al.*, 2004; FLORIANI; SCHRAMM, 2004; MENDES, 2006). No entanto, a Política Nacional de Saúde do Idoso, criada em 1999 pelo Ministério da Saúde através da Portaria n.º 1.395, representou um grande incentivo para o desenvolvimento da atenção domiciliar no âmbito do Serviço Único de Saúde - SUS.

Deste modo, em 2002 o Ministério da Saúde sancionou a Lei n.º 10.424, que estabeleceu a assistência domiciliar no SUS; sendo um marco no crescimento da assistência domiciliar (AD) no Brasil, e a difusão dessa modalidade por parte de prestação de serviços tanto na saúde pública quanto na saúde suplementar. A AD começou a fazer parte da pauta das discussões das políticas de saúde, que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

O termo AD é aplicado frequentemente a um tipo de atendimento que possui um sentido mais abrangente, chamado de *home-care*, envolvendo toda a rede de atendimento com uma gama de serviços prestados à saúde de forma conjunta: assistência médica, odontológica, de enfermagem e nutricional, que se destinam a oferecer suporte terapêutico ao paciente. Esses cuidados em conjunto variam desde os cuidados mais básicos, como de higiene, alimentação, até os cuidados que necessitam de toda tecnologia de equipamentos e aparato técnico profissional especializado (SUZELE, 2004).

A AD também atua de forma a complementar a abordagem paliativa, a fim de obter, dentro de seu alcance profissional, o cuidado que o paciente necessita. É neste contexto que

a fisioterapia domiciliar também pode atuar. Segundo a OMS, Cuidados Paliativos são uma abordagem que objetiva a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento, através da identificação precoce e avaliação impecável, tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais (OMS, 2010; SALDANHA; CALDAS, 2004).

A participação da fisioterapia no modelo de *home-care* é insuficiente para responder às necessidades atuais, relacionadas à mudança no perfil epidemiológico das doenças que acometem a nossa população (MENDES, 2001). Diante desta situação, é preciso investigar o perfil epidemiológico dos pacientes que recorrem à fisioterapia e a multiplicidade etiológica de suas patologias. Estratificando esta população em grupos de riscos, poder-se-à oferecer subsídios para prevenir agravos e incapacidades, e propor um plano de ação racionalizado, que considere os reais recursos e as reais necessidades, e, portanto, viabilize de forma efetiva o acesso da AD de fisioterapia à população.

O modelo de AD mais específico, envolvendo apenas um serviço, como é o caso da assistência domiciliar de fisioterapia (ADF), é um dos mais procurados pelos pacientes com incapacidades severas. Este modelo é utilizado por aqueles que não têm condições de se deslocar até a rede ambulatorial para fazer a sua série de fisioterapia. No caso dos pacientes que possuem uma estabilidade clínica suficiente, os demais serviços podem ser prestados em outras estruturas. É o caso da consulta médica, por ser um único atendimento, agendado e de forma espaçada; consegue-se então que a família leve o paciente até o ambulatório. Isto não é possível no caso de tratamento seriado de fisioterapia, realizado em curtos espaços de atendimento, em geral três vezes por semana, sendo a ida à clínica desgastante e inviável para o paciente.

Entretanto, na ADF o conceito multiprofissional é mantido: o paciente somente inicia o atendimento mediante um encaminhamento médico prévio, e em alguns casos, quando existem outras especialidades atuando no mesmo paciente (fonoaudiologia, nutrição, etc.), a abordagem de trabalho é em equipe, na forma de contato e na facilitação do uso do prontuário, uma via do qual fica na casa do paciente, estando acessível a todos os profissionais e familiares.

O ADF tem crescido na prestação exclusiva de fisioterapia devido à sua especial necessidade e por requerer uma dinâmica de gerenciamento diferenciada, baseada na frequência seriada semanal constante. Isto a diferencia dos demais atendimentos e a torna desgastante e onerosa. Diante disso, empresas de fisioterapia especializam-se no atendimento domiciliar, formando grupos que dão cobertura e mantêm o atendimento de

forma regional, agindo de forma particular ou em parceria com os convênios de saúde. Desta forma atendem à demanda por um custo bem menor do que as da AD do tipo *home care*, por viabilizarem apenas um serviço, o que acaba sendo mais viável para quem paga, e bem satisfatória em termos de atendimento de incapacidades funcionais, por tratar-se de um serviço especializado.

### **1.5 Atendimento Domiciliar de Fisioterapia (ADF)**

O ADF é uma estratégia ampla que objetiva desenvolver a funcionalidade nas pessoas, evitando a instalação de disfunção ou promovendo a recuperação e integração nas suas comunidades de pessoas portadoras de disfunções e incapacidade. A estratégia do ADF é dar apoio à rede ambulatorial e hospitais locais. O ADF assiste os pacientes restritos ao leito domiciliar que frequentemente não são capazes de cumprir ativamente o tratamento, necessitando de comandos e incentivos verbais mais constantes.

Enfatizando que mudanças positivas podem ser tentadas e executadas, (REBELATTO; MORELLI, 2004), o ADF emprega estímulos visuais, auditivos e vestibulares, com o intuito de facilitar o movimento ou a associação de duas tarefas simultaneamente. Somente por meio da repetição de ações voluntárias, com adequado alinhamento postural e equilíbrio, o paciente será capaz de armazenar e demonstrar aprendizado motor para habilidades funcionais que estavam tornando-se limitadas. Essa repetição funcional também possui a finalidade de reorganizar a maneira como o movimento é programado ou planejado (STOKES, 2000).

Dessa forma, há a necessidade de avaliação das atividades funcionais, observando especificamente as compensações ou estratégias adotadas pelos pacientes portadores ou não de doenças, para posteriormente selecionar a estratégia melhor adaptada a cada caso. Para que isso se torne possível, é imprescindível que o paciente esteja envolvido no plano de tratamento, ou seja, que ele aceite o tratamento, sendo de extrema importância o seu grau de motivação e o suporte familiar, principalmente no caso de incidência de déficits cognitivos.

Rebelatto e Morelli (2004) sugerem que, a fisioterapia mais intensa seja instituída precocemente, se possível ainda na internação hospitalar, para ser mais efetiva, e logo após, sem interrupção, ser estendida para o domicílio. Odenheimer (1998) e Góis e Veras (2007a) afirmam que muitos dos declínios neurológicos geriátricos podem ser revertidos ou estabilizados em menor tempo de tratamento quando a fisioterapia é precoce.

Conforme Góis (2005), das ações do ADF, destacam-se:

- promover a prevenção das disfunções, com manutenção da vida saudável e do bem-estar;
- dinamizar o serviço de assistência do SUS;
- melhorar a qualidade de vida da população em geral;
- melhorar a funcionalidade do paciente;
- oferecer tratamento pré e pós-operatório geral no domicílio do paciente, a fim de minimizar intercorrências;
- recuperar e/ou manter a funcionalidade da pessoa portadora de deficiência, prevenindo as disfunções de forma a otimizar a sua inserção no mercado de trabalho e a integração na vida comunitária;
- reduzir os custos com internações hospitalares (níveis de assistências secundárias e terciárias).

#### 1.5.1 Sobre a fisioterapia na saúde pública

Uma das principais dificuldades com respeito à inserção do fisioterapeuta na rede de saúde Pública tem a ver com a história da criação do curso, que apresentava um caráter reabilitador, com foco na atenção terciária. A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado principalmente à necessidade dessa atuação (RIBEIRO, 2002).

A avaliação funcional dos pacientes, com acompanhamento do profissional fisioterapeuta, torna-se essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado, que subsidiarão as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários (CIANCIARULLO *et al.*, 2002). A fisioterapia apresenta uma missão primordial de cooperação, mediante a nova realidade de saúde que se apresenta, e a assistência domiciliar de fisioterapia é imprescindível ao trabalho de atenção primária, da mesma forma que o é para a atenção terciária.

### 1.5.2 Sobre a fisioterapia no idoso

Segundo Wade (1992), a reabilitação é um processo educacional e de solução de problemas, cujo objetivo é a redução da incapacidade.

Os efeitos do ADF nos pacientes idosos decorrem de um programa de fisioterapia, onde destaca-se o retardo ou minimização da progressão das incapacidades e dos efeitos dos sintomas da doença, impedindo o desenvolvimento de complicações e deformidades secundárias, além de manter, ao máximo, as capacidades funcionais do paciente. Além disso, registra-se a melhora apresentada, quanto ao tônus, aos movimentos, a suas transições posturais e às reações reflexas. Por esse motivo, verifica-se a diminuição da limitação funcional motora e nos sistemas cardiovascular e respiratório, especialmente quanto ao trabalho diafragmático na expansão e na mobilidade torácicas, que são pontos chaves quando se trabalha a saúde funcional dos idosos (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 1993).

A conduta pode abranger exercícios de relaxamento, para aumento da amplitude de movimento e da mobilidade global, exercícios de fortalecimento, exercícios de coordenação neuromotora, exercícios respiratórios e treinamento da marcha (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 1993); Todos os exercícios fazem parte da conduta de cinesioterapia, que proporciona um melhor desempenho nas atividades da vida diária conservando a autonomia do paciente e, em casos menos graves, visa a manter, tão prolongadamente quanto possível, a atividade profissional e a vida social dos indivíduos. Destaca-se o uso da propriocepção, que é a estimulação sensitivo-motora em áreas paralisadas, que, associada a outras manobras, visam restituir parte ou integralmente o movimento perdido e, junto a ele, a independência funcional (CAMBIER; MASSON; DEHEN, 1999; ADAMS; VICTOR, 1996).

Os efeitos da fisioterapia na área neuromotora são amplamente empregados em neurologia, e usados para proporcionar controle motor ao paciente. Segue-se o princípio de "ação-reação", que resultará na reação desejada de movimento corporal, destacando-se o efeito na melhora do equilíbrio (STOKES, 2000). A Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva - FNP é um dos métodos mais utilizados em fisioterapia neurológica de tratamento no qual o fisioterapeuta, com as mãos, facilita para que o

paciente adquira padrões de movimento específicos (VOSS; IONTA; MEYERS, 1985; ADLER; BECKERS; BUCK, 1993).

Nos estudos de fisioterapia em idosos, McArdle, Katch e Katch (1992) mostraram que grande parte do progresso na recuperação funcional está na plasticidade do sistema muscular dos idosos, que é bastante semelhante à observada em adultos jovens, em resposta ao treinamento de força de alta intensidade; Roth *et al.* (1999) demonstrou que a capacidade de plasticidade neuromuscular está também preservada em idosos com idades superiores a 80 e 90 anos; finalmente, Skelton *et al.* (1995), após doze semanas de exercícios resistidos com intensidade moderada (uso de borracha elástica) em idosos com idade entre 76 e 93 anos, exibiram aumentos médios de 27% para a extensão do joelho, 22% para a flexão do joelho, e 4% para a força de preensão das mãos. Admite-se que, para as tarefas cotidianas, esses ganhos de força certamente determinaram a melhora da habilidade funcional desses indivíduos. Resultados semelhantes foram obtidos na pesquisa brasileira em hemiplégicos crônicos realizada por Teixeira-Salmela, *et al.* (2005). Os autores deste estudo verificaram que, para algumas tarefas cotidianas (como subir escadas, sentar-se e levantar-se rapidamente), esses ganhos de força determinaram a melhora da habilidade funcional desses indivíduos. Esses dados tornam óbvia a contribuição da fisioterapia no sentido de prover maior independência e autonomia, mesmo no idoso de idade mais avançada.

Após a alta da fisioterapia domiciliar, a atividade física em pacientes idosos deve ser encorajada, porém com cautela, pois, devido à coexistência em geral de mais de um diagnóstico, o paciente pode não conseguir exercer algumas das atividades físicas globais e ginásticas, exceto as "moderadas", sendo importante que o mesmo seja avaliado anteriormente, para eleger as atividades que lhe sejam adequadas. Entretanto, faz parte dos hábitos de uma vida saudável manter uma rotina habitual com exercícios funcionais breves e sem carga, necessários para a conservação da mobilidade articular e o treinamento dos reflexos de postura. Estes exercícios não oferecem perigo e permitem, igualmente, lutar contra a acinesia, treinando o paciente para os gestos da vida cotidiana e limitando os riscos de dependência. Esses exercícios podem ser oferecidos em serviços de fisioterapia ambulatorial (MANIDI; MICHEL, 2001).

### 1.5.3 As dificuldades de acesso ao atendimento domiciliar de fisioterapia (ADF)

A fisioterapia no Brasil não participa de forma expressiva das reuniões deliberativas e consultivas no âmbito da saúde pública ou privada, o que impede uma discussão do ADF no contexto da saúde funcional.

Além disso, mesmo com a política de saúde comprometida com a melhoria da saúde dos idosos, ainda é grande a dificuldade para o acesso ao ADF e para a garantia da continuidade do tratamento, seja na saúde pública, seja na saúde suplementar, o que dificulta a terapia e prejudica os resultados das intervenções. Todos estes pontos abordados contribuem definitivamente para aumentar ainda mais a magnitude do problema (GÓIS, 2005).

A dificuldade de acesso do paciente à rede de hospitais, ambulatórios e postos de saúde é uma realidade constatada pelos profissionais da fisioterapia domiciliar. Este problema é maior quando se trata de um idoso acamado, que necessita de transporte especial, carro ou táxi para sua locomoção, o que representa um custo elevado para a família. Assim, essa dificuldade de acesso é vista como um dos fatores que levam ao agravamento das doenças e incapacidades.

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta atualmente como estratégia o Plano Nacional de Saúde, traduzidos em objetivos, diretrizes e metas que possam responder às necessidades da população. Através desse Plano muitas das modalidades assistenciais podem ser priorizadas ou dinamizadas, de acordo com a necessidade de cada região do país e da população local (BRASIL, 2005). Com isso, cada gestor regional pode operacionalizar o Plano Nacional de acordo com a sua realidade local, mas para tal é fundamental que as definições das responsabilidades de cada ente governamental, de cada nível do Sistema e de cada serviço, estejam explícitas de modo a se produzirem ações integrais e consoantes com as necessidades das respectivas populações, promovendo a equidade social e facilitando assim o acesso da população local ao ADF.

#### 1.5.4 O programa de atendimento domiciliar de fisioterapia (ADF)

O programa de tratamento de ADF não deve ser confundido com alguns programas da assistência domiciliar que incluem a visita do fisioterapeuta. Essas visitas são válidas no sentido educacional e de orientação familiar, mas não têm função de tratamento, devido à falta de regularidade de atendimento, que impossibilita a realização de um programa terapêutico e os controles funcionais.

O programa de tratamento de ADF consiste em um bloco contendo, na abertura: uma avaliação inicial + 10 sessões (seriadas, em torno de três vezes por semana) + uma revisão final, todas realizadas pelo fisioterapeuta escalado. No caso de ter que se dar continuidade ao tratamento, o novo bloco deve conter necessariamente: 10 sessões (seriadas, em torno de três vezes por semana) + uma revisão final. Somente será necessária nova avaliação no caso de mudança do fisioterapeuta ou interrupção do tratamento por mais de 15 dias.

As sessões de fisioterapia domiciliar são aplicadas após uma avaliação inicial feita pelo próprio fisioterapeuta, que irá elaborar o seu programa de tratamento, onde estará designada a frequência do tratamento, que em geral é de três vezes por semana no mínimo, conforme recomendado pela literatura para que se possa buscar uma evolução terapêutica. Isto porque o mecanismo de reaprendizagem e resposta funcional precisa de intervalos de tempo que não podem ser longos, o que comprometeria a memória da aprendizagem neuromotora; Por esta razão, o uso de fisioterapia domiciliar duas vezes por semana está restrito a casos em que o tratamento é de manutenção, ou seja, quando o paciente não apresenta mais ganhos, a resposta terapêutica está estacionada e seu quadro é estável clinicamente. Deve-se ressaltar que quanto mais recente a lesão, maiores são os resultados; por este motivo, as sessões mais intensivas são remendadas logo de início (REBELATTO; MORELLI, 2004). Ou seja, inicialmente, se possível ainda no hospital, aplicar o tratamento diário, e ir espaçando ao longo da internação, chegando no domicílio ao atendimento de 3 vezes por semana.

A duração de cada sessão é em média de 1 hora. Recomenda-se o uso de reavaliação do programa terapêutico a cada 10 sessões, o que é realizado pelo próprio fisioterapeuta. O programa de tratamento de fisioterapia no ambiente em que ocorrem as atividades diárias aumenta a relevância da contribuição fisioterapêutica na realidade



específica de cada paciente. Ou seja, o fisioterapeuta, no domicílio do paciente, consegue identificar melhor suas prioridades e necessidades funcionais pessoais, como também auxilia nas escolhas mais apropriadas de arranjos facilitadores para a realização de algumas tarefas com maior independência (BANKS; CAIRD, 1989; BANKS, 1991).

Outros fatores, segundo Góis (2005), que são levados em consideração pelos fisioterapeutas no tratamento de fisioterapia domiciliar são:

- O tratamento deverá coincidir com períodos de máxima eficácia dos fármacos, e as sessões de tratamento seriam monitorados quanto ao efeito sobre os níveis de fadiga.
- O conteúdo do programa doméstico e o nível de cooperação precisam de revisões regulares, em especial quando há déficit cognitivo.
- As informações do atendimento (prontuário) e a assessoria dos serviços locais de saúde devem estar disponíveis aos pacientes.
- Pode ser necessário equipamento (andador, cadeiras de rodas, muletas, etc.) para apoiar atividades como banhos, vestir-se e comer.
- A intervenção fisioterapêutica domiciliar pode requerer um plano de tratamento individualizado e específico, de modo a abranger a depressão e a deterioração cognitiva precoce.
- A intervenção fisioterapêutica domiciliar pode requerer um plano de tratamento individualizado e específico, de modo a atender as estruturas diferenciadas do ambiente domiciliar e familiar do paciente.

Nesse contexto, o ADF praticado em idoso de maneira regular, cíclica, evolutiva, sem interrupções, em caráter definido, alterando as atividades de acordo com o processo de evolução da doença e da necessidade específica do paciente; tende a ter resultados significativos na parte funcional, e principalmente na melhoria da qualidade de vida.

### 1.5.5 Da legalidade da fisioterapia e do Estado em prover os serviços de fisioterapia

A fisioterapia foi criada em 13 de outubro de 1969 pelo Decreto-lei nº 938 (Brasil, 1969). Em 1975 foram criados o Conselho Federal (Coffito) e as Regionais de Fisioterapia (Crefitos), com a incumbência de fiscalizar o exercício dessa profissão (Lei nº 6.316/75). Os atos privativos e a regulamentação dessa profissão estão estabelecidos em resoluções do Coffito (BRASIL, 1975). Em especial, são atividades privativas do fisioterapeuta: “executar métodos e técnicas fisioterapêuticos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”, conforme o art.3º do Decreto-lei nº 938/69 (Brasil, 1969).

Conforme o Art. 3º da Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, que Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, o fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, está capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Esse profissional detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade. Ele é capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação (BRASIL, 2002). Conclui-se, assim, que o fisioterapeuta possui todos os conhecimentos indispensáveis para o atendimento domiciliar.

A Constituição Federal e a Constituição do Estado do Rio de Janeiro, a Lei Orgânica dos Municípios e as leis que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) declaram que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Conforme o art. 2º da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, “*a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*” (grifo nosso). Nessa lei fica também estabelecido que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e

de outros agravos, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

O artigo 4º da mesma Lei dispõe que o Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990).

Dentre as competências da rede suplementar de saúde a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), destaca-se o estabelecimento de parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras. Conforme a Lei 9.961/2000, na estrutura da ANS a Câmara de Saúde Suplementar é de caráter consultivo e tem como principal objetivo promover a discussão de temas relevantes para o setor de saúde suplementar no Brasil, além de dar subsídios às decisões da ANS. A Câmara é formada por um representante de cada órgão e entidade. Entre os Conselhos profissionais que participam, estão o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Federal de Odontologia e o Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2000). Desta forma, o Conselho de Fisioterapia não participa da Câmara de Saúde Suplementar; além disso, em seu rol de procedimentos, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, não é contemplada a fisioterapia domiciliar. Mas, a ANS prevê que, nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, ela deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes (ANS, 2010).

A Lei Orgânica de qualquer município estabelece que a saúde é direito de todos e dever do município, assegurado mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem à prevenção e/ou eliminação do risco de doenças e outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A assistência domiciliar e internação domiciliar segue as seguintes legislações:

- A Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento de serviços correspondentes, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

- A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar e define os seguintes termos (ANVISA, 2006):

Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, *tratamento de doenças* e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

Assistência domiciliar: *conjunto de atividades* de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

Internação domiciliar: *conjunto de atividades* prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

No entanto, todas essas definições parecem estar atreladas a uma assistência mais complexa, incluindo várias especialidades, o que não se aplica ao serviço estudado. Em outubro de 2006, o Ministério da Saúde lançou a Portaria n.º 2.529, que instituiu a internação domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2006 b). Em abril de 2007, por ocasião do I Seminário Internacional de Atenção Domiciliar, realizado na cidade do Rio de Janeiro, essa Portaria foi discutida pelos profissionais de saúde que trabalhavam na atenção domiciliar. Dessa discussão surgiram várias sugestões de modificação, uma vez que, em vários aspectos, a Portaria foi julgada inadequada. Isto demonstra claramente que a atenção domiciliar encontra-se em processo de desenvolvimento.

Diante do exposto, fica claro que o município que necessite dos serviços de fisioterapia domiciliar pode priorizar essa atenção em forma de programa local. Ao ofertar os serviços de fisioterapia, o gestor público promove a saúde e o bem-estar da população e reduz os custos hospitalares e os da dependência.

Espera-se que no futuro cada cidade e região do Brasil possa oferecer o ADF de qualidade e gratuito; e, da mesma forma, na rede suplementar de saúde que todos os

convênios possam disponibilizar esse atendimento a todos os seus usuários, revendo os critérios de limites de autorização, ampliando-os para oferecer um tratamento adequado e usufruir dos ganhos desse resultado.

## **1.6 A Fisioterapia Geriátrica no Contexto de Humanização**

Os diferentes valores históricos, culturais e psicológicos do envelhecimento são de grande influência na terapêutica da fisioterapia domiciliar. Somente através desse contato o profissional terá o conhecimento do mundo e dos valores que cercam estes idosos, possibilitando assim que construa uma proposta de reabilitação humanizada, com as técnicas mais apropriadas voltadas realmente para o idoso, e não somente para a doença, fazendo frente à complexidade dos fatores envolvidos (GÓIS, 2005).

Compreender e assumir a doença como circunstância torna-se um passo fundamental para se comunicar com o mundo. “O mundo é não aquilo que eu penso, mas aquilo que eu vivo; estou aberto ao mundo, comunico-me indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 14). É preciso compreender que a limitação funcional é uma circunstância da vida, sendo importante assumir esta circunstância. “Eu sou eu e minha circunstância, e se não a salvo, não me salvo.” (ORTEGA Y GASSET, 1947, v. I, p. 322). Dentro desse pensamento, o homem atinge o máximo de sua capacidade quando adquire plena consciência de sua circunstância, e através dela se comunica com o mundo.

Neste processo da consciência na busca dessa circunstância, o fisioterapeuta deverá estar cômico desse propósito. Por isto, os idosos têm poder de decisão sobre sua circunstância. Para Ortega y Gasset, o homem está inserido em sua circunstância, podendo aceitá-la ou não, e modificá-la, pois ele tem poder de decisão sobre ela. (ORTEGA Y GASSET 1947, v. IV, p. 170).

Percebendo a limitação funcional como circunstância, o profissional fisioterapeuta deve auxiliar na conscientização funcional do paciente e mostrar as formas como ele pode continuar a se relacionar no mundo em que está inserido com suas limitações. Para Merleau-Ponty (1999), “o corpo é o veículo do ser no mundo” (p.122), “Quer se trate do corpo do outro ou de meu próprio corpo, não tenho outro

meio de conhecer o corpo humano senão vivê-lo, quer dizer, retomar por minha conta o drama que o transpassa e confundir-me com ele” (p. 269). Ter um corpo, para o autor, torna mais fácil o relacionamento com as outras pessoas e com o mundo.

O profissional de fisioterapia pode demonstrar para o idoso, através das suas condutas fisioterapêuticas, que assumir algumas de suas limitações como presentes irá liberá-lo da angústia, desembaraçando-o de ressentimentos, para se dedicar ao presente e, enfim, poder decidir por um caminho autêntico. Através desse processo haverá a possível aceitação, e então estará o idoso pronto para colaborar interativamente, com sua vontade e seu empenho, o que é imprescindível para um tratamento eficiente. Nesse sentido, as condutas fisioterapêuticas serão valorosas, pois foram identificadas anteriormente pelo fisioterapeuta, que utilizou-se de sua intencionalidade profissional operante para praticá-las positivamente. Com isto pode-se dizer que seu atendimento é humanizado, pois ele agregou o sentido de valor (valor humano) à sua técnica.

Em termos práticos, deve o profissional de fisioterapia ter em mente que o exercício terapêutico, além de promover a reabilitação funcional, trabalho físico ao corpo e saúde aos idosos, deve ser também um meio preventivo de deformidades e de deficiências, atuando na manutenção ou resgate da independência em suas AVDs e impedindo assim a sua segregação no mundo em que estão inseridos. Isto pode levar o idoso a perceber a doença como problema existencial, e o exercício terapêutico, além de ser um elemento de recuperação, pode também estimular a sua autoconfiança, sua autoestima, impulsionar mudanças de comportamento e cumprir outras finalidades que transcendam a melhoria puramente física (GÓIS, 2005).

O fisioterapeuta, primeiramente, deve procurar ver o paciente em uma perspectiva de vida existencial, em uma realidade sócio-histórica, contida em uma temporalidade, as quais giram em torno de uma circunstancialidade e praxidade axiológica de corporeidade e de motricidade. Vida existencial expressa em um corpo numa circunstância de estar num processo de envelhecimento fisiológico, com suas conseqüências, e que deverá buscar uma vida autêntica que remova, na medida do possível, a dependência de suas AVDs e o distanciamento do mundo em que está inserido.

Através dos valores morais, que o fisioterapeuta, ao tratar seu paciente, o faça sempre e simultaneamente como um fim, e não simplesmente como um meio. Dessa forma, ele irá tratar não a doença, e sim o idoso, e a partir da historicidade e

dialeticidade existente entre fisioterapeuta e paciente revela-se um contexto humanizado das condutas fisioterapêuticas. Isto porque a consciência do seu corpo se tornou representativa de um valor humano, concebido como um projeto constante em sua infinita e inacabada condição de ser-história, de fazer e refazer a própria circunstância, ou seja, de vir a ser.

Assim sendo, a condição de consciência de corpo idoso, que se mantinha restrita ao valor biológico, foi delongada para a vertente fenomenológica, ou seja, para os valores morais e sócio-históricos em uma perspectiva de vida existencial. O que, por sua vez, trouxe a condição de "humano" para as concepções do envelhecimento e da terapêutica de fisioterapia.

## **2 MATERIAL E MÉTODOS**

O presente estudo foi elaborado mediante a consideração das etapas necessárias ao desenvolvimento de uma pesquisa de epidemiologia, conforme estipuladas por Pereira (2002).

Trata-se de uma pesquisa descritiva que, para atingir os objetivos enunciados, procura levantar as variáveis consideradas importantes na determinação do perfil epidemiológico dos pacientes de um serviço de fisioterapia domiciliar.

### **2.1 Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos da pesquisa são os pacientes com incapacidade de locomoção atendidos pelo Centro de Fisioterapia Domiciliar, situado na Rua Alexandre Calaza nº 256, no Bairro do Grajaú, Município do Rio de Janeiro / RJ. Foi escolhido este Centro devido ao fato de seus prontuários (Anexo A, B e C) contarem com pareceres fisioterapêuticos periódicos e padronizados, pela abrangência da área de atendimento (área de moradia dos pacientes) e também pela diversidade dos assistidos (pacientes particulares e pacientes com planos de saúde), adequando-se, assim, aos propósitos deste estudo.

A amostra da pesquisa constituiu-se dos 1.203 pacientes atendidos no período de 1º de janeiro de 1999 a 1º de janeiro de 2009. Nenhum prontuário referente a este período foi excluído da amostra representando a totalidade dos pacientes atendidos pelo Centro de Fisioterapia Domiciliar.



## 2.2 O Centro de Fisioterapia Domiciliar

O Centro de Fisioterapia Domiciliar, fonte dos dados da presente pesquisa, possibilitou o acesso a livros, registros e reuniões da empresa, além da consulta dos prontuários. Desta forma, as informações aqui reunidas poderão servir de base para a criação e desenvolvimento de outros serviços, a partir de uma experiência com bons resultados no atendimento de reabilitação.

**Diretores:** Dois diretores, com a seguinte formação: um administrador o outro fisioterapeuta.

**Clientela:** Serviço criado para o atendimento domiciliar de fisioterapia aos portadores de incapacidade funcional severa. O atendimento é realizado através de parcerias com alguns convênios de saúde, e particularmente.

**Número do público assistido:** O Centro já beneficiou mais de 4.000 pacientes.

**Área de atuação:** Estado do Rio de Janeiro, sendo a grande maioria dos pacientes do Município do Rio de Janeiro.

**Descrição do serviço:** É um programa voltado aos portadores de restrições físicas severas que impedem ou que inviabilizam o seu deslocamento até uma rede de atendimento ambulatorial próxima. A fisioterapia é uma terapia seriada, que nestes casos tem como objetivo a reabilitação funcional (quando é possível, exemplo: Pós operatório de fratura de fêmur), mas principalmente na ação de impedir o atrofiamento e o colapso de funções vitais ocasionados pela inatividade física severa. Nos casos crônicos, a fisioterapia propicia a melhora na qualidade de vida, diminuindo o número de internações e de maiores complicações de saúde neste idoso.

O programa atende o paciente em seu domicílio, diariamente ou duas a três vezes por semana, conforme recomenda a literatura para uma assistência de fisioterapia adequada. O tratamento é sempre realizado pelo mesmo profissional (graduado em

fisioterapia e qualificado conforme a necessidade do atendimento), que promove, além da assistência domiciliar, a humanização no serviço de saúde, o que é propiciado pela aproximação do profissional com o contexto domiciliar; a frequência rotineira dos atendimentos permite ao profissional atuar em nível de aconselhamentos e em mudança de hábitos de vida saudável de forma mais efetiva, tanto para o paciente quanto para a sua família; o contexto domiciliar permite ainda ao profissional a escolha mais acertada do melhor arranjo funcional para o paciente.

Para assegurar a qualidade técnica do serviço é realizada uma avaliação a cada 10 sessões, com um parecer fisioterapêutico e um novo encaminhamento ao convênio de saúde do paciente ou ao médico solicitante; para reiniciar nova etapa de 10 sessões de fisioterapia mais uma nova solicitação médica, se for o caso e, a autorização do plano de saúde. A escolha do profissional, assim como a troca do profissional (fisioterapeuta), é realizada obedecendo a um protocolo interno da empresa, voltado para a satisfação do assistido e para a qualidade do serviço.

Em poucos casos são realizados pedidos médicos de renovação de fisioterapia de 20 em 20 sessões, mas são casos que estão relacionados a pacientes em estágio crônico de restrição ao leito, em tratamento fisioterapêutico por longo período e sem prognóstico de alta.

A reavaliação, na maioria das vezes, é realizada por um supervisor de atendimento, que é também fisioterapeuta, com mais experiência. Seu papel principal é confirmar se o paciente está satisfeito com o atendimento, verificar se a resposta ao programa de tratamento elaborado está a contento e em casos que sinta necessidade intervir para melhorar a qualidade do atendimento e, sendo habitual a troca do fisioterapeuta quando assim terapeuticamente for indicado. A equipe é preparada para quando assim acontecer não haver ressentimentos nem constrangimentos.

**Motivo pelo qual o serviço de fisioterapia domiciliar foi implantado:** Este serviço foi implantado devido ao aumento dos pedidos que a clínica recebia para o atendimento domiciliar. Desde a sua fundação: 1994, o atendimento aos pacientes se realizava apenas na própria sede da empresa. Em 1996 começaram as solicitações de fisioterapeutas para atender em residências próximas. Como eram poucas, o fisioterapeuta que tivesse interesse assumia o atendimento de forma pessoal. Com o tempo esses pedidos foram se tornando rotineiros e cada vez em maior número,

obrigando a empresa a se estruturar para fornecer essa modalidade de atendimento. Logo após, alguns planos de saúde manifestaram interesse em estabelecer parceria para atendimento de sua clientela, e assim se deu a expansão desse serviço. Mas, alguns planos ainda não cobrem a fisioterapia domiciliar, e outros cobrem mas colocam limites na quantidade de autorização, o que muitas das vezes prejudica a evolução do paciente.

**Como é desenvolvido o serviço de fisioterapia domiciliar:** A assistência é desenvolvida em todo o Rio de Janeiro. A empresa dispõe de uma equipe com profissionais graduados devidamente cadastrados, e segundo o protocolo interno é escalado o profissional adequado para iniciar o tratamento. Cada paciente assistido tem o seu prontuário, que fica em sua casa; uma outra via fica na sede da empresa, estando disponível aos familiares, aos planos de saúde, e aos outros profissionais. Dessa forma, todos os envolvidos podem acompanhar estes atendimentos de forma simultânea.

**Quais os resultados e as metas alcançadas:** Verifica-se pelo funcionamento do serviço que o atendimento domiciliar atende de forma mais abrangente as necessidades específicas das doenças crônicas, especialmente as sequelas de AVC e fraturas. Os efeitos observados com o tratamento de fisioterapia domiciliar vão além da melhora das restrições funcionais e dos agravos das doenças. Constata-se também a diminuição das internações e uma maior satisfação em saúde.

**Quanto às metas alcançadas:** A ampliação do serviço; teve uma ampliação rápida da área geográfica do atendimento, que iniciou de forma tímida nas Zona Norte e Sul, atingindo atualmente toda as regiões do Rio de Janeiro e de alguns municípios que compõem o Grande Rio, devido o aumento progressivo da procura deste serviço.

**Potencial inovador da experiência no campo da gestão:** O contrato do fisioterapeuta se dá respeitando a seleção curricular. Existe preferência por aqueles que, além do curso de graduação, que prepara para o atendimento neuromotor, possuem curso de especialização em respiratória, e contrata-se fisioterapeutas que morem preferencialmente na área do atendimento. É considerada a contratação de fisioterapeutas que residam próximo do paciente, e até mesmo na mesma comunidade,

para reduzir as despesas, o tempo de deslocamento e, principalmente, os riscos em locais considerados perigosos.

Para que se tenha um serviço de qualidade por um valor mais acessível é importante tomar as seguintes condutas operacionais. Cada supervisor fica em média com 10 fisioterapeutas, e cada fisioterapeuta atende no mínimo 6 pacientes por mês. O supervisor é o único com uma área delimitada (exemplo: um supervisor para a Zona Sul, um para a Zona Norte, um para a Zona Oeste, etc); em caso de algum afastamento, o supervisor de outra área responderá momentaneamente pelo supervisor ausente.

**Quais as perspectivas futuras?** Participar da construção de uma assistência de saúde mais inclusiva, em que todos possam ter o direito ao atendimento de fisioterapia domiciliar.

### 2.3 Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi realizada de forma padronizada, procurando manter inclusive a linguagem utilizada pelos profissionais nos 1.203 prontuários analisados.

As variáveis estudadas foram: idade, sexo, bairro de moradia, diagnóstico (doença), tempo do diagnóstico principal, nível de limitação, tipo de fisioterapia aplicada, objetivo do tratamento, tempo de tratamento e nível de melhora com o tratamento aplicado.

- **Idade:** Dado retirado do prontuário na parte de identificação que refere a idade do paciente ao iniciar o tratamento. A idade, ao ser utilizada nos testes de comparação e de frequência, foi agrupada em grupos etários de 10 em 10 anos.
- **Sexo:** Dado retirado do prontuário na parte de identificação.
- **Bairro de moradia:** Dado retirado do prontuário na parte de identificação. Devido à grande quantidade de bairros do Município do Rio de Janeiro, seguiu-se a divisão em regiões Administrativa

estabelecida pela Prefeitura do Rio de Janeiro (Quadro 3), agrupando essas regiões em grupos de 10. Além dos bairros do Município do Rio de Janeiro, foram registrados pacientes domiciliados em Niterói, Nova Iguaçu, Duque de Caxias e São Gonçalo, municípios integrantes da região denominada Grande Rio.

- **Diagnóstico:** Dado retirado do prontuário na parte reservada ao diagnóstico clínico. Tendo se observado que a maioria dos prontuários relatava mais de um diagnóstico, devido à presença de comorbidades, foi considerado apenas o diagnóstico principal, o diagnóstico de base utilizado no encaminhamento médico para a fisioterapia domiciliar. Quando este dado não estava claro no prontuário, foram verificadas as folhas de autorização dos convênios e / ou pedidos médicos para a fisioterapia.
- **Tempo do diagnóstico principal:** Dado retirado do prontuário na parte de Tempo de Lesão do diagnóstico. Este dado refere-se ao tempo do diagnóstico principal verificado na data do início do tratamento.
- **Nível de limitação:** Dado retirado do prontuário na parte de Incapacidade. Este dado refere-se ao nível de lesão encontrado na data do início do tratamento. Na coleta foram adotados os critérios apresentados no Quadro 4 para a classificação deste dado.
- **Tipo de fisioterapia aplicado:** Dado retirado do prontuário na parte de Tratamento liberado. Este dado refere-se ao tipo de fisioterapia encontrado na data do início do tratamento, que é confirmado com a folha de parecer. Em caso de discordância prevalece sempre a folha de parecer, por ser um relatório profissional do tratamento realizado enquanto que a folha de avaliação se refere a um atendimento que deverá ocorrer.

Quadro 3 - Relação dos Bairros de cada Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro

<b>Região Administrativa</b>	<b>Bairros</b>
I Região Administrativa- Portuária	Caju, Santo Cristo, Saúde e Gamboa.
II Região Administrativa – Centro	Aeroporto, Castelo, Centro, Fátima, Lapa e Praça Mauá.
III Região Administrativa – Rio Comprido	Catumbi, Cidade Nova, Estácio e Rio Comprido.
IV Região Administrativa - Botafogo	Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá e Laranjeiras.
V Região Administrativa - Copacabana	Copacabana e Leme.
VI Região Administrativa - Lagoa	Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Leblon, São Conrado e Vidigal.
VII Região Administrativa - São Cristóvão	Benfica, São Cristóvão, Triagem e Vasco da Gama.
VIII Região Administrativa - Tijuca	Alto da Boa Vista, Praça da Bandeira e Tijuca.
IX Região Administrativa - Vila Isabel	Andaraí, Grajaú, Maracanã e Vila Isabel.
X Região Administrativa - Ramos	Bonsucesso, Olaria e Ramos.
XI Região Administrativa - Penha	Brás de Pina, Penha e Penha Circular.
XII Região Administrativa - Inhaúma	Del Castilho, Engenho da Rainha, Inhaúma, Higienópolis, Maria da Graça e Tomaz Coelho
XIII Região Administrativa - Méier	Abolição, Água Santa, Cachambi, Consolação, Encantado, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio Correia, São Francisco Xavier e Todos os Santos
XIV Região Administrativa - Irajá	Colégio, Irajá, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.
XV Região Administrativa - Madureira	Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcante, Engenheiro Leal, Honório Gurgel, Madureira, Marechal Hermes, Osvaldo Cruz, Quintino Bocaiuva, Rocha Miranda, Turiaçu e Vaz Lobo
XVI Região Administrativa - Jacarepaguá	Anil, Curicica, Freguesia, Gardênia Azul, Jacarepaguá, Pechincha, Praça Seca, Tanque, Taquara e Valqueire
XVII Região Administrativa - Bangu	Bangu, Gericinó, Padre Miguel, Santíssimo (Bangu) e Senador Camará.
XVIII Região Administrativa - Campo Grande	Campo Grande, Cosmos, Inhoaíba e Senador Augusto Vasconcelos.
XIX Região Administrativa - Santa Cruz	Paciência e Santa Cruz
XX Região Administrativa - Ilha do Governador	Bancários, Cacua, Cidade Universitária, Cocotá, Freguesia (Ilha), Galeão, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Moneró, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ribeira, Tauá e Zumbi.
XXI Região Administrativa - Paqueta	Paqueta
XXII Região Administrativa - Anchieta	Anchieta, Guadalupe, Parque Anchieta e Ricardo de Albuquerque.
XXIII Região Administrativa - Santa Teresa	Santa Teresa.
XXIV Região Administrativa - Barra da Tijuca	Barra da Tijuca, Camorim, Grumari, Itanhangá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.
XXV Região Administrativa - Pavuna	Acari, Barros Filho, Coelho Neto, Costa Barros, Parque Colúmbia e Pavuna.
XXVI Região Administrativa - Guaratiba	Barra de Guaratiba, Guaratiba, Pedra de Guaratiba e Sepetiba
XXVII Região Administrativa - Rocinha	Rocinha
XXVIII Região Administrativa - Jacarezinho	Jacarezinho e Vieira Fazenda.
XXIX Região Administrativa - Complexo do Alemão	Complexo do Alemão.
XXX Região Administrativa - Maré	Baixa do Sapateiro, Conjunto Pinheiros, Marclio Dias, Maré, Nova Holanda, Parque União, Praia de Ramos, Roquete Pinto, Rubens Vaz, Timbaú, Vila do João, Vila Esperança e Vila Pinheiro.
XXXI Região Administrativa - Vigário Geral	Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas e Vigário Geral.
XXXII Região Administrativa -	
XXXIII Região Administrativa - Realengo	Campo dos Afonsos, Cordovil, Deodoro, Jardim América, Magalhães Bastos, Parada de Lucas, Realengo, Sulacap e Vigário Geral, Vila Militar
XXXIV Região Administrativa - Cidade de Deus	Cidade de Deus

Fonte: Rio de Janeiro (Prefeitura), 2009 b.

Quadro 4 - Classificação dos níveis de dependência

<b>Classificação utilizada no prontuário</b>	<b>Classificação utilizada na pesquisa</b>	<b>Observações</b>
Deambula livre	Deambula sem dependência	Manteve a mesma classificação
Cadeirante	Cadeirante	Manteve a mesma classificação
Restrito ao leito - deambula com apoio	Restrito ao leito - Dependente para deambular	Manteve a mesma classificação
Restrito total ao leito	Restrito ao leito- Total	Manteve a mesma classificação

- **Objetivo do tratamento:** Dado retirado do prontuário na parte de objetivo do tratamento. Segue a lista dos principais objetivos registrados pelos fisioterapeutas:

Alongamento e fortalecimento muscular

Treino de marcha e equilíbrio

Melhora da função respiratória

Reeducação Neuromotora treino de AVDS e propriocepção

Analgesia / retorno vascular / manter qualidade de vida no leito

Estabilização dos sinais vitais (pacientes com instabilidade clínica, por exemplo, recémoperados e os recentes de internações).

Liberação de aderências e/ou desbloqueios articulares (nos pacientes totalmente acamados)

Retorno da contração muscular perdida

Fechamento de escaras

Retorno de parte dos movimentos perdidos

Retorno do equilíbrio perdido.

Retorno da coordenação motora perdida

Ausência da fadiga muscular em mínimos esforços

- **Tempo de tratamento:** Dado retirado do prontuário na parte de identificação e da folha de evolução. Para a coleta desse dado, verificou-se a data da avaliação (1º dia de atendimento) e a data do último atendimento descrito na folha de evolução (data considerada como último atendimento), e realizou-se o cálculo do tempo ocorrido entre ambas.
- **Nível de melhora com o tratamento aplicado:** Dado retirado do prontuário na folha de parecer, na parte de índice de resposta ao tratamento realizado. Na coleta foram adotados os critérios apresentados no quadro 5 para a classificação deste dado.

Quadro 5 – Classificação dos níveis de melhora com o tratamento aplicado

Classificação utilizada no parecer	Classificação utilizada na pesquisa:	Observações
0% - Não obteve melhora, internações e interrupções	Não obteve melhora (óbitos, internações e interrupções)	Para esta pesquisa, foram incluídos nesta classificação os óbitos, pois devido a seu pequeno total não caberia representá-los separadamente.
25% - Pouca melhora	Nível 1 Pequena melhora	Manteve a mesma classificação
50% - Boa melhora	Nível 2 Boa melhora	Manteve a mesma classificação
75% - Grande melhora	Nível 3 Grande melhora e alta	Para esta pesquisa, foram incluídos nesta única classificação os de grande melhora, preparo para alta e alta domiciliar para melhor tabulação dos dados e porque quando chegam ao nível de grande melhora muitos pacientes vão para o ambulatório não esperando o preparo para a alta do domicílio.
90% - Preparo para alta		
100 % Alta domiciliar		

É importante assinalar que a classificação registrada pelos fisioterapeutas seguiu os critérios apresentados no quadro 6.



Quadro 6 – Critérios que determinaram a classificação dos níveis de melhora com o tratamento aplicado

Classificação utilizada no parecer	Critério
0% - Não obteve melhora, internações e interrupções	Não obteve resposta em nenhum dos objetivos traçados para o tratamento ou no caso do paciente ter feito menos de 10 sessões.
25% - Pouca melhora	Obteve resposta menos da metade dos objetivos traçados para o tratamento, ou em pelo menos parte de um dos objetivos traçados para o tratamento
50% - Boa melhora	Obteve resposta a metade ou mais da metade dos objetivos traçados na avaliação inicial.
Grande melhora e alta domiciliar	Obteve resposta em quase todos os objetivos traçados para o tratamento. Está em preparo para a rede ambulatorial ou está de alta domiciliar e reabilitacional.

## 2.4 Tratamento Estatístico

Os dados coletados foram organizados e trabalhados de acordo com os métodos da estatística descritiva, visando chegar a uma visão global da tendência central, variações de frequência e dispersão das variáveis envolvidas.

A análise comparativa utilizou o teste Qui-quadrado de Pearson e o linear para as tendências estudadas. Todos os cálculos foram efetuados usando o *software* estatístico SPSS 16.0. A utilização do teste linear tem por objetivo evidenciar se existe relação entre duas ou mais variáveis, isto é, saber se as alterações sofridas por uma das variáveis são acompanhadas por alterações nas outras (TRIOLA, 2005).

Para a tabulação dos dados com a finalidade do uso do programa estatístico SPSS, foi feita a transformação das informações em números. Para tal, foram definidas as classificações das variáveis e criados os códigos apresentados no Quadro 7.

Como se observa no Quadro 7, as variáveis de natureza contínua quantitativa foram reunidas em agrupamentos (*clusters*), no sentido de tratá-las segundo uma ótica qualitativa, haja vista as significativas amplitudes observadas. Dentre as variáveis quantitativas aqui consideradas, temos: a Idade (anos); Tempo do Diagnóstico (anos) e Tempo de Permanência no Tratamento (meses) estas foram feitas a média e o desvio Padrão (TRIOLA, 2005).

Quadro 7 - Relação dos códigos das variáveis

Variável	Sigla	Códigos	Classificação
Grupo Etário	GE	0	Até 59 anos
		1	60 a 69 anos
		2	70 a 79 anos
		3	80 a 89 anos
		4	90 anos ou mais
		???	*Indeterminados (Missing)
Sexo	sexo	0	Masc
		1	Fem
Bairros	Bairros	0	RA I até RA X
		1	RA XI até RA XX
		2	RA XXI até RAXXXIV
		3	Niterói, N Iguaçú Duque de Caxias, São Gonçalo.
		???	*Indeterminado (Missing)
Diagnóstico	Diagnóstico	0	AVC
		1	Poliartralgias / osteoporose
		2	Fraturas
		3	Doenças Cardio-Respiratórias
		4	Traumato ortopédico vascular e Pós operatório
		5	Dist. Psico neuro motor e Neoplasias
		???	*Indeterminado
Tempo que possui a doença do início do tratamento	TPD	0	Até 1 ano (do início do tratamento)
		1	De 2 até 4 anos (do início do tratamento)
		2	5 anos ou mais (do início do tratamento)
		???	*Indeterminado (Missing)
Nível de limitação	ND	0	Restrito ao leito - Total
		1	Restrito ao leito - Dependente para deambular
		2	Cadeirante
		3	Deambula sem dependência
		???	*Indeterminado (Missing)
Tipo de Tratamento	TT	0	Motor
		1	Motor e Respiratório
		2	Respiratório
		3	Cardíaco-motora e Cardíaco-respiratório
		???	*Indeterminado (Missing)
Objetivo do Tratamento	OT	0	Alongamento e fortalecimento muscular
		1	Treino de marcha e equilíbrio
		2	Melhora da função respiratória
		3	Reed.neuro motora e treino de AVDS
		4	Analgesia, retorno vascular e qualidade de vida em leito
		???	*Indeterminado (Missing)
Tempo de permanência no tratamento	TPT	0	Até 3 meses de tratamento
		1	De 4 meses a 1 ano de tratamento
		2	Mais de 1 ano de tratamento
		???	*Indeterminado (Missing)
Nível de melhora com o tratamento	NMT	0	Nível 1 Pequena melhora
		1	Nível 2 Boa melhora
		2	Nível 3 Grande melhora e alta
		3	Não obteve melhora (óbitos, internações e interrupções)
		???	*Indeterminado (Missing)

\*Os prontuários não traziam essa informação.

Duas classificações derivadas de variáveis foram analisadas separadamente, constituindo novas variáveis para dar uma ordem sintética aos resultados observados. São elas: “Grande melhora e alta” e “Restrição ao leito- total”, onde observou-se a frequência com e sem o evento associadas com as demais variáveis conforme mostra o Quadro 8.

Quadro 8 - Relação dos códigos das classificações analisadas separadamente

Nova Variável	Sigla	Códigos	Classificação
Grande melhora e alta	GM	0	Demais
		1	Com grande melhora e alta
Restrição ao leito- total	RLT	0	Demais
		1	Com restrição ao leito - Total

## 2.5 Considerações sobre os Aspectos Éticos

Os estudos epidemiológicos apresentam, habitualmente, menor espectro de problemas éticos. Grande parte do conhecimento produzido em epidemiologia está baseado em informações pessoais, quer obtidas por entrevista, quer de prontuários ou outras formas de registro de dados. São informações confidenciais, que devem, portanto, ser objeto de sigilo. Regra geral, o sigilo tem expressão limitada em estudos epidemiológicos, visto que as informações atinentes a cada indivíduo não são publicadas, sendo divulgadas apenas as referentes ao grupo e ao conjunto da população, sob a forma anônima de estatísticas (PEREIRA, 2002).

A isso pode-se aduzir a Diretriz 9 do “Consentimento pós-informado em estudos epidemiológicos”, que, de acordo com Marcos (1999, p. 211), ressalta que: "Em vários tipos de estudos epidemiológicos, o consentimento individual pós-informação é impraticável ou desaconselhável". Este estudo realizou os procedimentos de regularização junto ao comitê de ética em pesquisa da HUPE/UERJ que foi aprovado (1607 – CEPE / HUPE), conforme a resolução número 196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

### 3 RESULTADOS

Neste capítulo são sintetizados os resultados das informações coletadas nos prontuários de 1.203 pacientes com incapacidade de locomoção atendidos pelo Centro de Fisioterapia Domiciliar no período de 1º de janeiro de 1999 a 1º de janeiro de 2009. Nas seções que se seguem, as dez variáveis que se constituíram como objeto de estudo são analisadas quanto à distribuição da frequência, média e desvio padrão, e teste qui quadrado.

#### 3.1 Distribuição da Frequência

Os dados relativos à distribuição da frequência das dez variáveis estudadas foram organizados e são a seguir descritos pela Tabela 3, que apresenta as frequências relativa e absoluta das variáveis, pela Tabela 4, que traz a distribuição das frequências de cada variável, e pelos Gráficos 2 a 11, que ilustram a distribuição dos pacientes nas dez variáveis analisadas.

Tabela 3 – Frequências relativa e absoluta das variáveis estudadas

Variável	Classificações	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulativo
<b>Grupo Etário</b>	Até 59 anos	128	10,6	11,2	11,2
	60-69 anos	131	10,9	11,5	22,8
	70-79 anos	352	29,3	30,9	53,7
	80-89 anos	380	31,6	33,4	87,1
	90 anos ou mais	147	12,2	12,9	100,0
	Total	1138	94,6	100,0	
Missing		65	5,4		
Total		1203	100,0		
<b>Sexo</b>	Feminino	859	71,4	71,4	71,4
	Masculino	344	28,6	28,6	100,0
	Total	1203	100,0	100,0	
Missing		0	0		
Total		1203	100,0		

(continua)

(continuação)

Variável	Classificações	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulativo
<b>Bairros de moradia</b>	RAI até RAX	553	46,0	48,0	48,0
	RAXI até RAXX	367	30,5	31,9	79,9
	RAXXI até RAXXXIV	76	6,3	6,6	86,5
	Niterói, N. Iguaçu, D. Caxias e São Gonçalo	155	12,9	13,5	100,0
	Total	1151	95,7	100,0	
Missing		52	4,3		
Total		1203	100,0		
<b>Grupo de doenças</b>	AVC	385	32,0	32,3	32,3
	Poliartralgias e osteoporose	216	18,0	18,1	50,4
	Fraturas	189	15,7	15,9	66,3
	Doenças cardio respiratórias	121	10,1	10,2	76,4
	Traumato ortopédico vascular e Pós operatório	124	10,3	10,4	86,8
	Dist. Psico neuro motor e neoplasias	157	13,1	13,2	100,0
	Total	1192	99,1	100,0	
Missing		11	0,9		
Total		1203	100,0		
<b>Tempo que possui a doença</b>	Até 1 ano	810	67,3	71,4	71,4
	De 2 até 4 anos	201	16,7	17,7	89,2
	5 anos ou mais	123	10,2	10,8	100,0
	Total	1134	94,3	100,0	
Missing		69	5,7		
Total		1203	100,0		
<b>Nível de limitação</b>	Restrito ao leito - Total	436	36,2	37,8	37,8
	Restrito ao leito - Dependente para deambular	599	49,8	52,0	89,8
	Cadeirante	60	5,0	5,2	95,1
	Deambula sem dependência	57	4,7	4,9	100,0
	Total	1152	95,8	100,0	
Missing		51	4,2		
Total		1203	100,0		
<b>Tipo de tratamento</b>	Motor	842	70,0	70,2	70,2
	Motor e Respiratório	326	27,1	27,2	97,3
	Respiratório	27	2,2	2,2	99,6
	Cardíaco-motora e Cardíaco-respiratório	5	0,4	0,4	100,0
	Total	1200	99,8	100,0	
Missing		3	0,2		
Total		1203	100,0		
<b>Objetivo do tratamento</b>	Alongamento e fortalecimento	453	37,7	38,0	38,0
	Treino de marcha e equilíbrio	469	39,0	39,3	77,3
	Melhora da função respiratória	165	13,7	13,8	91,1
	Reed.neuromotora e treino de AVDS	64	5,3	5,4	96,5
	Analgesia, retorno vascular e qualidade de vida em leito	42	3,5	3,5	100,0
	Total	1193	99,2	100,0	
Missing		10	0,8		
Total		1203	100,0		

(continua)

(continuação)

Variável	Classificações	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulativo
<b>Tempo de permanência no tratamento</b>	Até 3 meses de tratamento	651	54,1	54,9	54,9
	De 4 meses a 1 ano de tratamento	346	28,8	29,2	84,1
	Mais de 1 ano de tratamento	189	15,7	15,9	100,0
	Total	1186	98,6	100,0	
Missing		17	1,4		
Total		1203	100,0		
<b>Nível de melhora com o tratamento</b>	Nível 1 Pequena melhora	332	27,6	28,0	28,0
	Nível 2 Boa melhora	607	50,5	51,1	79,1
	Nível 3 Grande melhora e alta	202	16,8	17,0	96,1
	Não obteve melhora (óbitos, internações e interrupções)	46	3,8	3,9	100,0
	Total	1187	98,7	100,0	
Missing		16	1,3		
Total		1203	100,0		

Tabela 4 – Distribuição das frequências por variável do estudo

	Grupo Etário	Sexo	Bairros - Grupo de RA e municípios do Grande Rio	Grupo de doenças	Tempo que possui a doença do início do tratamento	Nível de dependência	Tipo de tratamento	Objetivo do tratamento	Tempo de permanência no tratamento	Nível de melhora com o tratamento
Válido	1138	1203	1151	1192	1134	1152	1200	1193	1186	1187
*Missing	65	0	52	11	69	51	3	10	17	16
Total	1203	1203	1203	1203	1203	1203	1203	1203	1203	1203

\*Os prontuários não traziam essa informação.

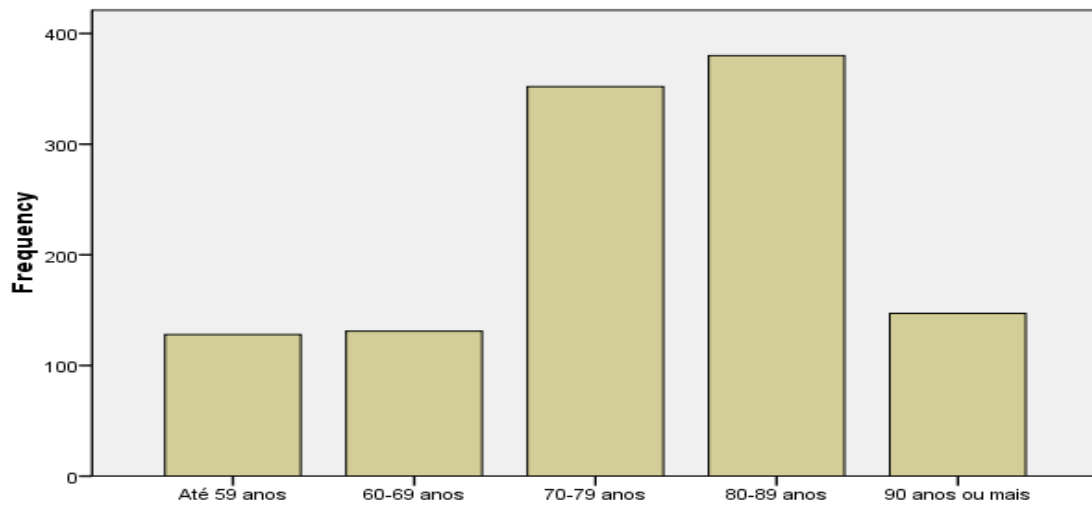


Gráfico 02- Distribuição dos pacientes por grupo etário

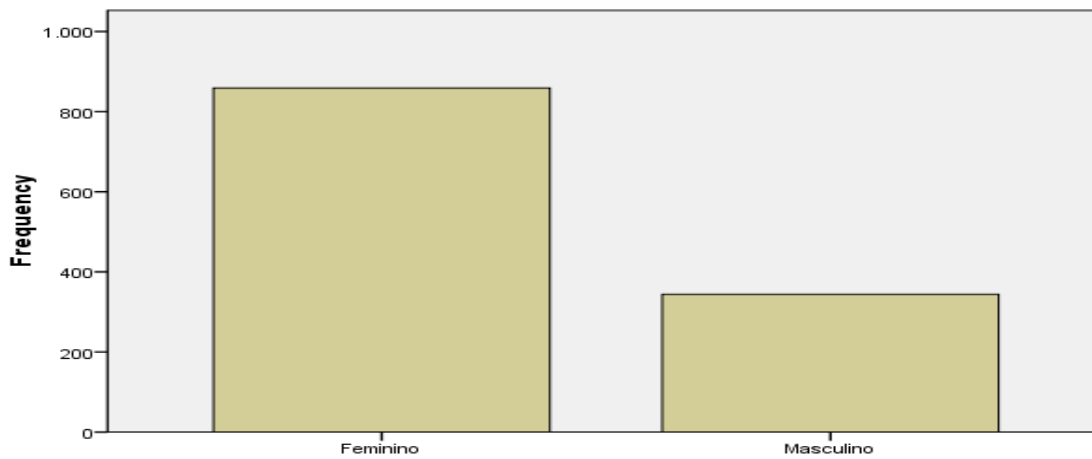


Gráfico 03- Distribuição dos pacientes por sexo

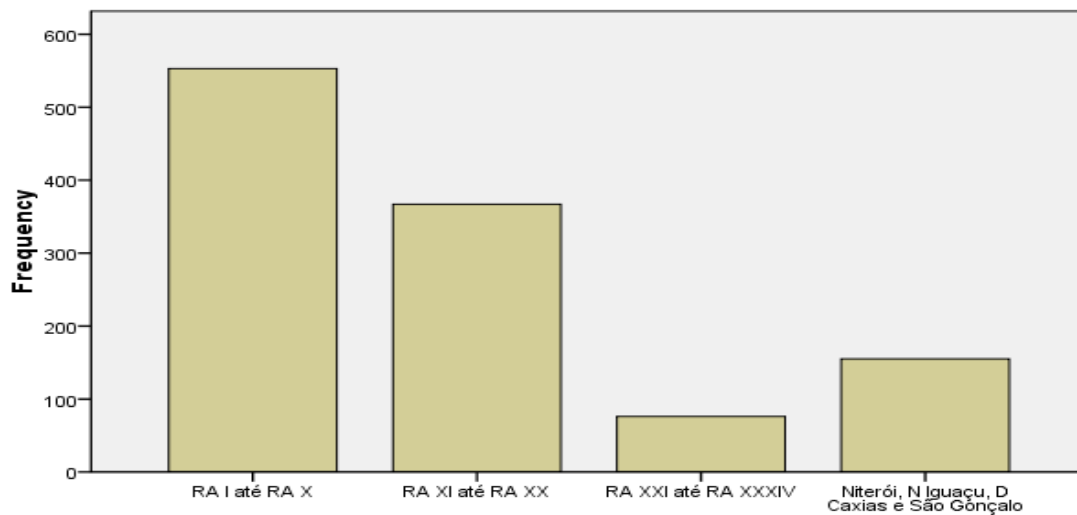


Gráfico 04- Distribuição dos pacientes por grupo de Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro e quatro municípios do Grande Rio

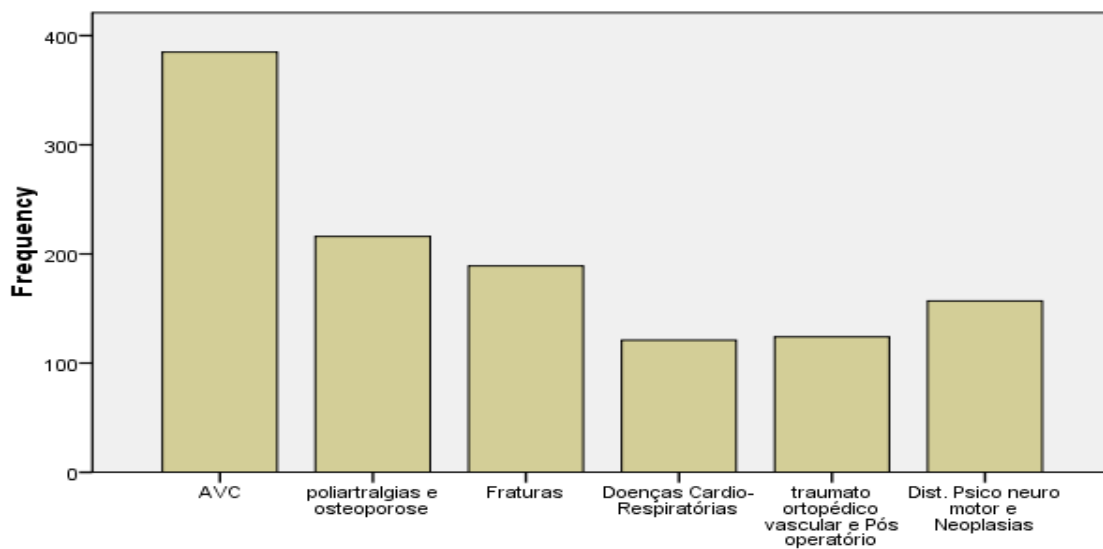


Gráfico 05- Distribuição dos pacientes por grupo de doenças



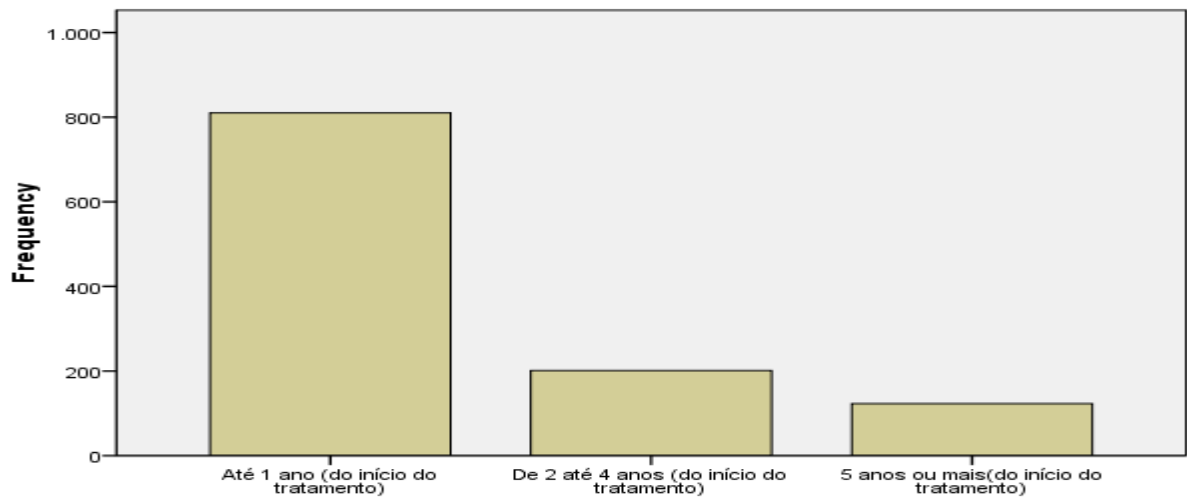


Gráfico 06- Distribuição por tempo que o paciente possui a doença do início do tratamento

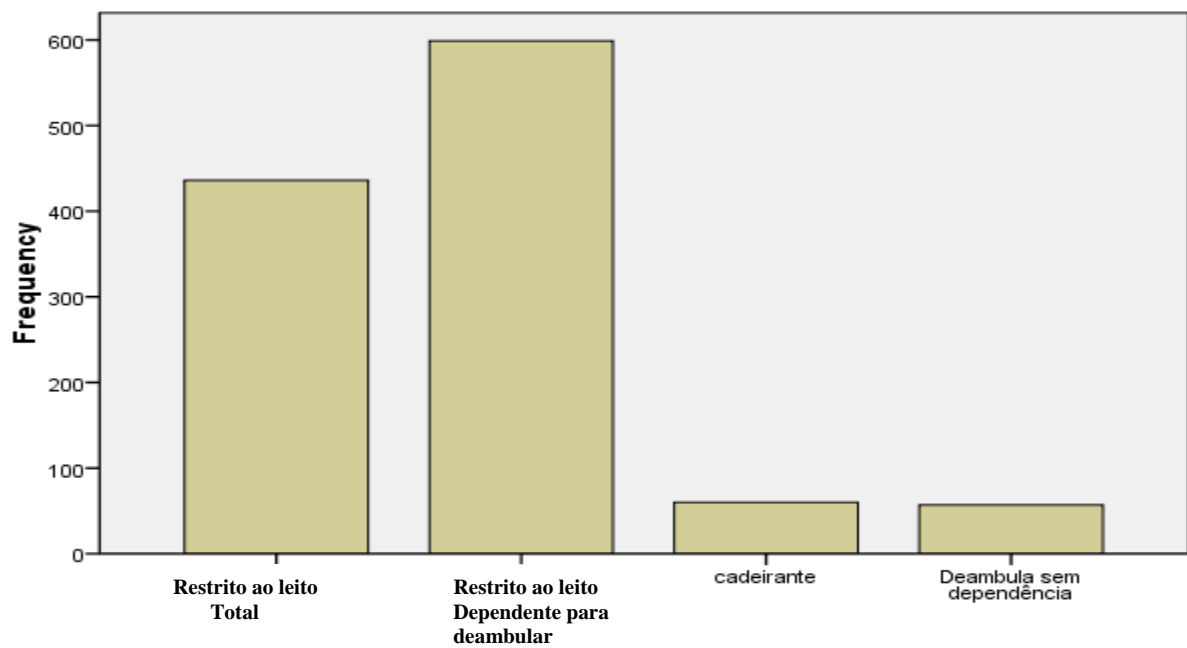


Gráfico 07- Distribuição dos pacientes por nível de limitação

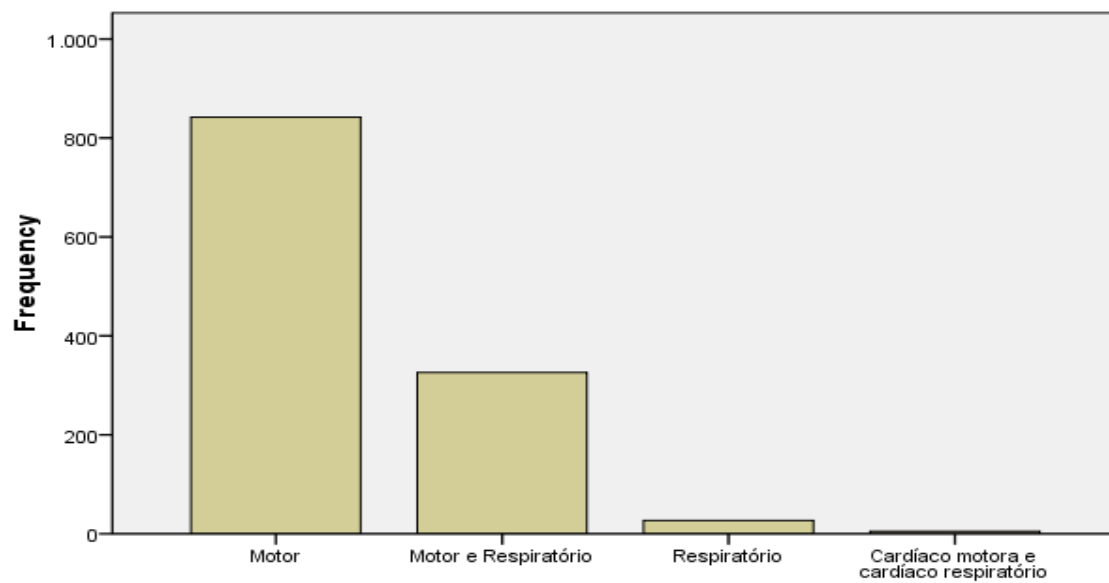


Gráfico 08- Distribuição dos pacientes por tipo de tratamento

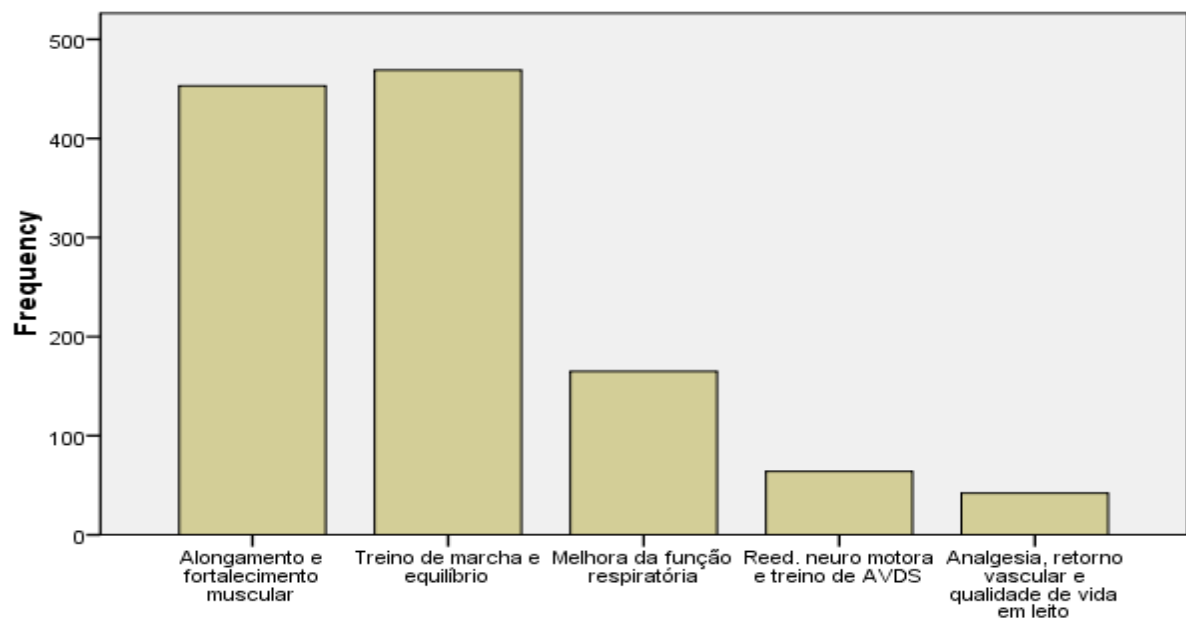


Gráfico 09- Distribuição dos pacientes por objetivo do tratamento

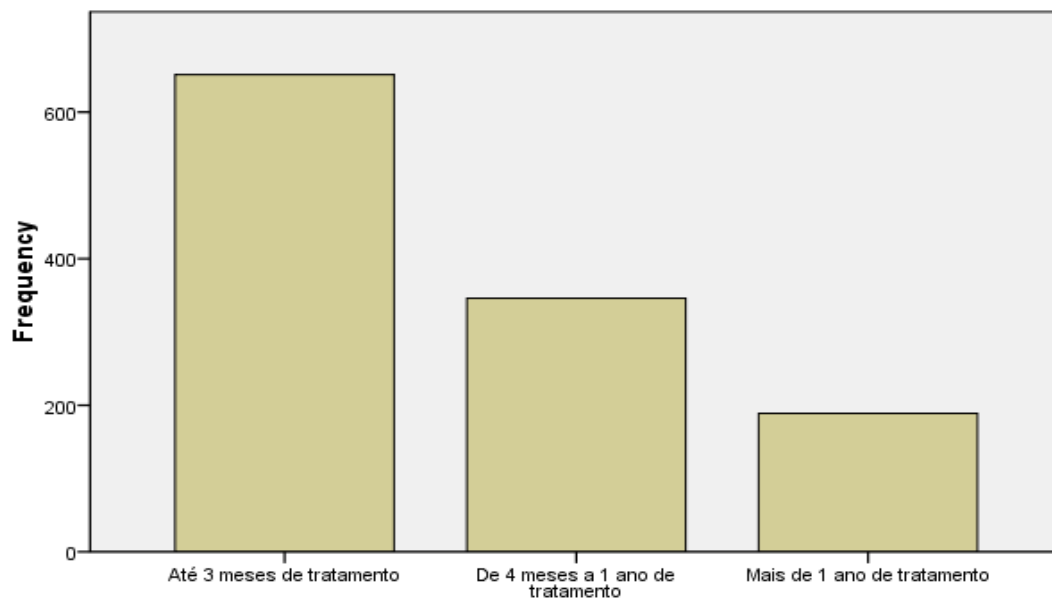


Gráfico 10- Distribuição dos pacientes por tempo de permanência no tratamento de fisioterapia domiciliar.

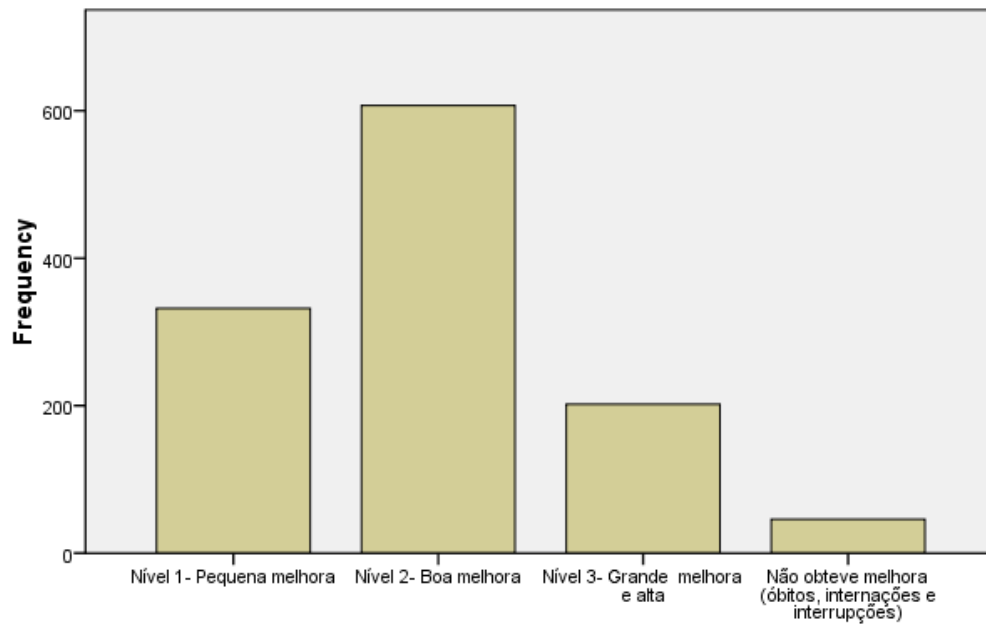


Gráfico 11- Distribuição dos pacientes por nível de melhora com o tratamento

### 3.2 Média e o Desvio Padrão

O cálculo da média e do desvio padrão de três variáveis em estudo – idade, tempo que possui a doença do início do tratamento e tempo de permanência no tratamento – é apresentado na Tabela 5

Tabela 5 – Média e desvio padrão das variáveis e subgrupos

Variáveis	Subgrupos	Média	Desvio Padrão
<b>Idade</b>		75,8 anos	14,6
<b>Tempo que possui a doença do início do tratamento</b>		2,8 anos	5,1
<b>Tempo de permanência no tratamento</b>		5,8 meses	6,3
Tempo de permanência no tratamento	Dos pacientes com grande melhora e alta	4,9 meses	5,1
	Dos pacientes com AVC	6,2 meses	6,6
	Dos pacientes com poliartralgias / osteoporose	2,9 meses	3,0
	Dos pacientes com fraturas	5,2 meses	4,5
	Dos pacientes com doenças cardiorrespiratórias	3,3 meses	2,5
	Dos pacientes com traumatortopédico vascular e pós-operatório	4,6 meses	5,1
	Dos pacientes com distúrbio psiconeuro motor e neoplasias (Parkinson, neuropatias, Alzheimer e demais demências)	5,5 meses	3,7

### 3.3 Teste Qui quadrado

Nesta seção, as Tabelas 6 a 11 trazem os resultados da aplicação do teste Qui quadrado às variáveis analisadas.

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes com e sem restrição ao leito- total por grupo etário, grupo de doenças e tempo que possui a doença do início do tratamento

Características	Pacientes <b>com</b> restrição ao leito- Total		Pacientes <b>sem</b> restrição ao leito - Total		Total		Valor de p*
	N	%	N	%	N	%	
<b>Grupo etário</b>							0,000**
Até 59 anos	23	19,3%	96	80,7%	119	100%	
60-69 anos	41	31,8%	88	68,2%	129	100%	
70-79 anos	130	37,9%	213	62,1%	343	100%	
80-89 anos	160	43,2%	210	56,8%	370	100%	
90 anos ou mais	66	46,5%	76	53,5%	142	100%	
Total	420	38,1%	683	61,9%	1103	100%	
<b>Grupo de doenças</b>							0,000
AVC	186	49,6%	189	50,4%	375	100%	
Poliartralgias e osteoporose	27	12,8%	184	87,2%	211	100%	
Fraturas	95	50,3%	94	49,7%	189	100%	
Doenças cardiorrespiratórias	45	39,5%	69	60,5%	114	100%	
Traumatortopédico vascular e pós operatório	25	21,9%	89	78,1%	114	100%	
Distúrbio psiconeuromotor e neoplasias	57	39,0%	89	61,0%	146	100%	
Total	435	37,9%	714	62,1%	1149	100%	
<b>Tempo que possui a doença do início do tratamento</b>							0,079
Até 1 ano (do início do tratamento)	317	40,7%	462	59,3%	779	100%	
De 2 até 4 anos (do início do tratamento)	73	36,5%	127	63,5%	200	100%	
5 anos ou mais (do início do tratamento)	37	30,6%	84	69,4%	121	100%	
Total	427	38,8%	673	61,2%	1100	100%	

\*Qui-quadrado de Pearson.

\*\*Associação linear p= 0,000

Tabela 7– Distribuição dos pacientes pelo tempo de permanência no tratamento de fisioterapia domiciliar por grupo etário, grupo de doenças e tempo que possui a doença do início do tratamento

Características	Tempo de permanência no tratamento						Total		Valor de p*
	Até 3 meses de tratamento		De 4 meses a 1 ano de tratamento		Mais de 1 ano de tratamento		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
<b>Grupo etário</b>									0,104**
Até 59 anos	77	65,3%	26	22,0%	15	12,7%	118	100%	
60-69 anos	72	55,4%	36	27,7%	22	16,9%	130	100%	
70-79 anos	190	54,0%	107	30,4%	55	15,6%	352	100%	
80-89 anos	199	52,6%	120	31,7%	59	15,6%	378	100%	
90 anos ou mais	66	44,9%	48	32,7%	33	22,4%	147	100%	
Total	604	53,7%	337	30,0%	184	16,4%	1125	100%	
<b>Grupo de doenças</b>									0,000
AVC	166	43,2%	139	36,2%	79	20,6%	384	100%	
Poliartralgias e osteoporose	144	69,6%	47	22,7%	16	7,7	207	100%	
Fraturas	107	56,6%	50	26,5%	32	16,9%	189	100%	
Doenças cardio respiratórias	68	56,2%	34	28,1%	19	15,7%	121	100%	
Traumato ortopédico vascular e Pós operatório	80	67,2%	27	22,7%	12	10,1%	119	100%	
Dist. Psico neuro motor e neoplasias	77	49,4%	49	31,4%	30	19,2%	156	100%	
Total	642	54,6%	346	29,4%	188	16,0%	1176	100%	
<b>Tempo que possui a doença do início do tratamento</b>									0,346
Até 1 ano (do início do tratamento)	448	55,4%	234	29,0%	126	15,6%	808	100%	
De 2 até 4 anos (do início do tratamento)	98	48,8%	68	33,8%	35	17,4%	201	100%	
5 anos ou mais (do início do tratamento)	63	51,2%	35	28,5%	25	20,3%	123	100%	
Total	609	53,8%	337	29,8%	186	16,4%	1132	100%	

\*Qui-quadrado de Pearson.

\*\*Associação linear p= 0,004

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes que teve e dos que não teve grande melhora e alta por grupo etário, grupo de doenças, tempo que possui a doença do início do tratamento e nível de limitação

Características	Pacientes <b>que tiveram</b> grande melhora e alta		Pacientes <b>que não tiveram</b> grande melhora e alta		Total		Valor de p*
	N	%	N	%	N	%	
<b>Grupo etário</b>							0,023
Até 59 anos	14	11,6%	107	88,4%	121	100%	
60-69 anos	26	20,3%	102	79,7%	128	100%	
70-79 anos	75	21,6%	273	78,4%	348	100%	
80-89 anos	53	13,9%	327	86,1%	380	100%	
90 anos ou mais	23	15,6%	124	84,4%	147	100%	
Total	191	17,0%	933	83,0%	1124	100%	
<b>Grupo de doenças</b>							0,000
AVC	64	16,7%	320	83,3%	384	100%	
Poliartralgias e osteoporose	31	14,9%	177	85,1%	208	100%	
Fraturas	46	24,3%	143	75,7%	189	100%	
Doenças cardiorrespiratórias	20	16,5%	101	83,5%	121	100%	
Traumatortopédico vascular e pós operatório	30	25,4%	88	74,6%	118	100%	
Distúrbio psiconeuro motor e neoplasias	10	6,4%	146	93,6%	156	100%	
Total	201	17,1%	975	82,9%	1176	100%	
<b>Tempo que possui a doença do início do tratamento</b>							0,009
Até 1 ano (do início do tratamento)	158	19,6%	647	80,4%	805	100%	
De 2 até 4 anos (do início do tratamento)	22	11,0%	178	89,0%	200	100%	
5 anos ou mais (do início do tratamento)	17	13,9%	105	86,1%	122	100%	
Total	197	17,5%	930	82,5%	1127	100%	
<b>Nível de limitação</b>							0,436
Restrito ao leito - Total	66	15,1%	370	84,9%	436	100%	
Restrito ao leito - Dependente para deambular	112	19,1%	475	80,9%	587	100%	
Cadeirante	10	16,9%	49	83,1%	59	100%	
Deambula sem dependência	10	17,9%	46	82,1%	56	100%	
Total	198	17,4%	940	82,6%	1138	100%	

\*Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 9 – Distribuição dos pacientes pelo nível de melhora com o tratamento de fisioterapia domiciliar por sexo, grupo etário, grupo de doenças e nível de limitação

Características	Nível de melhora com o tratamento								Total		Valor de p*
	Nível 1 Pequena melhora		Nível 2 Boa melhora		Nível 3 Grande melhora e alta		Não obteve melhora (óbitos, internações e interrupções)		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Sexo</b>											0,124
Feminino	229	27,0%	452	53,3%	136	16,0%	31	3,7%	848	100%	
Masculino	103	30,4%	155	45,7%	66	19,5%	15	4,4%	339	100%	
Total	332	28,0%	607	51,1%	202	17,0%	46	3,9%	1187	100%	
<b>Grupo etário</b>											0,104
Até 59 anos	33	27,3%	73	60,3%	14	11,6%	1	0,8%	121	100%	
60-69 anos	34	26,6%	62	48,4%	26	20,3%	6	4,7%	128	100%	
70-79 anos	97	27,9%	162	46,6%	75	21,6%	14	4,0%	348	100%	
80-89 anos	107	28,2%	204	53,7%	53	13,9%	16	4,2%	380	100%	
90 anos ou mais	41	27,9%	74	50,3%	23	15,6%	9	6,1%	147	100%	
Total	312	27,8%	575	51,2%	191	17,0%	46	4,1%	1124	100%	
<b>Grupo de doenças</b>											0,001
AVC	111	28,9%	191	49,7%	64	16,7%	18	4,7%	384	100%	
Poliartralgias e osteoporose	63	30,3%	111	53,4%	31	14,9%	3	1,4%	208	100%	
Fraturas	41	21,7%	97	51,3%	46	24,3%	5	2,6%	189	100%	
Doenças cardiorrespiratórias	32	26,4%	61	50,4%	20	16,5%	8	6,6%	121	100%	
Traumatortopédico vascular e pós-operatório	29	24,6%	57	48,3%	30	25,4%	2	1,7%	118	100%	
Distúrbio psiconeuro motor e neoplasias	53	34,0%	84	53,8%	10	6,4%	9	5,8%	156	100%	
Total	329	28,0%	601	51,1%	201	17,1%	45	3,8%	1176	100%	
<b>Nível de limitação</b>											0,001
Restrito ao leito - Total	139	31,9%	203	46,6%	66	15,1%	28	6,4%	436	100%	
Restrito ao leito-Depen- dente para deambular	153	26,1%	309	52,6%	112	19,1%	13	2,2%	587	100%	
Cadeirante	17	28,8%	28	47,5%	10	16,9%	4	6,8%	59	100%	
Deambula sem dependência	8	14,3%	38	67,9%	10	17,9%	0	0%	56	100%	
Total	317	27,9%	578	50,8%	198	17,4%	45	4,0%	1138	100%	

\*Qui-quadrado de Pearson.



Tabela 10– Distribuição dos pacientes pelo grupo etário por nível de limitação

Características	Grupo Etário										Total		Valor de p*
	Até 59 anos		60-69 anos		70-79 anos		80-89 anos		90 anos ou mais		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Nível de limitação</b>													0,000**
Restrito ao leito - Total	23	19,3%	41	31,8%	130	37,9%	160	43,2%	66	46,5%	420	38,1%	
Restrito ao leito –Dependente para deambular	74	62,2%	76	58,9%	187	54,5%	169	45,7%	65	45,8%	571	51,8%	
Cadeirante	5	4,2%	7	5,4%	15	4,4%	24	6,5%	8	5,6%	59	5,3%	
Deambula sem dependência	17	14,3%	5	3,9%	11	3,2%	17	4,6%	3	2,1%	53	4,8%	
Total	119	100%	129	100%	343	100%	370	100%	142	100%	1103	100%	

\*Qui-quadrado de Pearson Os prontuários não traziam essa informação.

\*\*Associação linear p= 0,000

Tabela 11– Distribuição dos pacientes pelo tipo de tratamento de fisioterapia domiciliar por objetivo do tratamento, nível de limitação, grupo de doenças e nível de melhora com o tratamento

Características	Tipo de Tratamento								Total		Valor de p*
	Motor		Motor e Respiratório		Respiratório		Cardíaco-motora e Cardíaco-respiratório		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Objetivo do Tratamento</b>											0,000
Alongamento e fortalecimento muscular	368	81,2%	81	17,9%	2	4%	2	0,4%	453	100%	
Treino de marcha e equilíbrio	359	76,5%	105	22,4%	3	6%	2	0,4%	469	100%	
Melhora da função respiratória	26	15,8%	120	12,7%	19	11,5%	0	0,0%	165	100%	
Reed.neuro motora e treino de AVDS	47	73,4%	15	23,4%	1	1,6%	1	1,6%	64	100%	
Analgesia, retorno vascular e qualidade de vida em leito	35	85,4%	4	9,8%	2	4,9%	0	0,0%	41	100%	
<b>Total</b>	<b>835</b>	<b>70,1%</b>	<b>325</b>	<b>27,3%</b>	<b>27</b>	<b>2,3%</b>	<b>5</b>	<b>0,4%</b>	<b>1192</b>	<b>100%</b>	
<b>Nível de limitação</b>											0,000
Restrito ao leito -total	246	56,4%	178	40,8%	11	2,5%	1	0,2%	436	100%	
Restrito ao leito – Dependente para deambular	468	78,3%	117	19,6%	9	1,5%	4	0,7%	598	100%	
Cadeirante	46	76,7%	12	20,0%	2	3,3%	0	0,0%	60	100%	
Deambula sem dependência	44	77,2%	11	19,3%	2	3,5%	0	0,0%	57	100%	
<b>Total</b>	<b>804</b>	<b>69,9%</b>	<b>318</b>	<b>27,6%</b>	<b>24</b>	<b>2,1%</b>	<b>5</b>	<b>0,4%</b>	<b>1151</b>	<b>100%</b>	
<b>Grupo de doenças</b>											0,000
AVC	244	63,4%	137	35,6%	2	0,5%	2	0,5%	385	100%	
Poliartralgias e osteoporose	199	92,6%	16	7,4%	0	0,0%	0	0,0%	215	100%	
Fraturas	138	73,0%	48	25,4%	3	1,6%	0	0,0%	189	100%	
Doenças cardio respiratórias	26	21,5%	75	62,0%	17	14,0%	3	2,5%	121	100%	
Traumato ortopédico vascular e Pós operatório	110	88,7%	10	8,1%	4	3,2%	0	0,0%	124	100%	
Dist. Psico neuro motor e neoplasias	117	74,5%	39	24,8%	1	0,6%	0	0,0%	157	100%	
<b>Total</b>	<b>834</b>	<b>70,0%</b>	<b>325</b>	<b>27,3%</b>	<b>27</b>	<b>2,3%</b>	<b>5</b>	<b>0,4%</b>	<b>1191</b>	<b>100%</b>	
<b>Nível de melhora com o tratamento</b>											0,001
Nível 1 Pequena melhora	217	65,6%	105	31,7%	8	2,4%	1	0,3%	331	100%	
Nível 2 Boa melhora	430	71,0%	164	27,1%	12	2,0%	0	0,0%	606	100%	
Nível 3 Grande melhora e alta	156	77,2%	38	18,8%	5	2,5%	3	1,5%	202	100%	
Não obteve melhora (óbitos, internações e interrupções)	24	53,3%	18	40,0%	2	4,4%	1	2,2%	45	100%	
<b>Total</b>	<b>827</b>	<b>69,8%</b>	<b>325</b>	<b>27,4</b>	<b>27</b>	<b>2,3%</b>	<b>5</b>	<b>0,4%</b>	<b>1184</b>	<b>100%</b>	

\*Qui-quadrado de Pearson Os prontuários não traziam essa informação.

### 3.4 Apresentação dos Resultados

Nos próximos tópicos são apresentados os resultados das informações coletadas nos prontuários de 1.203 pacientes com incapacidade de locomoção atendidos pelo Centro de Fisioterapia Domiciliar no período de 1º de janeiro de 1999 a 1º de janeiro de 2009. Nas seções que se seguem, as dez variáveis que se constituíram como objeto de estudo são analisadas quanto à distribuição da frequência, média e desvio padrão, e teste qui-quadrado.

#### 3.4.1 Apresentação da distribuição da frequência

A prevalência com relação à idade dos sujeitos do estudo se concentrou na faixa de 80-89 anos (33,4%), que, somada às outras faixas acima de 60 anos (60-69, 70-79, 80-89 e 90 anos ou mais), perfazem o percentual de 88,7%, evidenciando que a fisioterapia domiciliar é uma assistência prevalentemente geriátrica, e mais utilizada nas faixas de 70-79 e 80-89 anos de idade, que concentram mais da metade dos usuários (64,3%). Essa predominância pode ser explicada pelo fato de ser nessa faixa da população que se encontram os níveis mais severos de incapacidade gerada pela evolução de doenças crônicas instaladas nas décadas anteriores (ver Tabela 3 e Gráfico 2).

Quanto ao sexo, o alto percentual de pacientes do sexo feminino (71,4%) pode ser explicado através dos resultados de pesquisa do IBGE (2002), segundo a qual, além de no Brasil nascerem mais mulheres do que homens, o índice de mortalidade é maior nos homens do que nas mulheres; este índice vai se acentuando conforme o passar dos anos, o que torna a população de idosos do sexo feminino muito maior (ver Tabela 3 e Gráfico 3) .

Sobre o bairro de moradia dos sujeitos do estudo, apresentaram maior percentual os bairros compreendidos da RA I até a RA X; 48% ficam na região onde está sediado o Centro de Fisioterapia, o que leva a se inferir que o usuário e/ou o convênio de saúde procuram dirigir o atendimento para a clínica que esteja mais próxima de sua moradia, apesar de o mesmo ser realizado domiciliarmente (ver Tabela 3 e Gráfico 4). Mesmo

assim, tal afirmação não deve ser usada, pois envolve demais interferências que deve ser estudada com maior profundidade, pois envolve outras variáveis.

O AVC (acidente vascular cerebral) foi o diagnóstico clínico que aparece nos prontuários como maior motivo para o encaminhamento ao tratamento de fisioterapia domiciliar (32,3%). Confirmando os achados da pesquisa realizada por Karsch (1998), este resultado aponta que o Brasil apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por (AVC) no mundo. Entretanto, os resultados que seguem em maior prevalência também merecem uma atenção especial; o grupo das poliartralgias e osteoporose, com 18,1%; as fraturas com 15,9%; e as doenças cardiorrespiratórias, com 10,2%. O grupo de traumato-ortopédica vascular e pós-operatória (10,4%), apesar de ter um percentual pouco maior que o das cardiorrespiratórias, não é tão preocupante, uma vez que representa três grandes grupos de doenças (traumato-ortopédica, vascular e pós-operatória), enquanto que os demais grupos representam um ou dois tipos de doenças, ou seja, têm peso maior quando comparados com o primeiro grupo acima referido (ver Tabela 3 e Gráfico 5). Deve-se ter ainda em mente que a evolução das incapacidades favorece o aparecimento de complicações como as fraturas e as infecções respiratórias.

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

O levantamento do tempo que possui a doença dos sujeitos do estudo na fisioterapia domiciliar apontou a predominância de patologias instaladas até um ano do início do tratamento (71,4%), seguidas das patologias descobertas de dois até quatro anos do início do tratamento (17,7%), e a patologia de cinco anos ou mais (10,8%), mostrando que a grande maioria das patologias foram descobertas há menos de um ano da data de início do tratamento de fisioterapia domiciliar. Isto indica que já existe uma desenvoltura da passagem da assistência hospitalar para a reabilitacional, o que interfere diretamente na cronicidade das lesões e deformidades e, conseqüentemente, determina uma menor resposta terapêutica da reabilitação dessas incapacidades (ver Tabela 3 e Gráfico 6).

O nível de limitação predominante foi o de “Restrito ao leito - Dependente para deambular”, com 52%, seguido do grupo de “Restrito ao leito – Total”, que ficou com (37,8%); ambos os resultados, totalizando 89,8 %, evidenciam o predomínio de pacientes em estado de restrição ao leito, o que é compatível com o resultado anterior da prevalência da idade avançada. Ou seja, a idade avançada contribui significativamente para a instalação de incapacidade, devido à vulnerabilidade e à fragilidade das pessoas idosas (ver Tabela 3 e Gráfico 7).

Quanto ao tipo de tratamento realizado, a fisioterapia motora apresentou um alto percentual (70,2%), seguida com 27,2% da motora associada com a respiratória; ambos os resultados, totalizando 97,4 %, evidenciam ser o tratamento “motor” e “motor e respiratório” os tratamentos básicos de atendimento na fisioterapia domiciliar (ver Tabela 3 e Gráfico 8) Deve-se entender que, apesar de um tratamento fisioterapêutico estar mais precisamente focado na motricidade, a incapacidade em restrição ao leito por tempo prolongado favorece o acometimento de problemas pulmonares como as infecções respiratórias; Outro motivo que interfere, como foi visto na literatura, é que a maioria dos idosos possui várias patologias que atuam concomitantemente no organismo, decorrendo daí a utilização simultânea de mais tipos de tratamento.

Quanto ao objetivo do atendimento, o percentual maior coube ao treino de marcha e equilíbrio (39,3%), seguido pelo alongamento e fortalecimento muscular (38%) (ver Tabela 3 e Gráfico 9). Estes resultados correspondem diretamente ao item anterior, onde a fisioterapia motora prevaleceu, mostrando coerentemente a relação do objetivo desejado com o tipo de tratamento.

O levantamento do tempo de permanência no tratamento, apontou a predominância do grupo de permanência no tratamento de até três meses (54,9%), seguido pelo grupo de quatro meses a um ano de tratamento (29,2%) (ver Tabela 3 e Gráfico 10). Esse resultado mostra que existe a abertura de novos casos em serviço de fisioterapia domiciliar, embora muitos ainda pensem tratar-se de um serviço fechado para novos casos.

Sobre o nível de melhora dos pacientes com a fisioterapia domiciliar realizada, verificou-se que o maior resultado corresponde ao Nível 2 – Boa melhora –, com 51,1%. É um resultado muito favorável, levando-se em consideração que, como a maioria das doenças evidenciadas é de natureza crônica, logicamente o resultado do tratamento tende a ser lento e baixo. Importante lembrar que tal evidência não anula o

efeito da fisioterapia domiciliar, pois resultados pequenos são de grande relevância para a qualidade de vida. Um exemplo disso é a recuperação da estabilidade clínica ou o fechamento de uma escada, resultados comuns percebidos na fisioterapia domiciliar independentemente da melhora ou não do grau de funcionalidade motor aparente do paciente atendido. Destaca-se ainda que 17% dos pacientes obtiveram grande melhora e alta da assistência de fisioterapia domiciliar, demonstrando, ao contrário do que muitos imaginam, que a fisioterapia domiciliar é também uma assistência de alta – seja para o retorno da vida anterior, seja para o ambulatório–, prevendo uma rotação de disponibilidade de admissão de novos casos em torno de 17% do seu atendimento (ver Tabela 3 e Gráfico 11).

A literatura afirma que o nível de melhora dos pacientes está relacionado ao tempo do aparecimento da patologia; e que as intervenções fisioterapêuticas são eficazes em intensificar a recuperação após lesão recente, ou mesmo retardar a evolução nos casos de doenças degenerativas. Ela também sugere que a terapia mais intensa seja instituída precocemente para ser mais efetiva, e que ao longo do tempo sejam realizadas reavaliações periódicas (REBELATTO; MORELLI, 2004).

#### 3.4.2 Apresentação da Média e do Desvio Padrão

Como se pode observar na Tabela 5 a média da idade dos pacientes usuários de fisioterapia domiciliar foi de 75,8 anos para um desvio padrão de: 14,6. Esse dado é importante para estruturar os atendimentos dessa assistência, de modo a estar apta a dar conta dessa faixa etária, assim como para acompanhar as políticas públicas que visam ampliar a vida de produtividade do idoso, algumas delas já implementadas no Brasil.

A média do tempo que o paciente possui a doença (ao iniciar o tratamento) foi de dois anos e oito meses para um desvio padrão de: 5,1 (ver Tabela 5). A literatura recomenda que o encaminhamento para a fisioterapia seja o mais próximo possível da lesão. Então, orientando-se pela literatura, pode-se afirmar que a prática profissional observada mostrou que o intervalo de tempo decorrido entre a deformidade ou lesão e o início do tratamento de fisioterapia é ainda muito grande, o que aumenta a incapacidade e sedimenta as deformidades resultantes, chegando à restrição ao leito. O ideal é que se

trabalhe com a média mais baixa possível, pois quando isso acontecer provavelmente teremos um serviço de saúde mais conscientizado e articulado com o processo de atendimento médico-internação-reabilitacional integrada, mesmo fora das fronteiras do hospital, estendendo-se ao lar do paciente (ver a Tabela 5).

A média do tempo de permanência em tratamento é de 5,8 meses, para um desvio padrão de: 6,3. Esse dado é importante para a manutenção da estrutura e gerenciamento dessa assistência, para que se possa prever os valores orçamentários de custos e cálculos de gastos/benefícios. Além disso, é um fator importante para todos os atores envolvidos nesta assistência, seja a gerencia da saúde pública, seja a da saúde suplementar, tanto quanto os auxílios previdenciários e as seguradoras. Para o profissional, é igualmente importante ter uma referência que possa basear o seu plano de tratamento e agendamento pessoal para novos compromissos. Por este motivo, a média do tempo de permanência em tratamento foi calculada a sua média por doença, para uma maior especificação. Com este resultado, verificou-se que a assistência domiciliar tem uma duração em média de 5,8 meses e que os serviços devem estar em condições de manter essa longa permanência (ver a Tabela 5).

A média do tempo de permanência em tratamento dos pacientes com grande melhora e alta foi de 4,9 meses, para um desvio padrão de 5,1. Este dado permite entender que, para alcançar a alta, um paciente terá tido em média 4,9 meses de fisioterapia domiciliar (ver a Tabela 5). Esse resultado mostra que a rotatividade de novos casos em serviço de fisioterapia domiciliar vai estar em torno de 4,9 meses, o que não é ruim, embora muitos ainda pensem tratar-se de um serviço fechado, sem porta de entrada para novos casos.

A média do tempo de permanência em tratamento pelo diagnóstico evidenciou algumas diferenças, como:

- A média de maior tempo de permanência em tratamento foi para o tratamento de AVC, 6,2 meses, e de Distúrbio psiconeuromotor e neoplasia, que ficou com 5,5 meses. Estes dois grupos são preocupantes, por terem um potencial maior de dependência funcional, sendo assim de mais difícil prognóstico de alta ou de liberação para a forma ambulatorial, dependendo da severidade da lesão e do tempo da instalação da deformidade.

- Chama-se a atenção para o tempo de permanência em tratamento de fraturas, com a média de 5,2 meses, que, ao contrário do grupo anterior tem um prognóstico bem favorável de alta e/ou liberação para a forma ambulatorial. Mas, em se tratando de idoso, sabe-se que este resultado pode estar associado a comorbidades que impedem um resultado melhor em menor tempo.
- No grupo das doenças cardiorrespiratórias a média foi de 3,3 meses. É importante lembrar que essas patologias estão sempre presentes como comorbidades, e em fisioterapia, elas somente aparecem como principal doença em uma fase muito adiantada. O objetivo inicial do tratamento é evitar uma internação, e um maior risco de complicações e óbitos. Por isto o tempo de permanência em tratamento reduzido: elas tendem tanto a uma alta em menor tempo, e também para a internação e óbitos.
- O grupo das poliartralgias e osteoporose teve a média de 2,9 meses. Apesar de ser o grupo de menor tempo de permanência em tratamento, é o de maior retorno, principalmente se, quando liberado do atendimento domiciliar, o paciente não adota o tratamento ambulatorial de fisioterapia de forma contínua. O fato de a média de tempo de permanência em tratamento ter sido o menor tempo pode se dever ao fato de o tratamento de fisioterapia domiciliar neste tipo de diagnóstico voltar-se para crises mais agudizada- que, como são de caráter cíclico, tendem a ter grande melhora, com alta ambulatorial.
- No grupo traumato-ortopédico vascular e pós-operatório a média foi de 4,6 meses. Ao contrário do anterior, este não é um grupo de característica de retorno; em geral tem um prognóstico favorável, de alta direta e/ou atendimento ambulatorial (ver Tabela 5).



### 3.4.3 Apresentação do teste Qui-quadrado

A opção pela escolha desse método estatístico teve a intenção de testar certas associações das variáveis do estudo, para que se pudesse verificar se os achados estatísticos confirmam o observado na prática profissional.

#### 3.4.3.1 A restrição ao leito total

A restrição ao leito- total, por ser uma característica de grande importância para os profissionais de fisioterapia, foi estudada à parte, com o cruzamento de outras características, para saber se existe associação com o grupo etário, o grupo de doenças, e o tempo que possui a doença (ver a Tabela 6).

As perguntas são: Existe associação da restrição ao leito- total com a idade? Existe associação da restrição ao leito- total com a doença? Existe associação da restrição ao leito- total com o tempo que possui a doença?

O teste realizado foi o qui-quadrado de Pearson para todos os cruzamentos e o linear, para o grupo etário e o tempo que possui a doença.

No cruzamento da restrição ao leito- total com a idade verificou-se que existe associação tanto para o teste de Pearson ( $p < 0,001$ ) quanto para o linear ( $p < 0,001$ ). Observou-se uma concentração menor de pacientes restritos ao leito- total na comparação com os pacientes sem restrição ao leito- total em todos os grupos de idade estudados. O que corrobora com a prática profissional, onde observa-se que a maioria dos pacientes no início do tratamento de fisioterapia domiciliar tende a ter um quadro de incapacidade, mas não ao ponto de uma restrição ao leito- total, em todos os grupos de idade. Entretanto, observa-se que o comportamento da restrição ao leito- total é proporcional à idade; quanto menor a idade, menor é a concentração de casos com restrição ao leito-total, o que era esperado e é observado na prática profissional: quanto mais idoso for o paciente encaminhado à fisioterapia domiciliar, maior tende a ser a restrição total ao leito devido ao quadro de fragilidade associado de sequelas de outras

doenças, adquiridas nas décadas anteriores, que se somam ao atual transformando a incapacidade bem mais restritiva (ver Tabela 6).

No cruzamento da restrição ao leito-total com o grupo de doenças foi verificada associação para o teste de Pearson ( $p < 0,001$ ). Observou-se uma concentração menor de pacientes restritos ao leito- total na comparação com os pacientes sem restrição ao leito- total em todos os grupos de doença estudados, exceto no grupo de fratura. Confirmando o observado na prática profissional, os pacientes de fratura, ao iniciarem o tratamento, têm uma restrição ao leito- total devido à inatividade temporária por conta do período de consolidação. Verificou-se também que o AVC ocupa o segundo lugar relativamente à restrição ao leito- total, o que mostra a gravidade restritiva desta doença (ver Tabela 6).

No cruzamento da restrição ao leito- total com o tempo que possui a doença, verificou-se que não existe associação para o teste de Pearson nem para o teste linear. Houve uma concentração menor de pacientes restritos ao leito na comparação com os pacientes sem restrição ao leito- total em todos os grupos de tempo que possui a doença (até um ano, de dois até quatro anos e cinco anos ou mais do início do tratamento). Entretanto, esta concentração de pacientes com restrição ao leito- total diminui sutilmente, de forma gradativa, conforme aumenta o tempo que o paciente possui a doença. Isto confirma o que se observa na prática profissional: no ato imediato da lesão, a incapacidade tende a ser mais severa. Por este motivo a literatura recomenda que o encaminhamento para a fisioterapia seja o mais precoce possível após a lesão. Resumindo, os testes confirmaram em parte o que se observa na prática profissional:

- confirmou-se que existe a associação da restrição ao leito- total com a idade e com a doença;
- porém, a associação da restrição ao leito- total com o tempo que possui a doença não existe associação para o teste de Pearson nem para o teste linear (ver Tabela 6).

### 3.4.3.2 Tempo de permanência no tratamento

O tempo de permanência no tratamento é um dado importante para que as empresas de saúde, família e profissionais possam se organizar para cumprir a agenda de um tratamento que, para se obter a melhor resposta, precisa ser intercalado, contínuo e sem interrupções. Esses resultados servem para nortear o prognóstico e a construção de futuros parâmetros com maior precisão. Por esta razão, cruzou-se o tempo de permanência no tratamento com o grupo etário, com o grupo de doenças e com o tempo que possui a doença (ver Tabela7).

As perguntas são: Existe associação do tempo de permanência no tratamento com a idade? Existe associação do tempo de permanência no tratamento com a doença? Existe associação do tempo de permanência no tratamento com o tempo que possui a doença?

Os testes realizados foram o qui-quadrado de Pearson para todos os cruzamentos e o linear, para o grupo etário e o tempo que possui a doença.

No cruzamento do tempo de permanência no tratamento com a idade verificou-se que existe associação apenas para o teste linear ( $p=0,004$ ). O grupo de tempo de permanência em tratamento até três meses mostra uma tendência de maior concentração na idade mais jovem (em especial, o grupo de até 59 anos). Além disso, conforme aumenta o tempo de permanência no tratamento diminui consideravelmente a frequência para todas as faixas etárias estudadas; somente a faixa de 90 anos ou mais teve um decréscimo, mas com menor intensidade que as demais, o que é compreensível devido a características específicas dessa extrema idade (ver Tabela 7).

No cruzamento do tempo de permanência no tratamento com a doença ficou evidenciado que existe associação para o teste de Pearson ( $p < 0,001$ ) com a doença. Observa-se que o comportamento é idêntico a todas as doenças; elas mostraram uma concentração maior no tempo de permanência de tratamento no grupo de até três meses de tratamento. Verifica-se que a maior concentração do tempo de permanência de tratamento de fisioterapia domiciliar é realmente até três meses de tratamento para todos os grupos de doença estudados e que com o passar do tempo esta concentração tende a diminuir (ver Tabela 7).

No cruzamento do tempo de permanência no tratamento com o tempo que possui a doença, verificou-se que não existe associação para o teste de Pearson nem para o teste linear.

Então, respondendo às perguntas colocadas, os testes confirmaram em parte o que se observa na prática profissional:

- Confirmou-se que o tempo de permanência no tratamento de fisioterapia domiciliar nos pacientes mais jovens, é mais curto (até três meses de tratamento), porque estes pacientes têm maior facilidade para recuperar os movimentos perdidos. Isto é explicado na literatura pelo vigor presente na estrutura orgânica, principalmente nas fibras musculares. Os pacientes de extrema idade têm uma proporção maior de tempo de permanência no tratamento mais longo (de quatro meses a um ano e mais de um ano), pois sabe-se que, devido à sua fragilidade, as respostas de recuperação dos movimentos perdidos são muito lentas; por este motivo, observa-se a necessidade de um tratamento mais prolongado e mais voltado para a sua qualidade de vida. Concordando com a literatura e a prática profissional.
- Confirmou-se que a doença registrada como principal no encaminhamento à fisioterapia domiciliar, tem associação significativa com o tempo de permanência em tratamento; a maior concentração do tempo de permanência de tratamento de fisioterapia domiciliar é de até três meses de tratamento para todos os grupos de doença estudados.
- Confirmou-se que o tempo que o paciente possui a doença não tem nenhuma associação com o seu tempo de permanência em tratamento de fisioterapia domiciliar (ver Tabela 7).

#### 3.4.3.3 Grande melhora e alta

Na variável “Nível de melhora com o tratamento”, optou-se pelo estudo estatístico específico da categoria “Grande melhora e alta”, por tratar-se de um dado importante para os fisioterapeutas, que podem utilizá-lo tendo neste resultado mais uma

referência a nortear suas escolhas terapêuticas e seu prognóstico de grande melhora e alta em casos semelhantes (ver Tabela 8).

Realizou-se o cruzamento da categoria “Grande melhora e alta” com as variáveis grupo etário, grupo de doenças, tempo que possui a doença e nível de limitação, para saber se existe associação estatística significativa.

As perguntas são: Existe associação dos pacientes que obtiveram grande melhora e alta com a sua doença? Existe associação dos pacientes que obtiveram grande melhora e alta com a idade? Existe associação dos pacientes que obtiveram grande melhora e alta com o tempo que possui a doença? Existe associação dos pacientes que obtiveram grande melhora e alta com o nível de limitação?

O teste realizado foi o qui-quadrado de Pearson para todos os cruzamentos e o linear, para grupo etário e o tempo que possui a doença.

No cruzamento da categoria “Grande melhora e alta” com o grupo de doenças observou-se a associação para o teste de Pearson ( $p < 0,001$ ). Porém, no cruzamento com grupo etário, tempo que possui a doença e nível de limitação, verificou-se que não existe associação para o teste de Pearson nem para o teste linear (ver Tabela 8).

Sendo assim, respondendo às questões colocadas, existe associação estatisticamente significativa dos pacientes que obtiveram “Grande melhora e alta” com a sua doença. Observou-se que o grupo de doenças traumato-ortopédica vascular e pós-operatório foi o que mais apresentou maior frequência em “Grande melhora e alta”; o grupo de menor frequência foi o de doenças Distúrbios Psiconeuromotor. Estes dados são confirmados na prática profissional, pois sabe-se que a princípio os pacientes de traumato-ortopédico vascular e pós-operatório estão na fisioterapia domiciliar mais por uma condição momentânea, ou um acidente, não sendo doentes propriamente ditos, deles se espera uma recuperação melhor e alta. Já no grupo de doenças Distúrbio psico neuromotor estão os pacientes com comprometimento da consciência, e sabe-se que o treino repetitivo dos exercícios para a recuperação motora necessita da consciência dos movimentos, e os pacientes que têm esse déficit tornam a reabilitação muito mais difícil, reduzindo a possibilidade de “Grande melhora e alta” com o tratamento (ver Tabela 8).

Sabendo se que a “Grande melhora” refere-se aos pacientes que estão em preparo de alta para o ambulatório, ou em alguns casos alta direta, este quadro se

contrapõe ao pensamento estereotipado de que o tratamento de fisioterapia domiciliar, uma vez iniciado, não tem alta, é para toda a vida.

#### 3.4.3.4 Nível de melhora com o tratamento

A variável “nível de melhora com o tratamento” foi testada estatisticamente por sua importância para se reconhecer possíveis fatores que possam estar associados a uma melhor resposta com o tratamento da fisioterapia domiciliar (ver Tabela 9).

Realizou-se o cruzamento da variável “nível de melhora com o tratamento” com as variáveis: sexo, grupo etário, grupo de doenças e nível de limitação para saber se existe associação estatística significativa.

As perguntas são: Existe associação do “nível de melhora com o tratamento” dos pacientes com o seu sexo? Com a sua idade? Com a sua doença? Com nível de limitação?

O teste realizado foi o qui-quadrado de Pearson para todos os cruzamentos e o linear, para o grupo etário.

No cruzamento da variável “nível de melhora com o tratamento” com grupo de doenças e nível de limitação, observou-se a associação para o teste de Pearson ( $p=0,001$ ). Porém, no cruzamento com as variáveis: sexo e grupo etário, verificou-se que não existe associação para o teste de Pearson nem para o teste linear (ver Tabela 9).

Sendo assim, respondendo às questões colocadas, existe associação estatisticamente significativa do “nível de melhora com o tratamento” dos pacientes com a sua doença e com o seu nível de limitação. Verificou-se que quanto maior a restrição, maior tende a ser a pequena melhora; e que em todos os níveis de dependência a frequência maior do nível de melhora foi o de “Boa melhora”. Este resultado é compatível com o que se observa na prática profissional, onde se verifica um bom resultado de recuperação mesmo nos pacientes com restrição ao leito, e que, neste caso, quanto menor o grau de dependência, maior é a melhora obtida (ver Tabela 9).

Nas doenças, verificou-se que as cardiorrespiratórias obtiveram a maior frequência na categoria “Não obteve melhora” (óbitos, internações e interrupções). Esse resultado corrobora o que é observado na prática profissional: as doenças

cardiorrespiratórias, pela sua gravidade de óbito eminente, possuem um maior risco de intercorrências (óbitos, internações e interrupções) (ver Tabela 9).

#### 3.4.3.5 Grupo etário por nível de limitação

Sabendo-se pela a literatura e pela experiência profissional que no idoso a fragilidade (dado importante para a recuperação funcional) é maior conforme o aumento da idade, resolveu-se verificar estatisticamente se existe associação dos grupos etários com o nível de limitação dos pacientes assistidos na fisioterapia domiciliar (ver Tabela 10).

Os testes realizados foram o qui-quadrado de Pearson e o linear, para os cruzamentos.

No cruzamento da variável “grupo etário” com a variável “nível de limitação”, observou-se a associação para o teste de Pearson e para o linear ( $p < 0,001$ ) (ver Tabela 10).

Sendo assim, conclui-se que existe associação estatisticamente significativa do “grupo etário” com o “nível de limitação” dos pacientes. Verificou-se também que, no caso da “restrição ao leito - total”, a forma mais grave de limitação funcional abordada neste estudo, quanto maior a idade, maior a frequência encontrada na “restrição ao leito - total”, o que é coerente com o que se observa na prática profissional.

#### 3.4.3.6 Tipo de tratamento

A variável “tipo de tratamento” foi testada estatisticamente para verificar se a sua atuação está associada ao “objetivo do tratamento”, “nível de limitação”, “grupo de doenças” e “nível de melhora com o tratamento” (ver Tabela 11).

Realizou-se o cruzamento da variável “tipo de tratamento” com as variáveis: “objetivo do tratamento”, “nível de limitação”, “grupo de doenças” e “nível de melhora com o tratamento” para responder às seguintes questões:

Existe associação estatística significativa do “tipo de tratamento” dos pacientes com o “objetivo do tratamento”? Existe associação estatística significativa do “tipo de tratamento” dos pacientes com o seu “nível de limitação”? Existe associação estatística significativa do “tipo de tratamento” dos pacientes com o seu “grupo de doenças”? Existe associação estatística significativa do “tipo de tratamento” dos pacientes com o seu “nível de melhora com o tratamento”?

O teste realizado para este cruzamento foi o qui-quadrado de Pearson.

Observou-se no cruzamento do “tipo de tratamento” dos pacientes com o seu “objetivo do tratamento” o teste de Pearson encontrou associação estatística significativa ( $p < 0,001$ ), confirmando o que é reconhecido na literatura e na prática profissional, pois sabe-se que o profissional escolhe determinado tipo de tratamento de acordo com o objetivo a ser atingido (ver Tabela 11).

Realizou-se o cruzamento da variável “tipo de tratamento” com a variável “nível de limitação”. Observou-se a associação significativa estatisticamente para o teste de Pearson ( $p < 0,001$ ), confirmando o que é reconhecido na prática profissional, pois sabe-se que o nível de limitação interfere na escolha do profissional por determinado tipo de tratamento (ver Tabela 11).

Verificou-se que para todos os níveis de dependência a maior frequência coube com destaque ao tipo de tratamento motor, seguido pelo tratamento motor e respiratório, respiratório, e por fim o grupo cardíaco-motor e cardíacorrespiratório, na mesma ordem de tendência. Este resultado confirma o que é visto na prática profissional: o tipo de tratamento de fisioterapia domiciliar mais frequente é o tipo motor, para todos os níveis de dependência; os demais tipos de tratamento têm uma frequência bem menor, o que é compreensível, já que a fisioterapia é uma especialidade voltada para a recuperação, principalmente, dos movimentos funcionais.

Além disso, verifica-se que na categoria dos pacientes restritos ao leito é onde existe a maior frequência de tratamento motor e respiratório. Na prática profissional também se observa que os pacientes restritos ao leito têm maior associação de problemas respiratórios, pela sua inatividade em leito (ver Tabela 11).

Os pacientes da categoria “deambula sem dependência” são os maiores usuários da fisioterapia respiratória. Este resultado é visto na prática profissional, pois a maioria dos pacientes que precisam de fisioterapia domiciliar do tipo somente respiratória são em geral os que deambulam sem dependência, mas não podem ir ao ambulatório devido



à fadiga extrema em pequenos esforços, por seu déficit respiratório, o que justifica o seu atendimento a nível domiciliar, e não ambulatorial (ver Tabela 11).

Realizou-se o cruzamento da variável “tipo de tratamento” com a variável “grupo de doenças”. O teste realizado para este cruzamento foi o qui-quadrado de Pearson. Observou-se a associação significativa estatisticamente para o teste de Pearson ( $p < 0,001$ ), confirmando o que é conhecido na prática profissional (ver Tabela 11).

Observa-se que a doença AVC possui maior frequência no tipo de tratamento motor, assim como as poliartralgias / osteoporose, fraturas, traumático-ortopedico vascular / pós-operatório e os distúrbios psiconeuromotor e neoplasias. As doenças cardiorrespiratórias possuem maior frequência ao tratamento motor e respiratório. Estes resultados confirmam o que é visto na prática profissional: o tipo de tratamento “motor” na fisioterapia domiciliar é frequente em quase todos os tipos de doenças encaminhadas, exceto nas doenças relacionadas ao trato cardiorrespiratório, nas quais, apesar de tenderem para o tipo de tratamento cardíaco, se utiliza com maior frequência o tratamento motor respiratório, devido ao fato de muitos dos exercícios respiratórios serem associados aos movimentos, que se obtém uma melhora cardíaca e respiratória dentro da funcionalidade motora do indivíduo (ver Tabela 11).

Realizou-se o cruzamento da variável “tipo de tratamento” com a variável “nível de melhora com o tratamento”. O teste realizado para este cruzamento foi o qui-quadrado de Pearson. Observou-se a associação significativa estatisticamente para o teste de Pearson ( $p=0,001$ ), concluindo-se então que existe associação do “tipo de tratamento” com o “nível de melhora” (ver Tabela 11).

Observa-se que o tipo de tratamento motor possui maior frequência no nível de “grande melhora e alta”, enquanto que o tratamento “motor e respiratório”, o “respiratório” e o “cardíaco-motor e cardíaco-respiratório” possuem maior frequência na categoria “não obteve melhora” (óbitos, internações e interrupções). Este resultado confirma o que é visto na prática profissional: o tipo de tratamento motor tende a ter uma grande melhora com o tratamento, porém os tratamentos relacionados à parte respiratória e cardíaca tendem a maiores complicações devido ao comprometimento orgânico, pela maior instabilidade clínica desses pacientes.

## 4 DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os resultados das informações coletadas nos prontuários de 1.203 pacientes com incapacidade de locomoção atendidos pelo Centro de Fisioterapia Domiciliar no período de 1º de janeiro de 1999 a 1º de janeiro de 2009.

Dos estudos brasileiros sobre o percentual da incapacidade severa nos idosos, destaca-se o de Trelha *et al.* (2006), que pesquisaram a caracterização de idosos restritos ao domicílio, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde dos Conjuntos Habitacionais Ruy Virmond Carnascialli e Cabo Frio, região norte da cidade de Londrina/PR, e seus cuidadores, mostrando que, em relação à mobilidade, 20,8% dos idosos referiam estar restritos ao leito ou a cadeira de rodas. Entretanto, achados mais elevados foram encontrados no estudo de Cerqueira (2003), que examinou o perfil da população institucionalizada em asilos, onde 29% dos homens e 42% das mulheres são acamados. No presente estudo foi verificado que 89,8% dos pacientes atendidos na fisioterapia domiciliar possuem incapacidade severa em restrição domiciliar: “Restrito ao leito - Dependente para deambular”, com 52%, e o grupo de “Restrito ao leito – Total”, com (37,8%); ambos os resultados, totalizando 89,8% (ver Tabela 3). Como pode ser observado, conforme a especificidade da amostra para a incapacidade funcional utilizada nas pesquisas aqui referidas, o valor dos achados tende a aumentar. A pesquisa de Trelha utilizou como amostra os moradores restritos ao domicílio em Londrina; na pesquisa de Cerqueira foi utilizada uma amostra mais específica para a incapacidade funcional: o perfil da população institucionalizada em asilos; e na presente pesquisa foi utilizada uma amostra ainda mais específica que a anterior para a incapacidade funcional: os usuários do serviço de fisioterapia domiciliar, tendo evidenciado um valor bem superior que as demais pesquisas, o que é compatível com a especificidade ainda maior da amostra coletada neste estudo.

Nos estudos de fisioterapia em idosos, McArdle, Katch e Katch (1992) mostraram que grande parte do progresso na recuperação funcional está na plasticidade do sistema muscular dos idosos; Roth *et al.* (1999) demonstraram que a capacidade de plasticidade neuromuscular está também preservada em idosos com idades superiores a 80 e 90 anos; finalmente, Skelton *et al.* (1995), após doze semanas de exercícios resistidos com intensidade moderada (uso de borracha elástica) em idosos com idade entre 76 e 93 anos, exibiram aumentos médios de 27% para a extensão do joelho, 22%

para a flexão do joelho, e 4% para a força de preensão das mãos; admitiu-se que, para as tarefas cotidianas, esses ganhos de força certamente determinaram a melhora da habilidade funcional desses indivíduos. Resultados semelhantes foram obtidos na pesquisa brasileira em hemiplégicos crônicos realizada por Teixeira-Salmela, *et al.* (2005). No presente estudo foi verificado que 13,9% dos pacientes de 80-89 anos e 15,6% dos pacientes com 90 anos ou mais (ver Tabela 9) obtiveram grande melhora e alta após terem sido submetidos a fisioterapia domiciliar por um tempo de tratamento em média de 4,9 meses para um desvio padrão de 5,1 (ver Tabela 5). Este resultado corrobora as pesquisas citadas anteriormente, demonstrando que mesmo em extrema idade pode-se verificar resposta dos pacientes com a fisioterapia, e que estas melhoras determinam a melhora da habilidade funcional desses indivíduos, conforme os registros de alta. Esses dados confirmam a contribuição da fisioterapia no sentido de prover maior independência e autonomia, mesmo no idoso de idade mais avançada.

Os estudos de Cumming e Klineberg (1994) mostraram que a incidência de quedas em idosos é de cerca de 32% ao ano, sendo que 24% resultam em fraturas que requerem atendimento médico. Na presente pesquisa, foi demonstrado que 15,9 % dos pacientes que são atendidos na fisioterapia domiciliar são pacientes encaminhados a este tratamento pelo motivo principal de fraturas (ver Tabela 3). Desta forma, levando em consideração os achados dos autores com o da presente pesquisa, pode-se afirmar que, as fraturas estão presentes nas condições que requerem atendimento médico e fisioterapia domiciliar, confirmando assim a sua gravidade para a restrição ao leito.

Quando se compara o percentual da população idosa em relação à faixa etária no Rio de Janeiro (ver Tabela 2), observa-se que o maior percentual está na faixa de 60 a 69 anos, com 859.812 indivíduos, que correspondem a 56% dos idosos do Rio de Janeiro. E que as faixas de 70-79 anos (com 498.871) e de 80 anos ou mais (com 183.035) representam 32% e 12%, respectivamente, perfazendo 44% (IBGE, 2000). Neste presente estudo, a faixa etária que predominou no atendimento domiciliar foi a de 80-89 anos, seguida pela faixa de 70-79 anos e a de 90 anos ou mais, com 33,4%, 30,9% e 12,9%, respectivamente, que juntas concentram mais da metade dos usuários, totalizando 77,2% (ver Tabela 3). Considerando a pesquisa do IBGE e os resultados desta presente pesquisa, pode-se dizer que, embora a maior concentração de idosos no Rio de Janeiro ser encontrada na faixa de 60-69 anos, os idosos que utilizam o serviço

de fisioterapia domiciliar são justamente os idosos da faixa de 70 anos ou mais de idade, que correspondem aos 44% dos idosos do Rio de Janeiro.

Quando se compara o percentual da população idosa em relação ao sexo no Rio de Janeiro (ver Tabela 2), observa-se que o predomínio está no sexo feminino, com o total de 1.541.719 indivíduos (59%), em relação ao sexo masculino, que totalizava 638.413 indivíduos com 41% (IBGE, 2000). Na presente pesquisa também foi evidenciado o predomínio do sexo feminino, com 71,4% (ver Tabela 3). Levando em consideração a pesquisa do IBGE e os resultados da presente pesquisa, pode-se dizer que o predomínio do sexo feminino na população idosa do Rio de Janeiro se estende e acentua-se nos usuários da fisioterapia domiciliar.

Segundo pesquisa do IBGE (2002), o AVC é a maior causa de morte para os brasileiros acima de 65 anos. Na presente pesquisa também ficou evidenciado que o AVC é a doença de maior causa de atendimento de fisioterapia domiciliar (32,3%), e que é a doença com maior tempo médio de tratamento de fisioterapia domiciliar, com 6,2 meses para um desvio padrão de 5,1 (ver Tabelas 3 e 5). Em vista dos resultados da pesquisa do IBGE e os resultados da presente pesquisa, pode-se dizer que o AVC, além de ser a maior causa de morte para os brasileiros acima de 65 anos, é também a doença de maior causa de atendimento de fisioterapia domiciliar e com maior tempo médio de tratamento: 6,2 meses.

Na pesquisa de Góis e Veras (2007b) sobre a morbidade hospitalar em idosos no Brasil, a primeira doença que se destacou em 2005 com o maior número de casos (28%) foram as doenças do aparelho circulatório, e a segunda doença encontrada em maior número nas internações no ano de 2005 foram as doenças do aparelho respiratório (17%). Na presente pesquisa foi evidenciado que as doenças cardiorrespiratórias representaram 10,2%, e o AVC 32,3% das doenças encaminhadas à fisioterapia domiciliar (ver Tabela 3). Considerando a pesquisa de Góis e Veras (2007b) e os resultados da presente pesquisa, pode-se dizer que as principais doenças encontradas na morbidade hospitalar (as doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho respiratório) também apresentam-se acentuadas na fisioterapia domiciliar, ou seja, o predomínio dessas doenças de forma destacada na internação também se verifica na reabilitação.

Rebelatto e Morelli (2004) apontam que a idade avançada implica no aumento da incapacidade e na resposta mais lenta das ações fisioterapêuticas. No presente estudo

foi verificado que quanto maior a idade, maior a frequência encontrada na “restrição ao leito - total” (ver Tabela 10), e que os pacientes de 90 anos ou mais têm uma proporção maior de tempo de permanência no tratamento mais longo - de quatro meses a um ano e mais de um ano (ver Tabela 7). Levando em consideração o que foi abordado por Rebelatto e Morelli (2004) e, pela presente pesquisa, pode-se dizer que os resultados desta pesquisa confirmam e mostram que na idade mais avançada prevalece a maior incapacidade e a resposta mais lenta das ações fisioterapêuticas.

O rol de procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (2010) que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, não contempla a fisioterapia domiciliar; entretanto, prevê que nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, ela deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes. Desta forma, muitos dos planos de saúde usam limites para a autorização de fisioterapia domiciliar. Mediante este fato, neste estudo foi verificado que a média do tempo de permanência de tratamento domiciliar para uma grande melhora e alta tem uma variação por doença entre 2,9 meses e 6,2 meses, da seguinte forma: 1) as poliartralgias e osteoporose tiveram a média de 2,9 meses; 2) nas doenças cardiorrespiratórias a média foi de 3,3 meses; 3) nas doenças traumato-ortopédico vasculares e pós-operatório a média foi de 4,6 meses; 4) nas fraturas, a média foi de 5,2 meses; 5) as doenças com distúrbio pisciconeuromotor e neoplasia registraram a média de 5,5 meses; e 6) o AVC, ficou com a média maior de tempo de tratamento para alta, com 6,2 meses (ver Tabela 5). Levando em consideração o que a ANS determina, a importância da fisioterapia domiciliar e os resultados desta pesquisa, pode-se dizer que a fisioterapia domiciliar deveria ser recomendada na previsão contratual dos planos de saúde para aqueles que possuem incapacidades severas que impeçam seu deslocamento até a rede ambulatorial, limitando assim a hospitalização, a improdutividade e os custos governamentais. E nos casos em que forem estipulados limites, que os mesmos devam assegurar o tempo mínimo necessário para a recuperação por doença: sendo 2,9 meses para as poliartralgias e osteoporose; 3,3 meses para as doenças cardiorrespiratórias; 4,6 meses para as doenças traumato-ortopédico vasculares e pós-operatório; 5,2 meses no caso de fraturas; 5,5 meses para as doenças com distúrbio pisciconeuromotor e neoplasia; e 6,2 meses nos casos de AVC.

Góis e Veras (2007b) referem que o período pós-hospitalização é fonte de preocupação nas pesquisas recentes, pois normalmente o idoso não consegue retornar às atividades diárias que desempenhava anteriormente à internação, o que contribui para o aparecimento de incapacidades. E, conforme Góis e Veras (2007a), este quadro é agravado pela falta de acesso à fisioterapia domiciliar precoce após a hospitalização. Entretanto, a Constituição Federal e a Constituição do Estado do Rio de Janeiro, a Lei Orgânica dos Municípios e as leis que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) declaram que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O art. 2º da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990). No presente estudo foi verificado que a maior frequência em menor “tempo de permanência no tratamento” (até 3 meses de tratamento) ocorreu justamente no grupo de menor “tempo que possui a doença do início do tratamento” (até 1 ano), com 55,4% (ver Tabela 7); evidenciando que o menor tempo de tratamento ocorre nas doenças mais recentes. Levando em consideração os resultados de Góis e Veras (2007a, 2007b), as determinações da Constituição Federal, da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, da Lei Orgânica dos Municípios, das leis que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e os resultados da presente pesquisa, pode-se dizer que as alternativas concretas para a diminuição, em grande parte, da incapacidade nos idosos, estão nos projetos de implementação dos programas de atendimento de fisioterapia domiciliar vinculados à alta hospitalar na rede pública e na rede suplementar de saúde.

Na rede suplementar de saúde, como já foi visto, a ANS, em seu rol de procedimentos, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, não é contemplada a fisioterapia domiciliar (ANS, 2010). Os resultados da presente pesquisa mostraram que existe associação estatisticamente significativa do “nível de melhora com o tratamento” dos pacientes com a sua doença e com o seu nível de limitação. Verificou-se também que, quanto maior a restrição, maior tende a ser a pequena melhora com 31,9% (ver Tabela 9); Assim, fica reforçada a necessidade da garantia do acesso à fisioterapia domiciliar para assegurar os melhores resultados na recuperação dessas incapacidades, já que a demora

deste atendimento propicia a instalação de deformidades que agravam o quadro de restrição no leito, e é determinante para que as intervenções fisioterapêuticas, sejam menos efetivas. Então, levando em consideração os preceitos da ANS, as determinações a Constituição Federal e a Constituição do Estado do Rio de Janeiro, a Lei Orgânica dos Municípios, as leis que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e os resultados da presente pesquisa, pode-se dizer que, a ANS deve incluir a fisioterapia domiciliar em seu rol de procedimentos, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, para que assim venha garantir as condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Conforme o art.3º do Decreto-lei nº 938/69, são atividades privativas do fisioterapeuta: “executar métodos e técnicas fisioterapêuticos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (BRASIL, 1969). Entretanto, como já foi visto, de acordo com a Lei 9.961/2000, na estrutura da ANS a Câmara de Saúde Suplementar é de caráter consultivo e tem como principal objetivo promover a discussão de temas relevantes para o setor de saúde suplementar no Brasil. Ele é formado por um representante de cada órgão e entidade. Entre os conselhos profissionais que participam da Câmara estão o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Federal de Odontologia e o Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2000). O Conselho de Fisioterapia não participa da Câmara de Saúde Suplementar; o que corrobora com Góis (2005), quando afirma que a fisioterapia no Brasil não participa de forma expressiva das reuniões deliberativas e consultivas no âmbito da saúde pública ou privada, o que impede uma discussão da Fisioterapia no contexto da saúde funcional. Acrescenta-se ainda, segundo Camarano (2004), que no Brasil a incapacidade do idoso é uma realidade a ser enfrentada neste novo perfil epidemiológico, pois aumenta a improdutividade e os custos governamentais; e que, conforme Rebelatto e Morelli (2004), muitas dessas incapacidades podem ser revertidas ou estabilizadas com a fisioterapia. Por esse motivo, a fisioterapia domiciliar deveria ser recomendada para aqueles que possuem incapacidades severas que impeçam seu deslocamento até a rede ambulatorial, limitando assim o recurso à hospitalização. Ainda, segundo Góis e Veras (2007a), a falta de critérios específicos na elegibilidade, na regulamentação e na priorização desse atendimento dificulta o acesso dos pacientes a esta modalidade, tanto na rede pública quanto na rede suplementar. Esta coibição, conforme Rebelatto e

Morelli (2004), interfere diretamente nas intervenções fisioterapêuticas, que, para serem mais efetivas, devem ser instituídas precocemente. Neste contexto, os resultados da presente pesquisa mostraram que a fisioterapia domiciliar é uma assistência eficiente, necessária e que atende adequadamente ao perfil epidemiológico atual de nosso país, e a sua inibição causa o aumento do recurso à hospitalização, da improdutividade, dos custos governamentais, além de prejudicar as respostas nas intervenções fisioterapêuticas (ver Tabelas 3 a 11). Dessa forma, levando em consideração os preceitos da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, onde estabelece que é dever do Estado garantir as condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua recuperação, pode-se dizer que é necessária a inclusão de um representante do Conselho de Fisioterapia na Câmara de Saúde Suplementar da ANS, para permitir uma discussão sobre os critérios específicos na elegibilidade, na regulamentação e na priorização da assistência de fisioterapia domiciliar, assim como em todas as demais discussões sobre as ações pertinentes ao contexto da saúde funcional.

No capítulo um foram listados os atributos que a Resolução CNE/CES 4/2002 considera pertinentes ao profissional formado no Curso de Graduação em Fisioterapia (BRASIL, 2002). Entretanto, ao identificar o perfil dos usuários de fisioterapia domiciliar, a presente pesquisa verificou que o fisioterapeuta que atua nesta área tem maior necessidade de conhecimentos de geriatria / gerontologia; de AVC; do tratamento motor e respiratório; além de saber lidar diferenciadamente com a restrição ao leito domiciliar no contexto familiar e sociocultural de cada paciente (ver Tabelas 3 e 11). Evidencia-se assim que, em caso de processo seletivo e na elaboração de um projeto pedagógico para os cursos de aprimoramento ou especialização na área de fisioterapia domiciliar, deverão ser privilegiados os conhecimentos sobre geriatria / gerontologia; AVC; tipo de tratamento motor e respiratório; além da preparação para lidar com a restrição ao leito domiciliar no contexto familiar e sociocultural de cada paciente.

Segundo a OMS, Cuidados Paliativos são uma abordagem que objetiva a melhoria na qualidade de vida do paciente (OMS, 2010). Para Saldanha e Caldas (2004) a abordagem multidisciplinar é importante nos Cuidados Paliativos para promover uma assistência completa.

É neste contexto que a fisioterapia domiciliar também pode atuar, de forma complementar a abordagem paliativa a fim de obter, dentro de seu alcance profissional,



o cuidado que o paciente necessita. Muitas pessoas ainda consideram a fisioterapia domiciliar como apenas um dos Cuidados Paliativos, utilizada somente no tratamento para pacientes terminais que, por esta razão, não têm alta. No entanto, os resultados desta pesquisa mostraram que a frequência do percentual válido para os pacientes com “grande melhora e alta” foi de 17%, com a média de “tempo de duração de tratamento” de 4,9 meses (ver Tabelas 3 e 5); Sabendo-se que “grande melhora e alta” refere-se aos pacientes que estão em preparo de alta, ou em, alta direta, comprovou-se que a fisioterapia domiciliar é sim um atendimento de alta, sendo necessário reverter o pensamento estereotipado de que o tratamento de fisioterapia domiciliar, não tem alta; pois este conceito errado prejudica o paciente e seus familiares, que sofrem por um pessimismo antecipado que se reflete na adesão ao tratamento, e também prejudica o investimento na realização de projetos, regulamentos e ações sobre a fisioterapia domiciliar que visam atender a todos aqueles que dela necessitam. A fisioterapia domiciliar é um atendimento de alta, que tem a previsão de entrada de novos casos por alta em torno de 17% ao mês, sendo assim perfeitamente viável a estruturação de uma assistência de fisioterapia domiciliar mais inclusiva e gratuita, em que todos possam ter direito a esse atendimento.

#### **4.1 Limitações do Estudo**

Como todas as pesquisas, especialmente aquelas que envolvem seres humanos, esta também apresenta algumas limitações que vale a pena discutir. A começar pelo instrumento utilizado, os prontuários, que muitas vezes estavam ilegíveis ou não continham as informações buscadas pela pesquisa. Mas esta situação foi em parte sanada com o esforço de recuperação dos dados, utilizando-se contatos telefônicos ou buscas em diferentes fichas sobre o paciente ou sobre o fisioterapeuta do atendimento. Assim, apenas alguns dados foram perdidos, o que é compatível em uma pesquisa baseada em prontuários, principalmente quando é elevado o número de sujeitos (1.203 no caso da presente pesquisa).

Ao se estudar o funcionamento do serviço, os dados dos prontuários foram trabalhados da forma mais genuína possível: todas as classificações utilizadas foram

mantidas, apesar de muitas delas não serem as mais usadas cientificamente, para que se pudesse passar para a pesquisa o real modelo de funcionamento empregado. Outra limitação se deve ao fato de a coleta de dados ter sido realizada em somente um Centro de Fisioterapia. Mas, como cada local possui um prontuário diferente, isto reduziria muito os dados coletados. Pode-se em uma próxima pesquisa, envolver outros centros de fisioterapia visando mais a parte de funcionamento dessas assistências, para compará-las. No tratamento estatístico foram utilizados apenas testes comparativos, mas a criação de um modelo estatístico também poderá ser pensado para um próximo trabalho. Por fim, convém lembrar dos limites espaciais inerentes a esta pesquisa, sendo os resultados apresentados específicos a esta realidade do estudo. Apesar das limitações, acredita-se que os resultados encontrados possam ser de grande contribuição para a área, pois podem servir de base para estudos em outros municípios, assim como podem gerar mudanças que aprimorem o cuidado de fisioterapia domiciliar no país.

## 5 CONCLUSÃO

Pesquisas como a que foi aqui apresentada permitem uma visão mais ampla das incapacidades em diversas categorias, fornecendo um perfil para uma constante adequação às necessidades de assistência domiciliar, seja na recuperação/ alta ou no controle e favorecimento da qualidade de vida no leito. A utilização dos registros de prontuários com o uso de pareceres periódicos e padronizados favoreceu a realização desta pesquisa para se conhecer o perfil da população que utiliza a assistência de fisioterapia domiciliar e as demandas necessárias para o aprimoramento dos profissionais de fisioterapia.

É importante salientar que todas as conclusões aqui citadas se baseiam no contexto da realidade do estudo; por este motivo, estão limitadas a esta realidade, e estarão sujeitos a variações se forem aplicadas em outras realidades diferentes da retratada neste estudo. Mas, certamente, servirão para nortear novos estudos e maiores aprofundamentos sobre a questão da fisioterapia domiciliar no Brasil.

Mediante os resultados da distribuição da frequência das variáveis estudadas, pode-se destacar que:

- O perfil epidemiológico do paciente atendido na fisioterapia domiciliar no Rio de Janeiro é o idoso com idade média de 75,8 anos, do sexo feminino, com seqüela de AVC, acometido até um ano atrás (do início do tratamento), restrito ao leito, com dependência de terceiros para deambular.
- O perfil do tratamento de fisioterapia domiciliar utilizado é: do tipo motor, com o objetivo de treino de marcha e equilíbrio; o tempo de permanência no tratamento é em média de 5,8 meses, com o resultado de boa melhora, que corresponde à recuperação da metade ou mais dos objetivos propostos na avaliação inicial.

Confirmou-se que existe associação da idade com o “nível de limitação” dos pacientes. E que quanto maior a idade, maior a frequência encontrada na “restrição ao leito - total”.

Sendo assim, pode-se concluir que a fisioterapia domiciliar é uma assistência prevalentemente geriátrica, sendo viável a estruturação de uma assistência de

fisioterapia domiciliar mais inclusiva e gratuita, em que todos possam ter direito ao atendimento de fisioterapia domiciliar com uma provável rotatividade de vagas por alta, em torno de 17% por mês.

Se o número de idosos com idade cada vez mais avançada tem aumentado, e com previsões de aumentar ainda mais, estaremos então fadados a ter grande parte da população do Brasil em estado de restrição ao leito- total se nada for feito pela saúde funcional desses idosos. Logo, a fisioterapia terá de ser pensada como parte integrante da área primária de saúde com o foco na prevenção, para que em um futuro breve tenhamos mais idosos participativos e ativos, e menos idosos no leito domiciliar, consumindo serviços e insumos, o que afetaria o curso e a balança orçamentária de qualquer país.

### **5.1 Recomendações**

Na gestão pública ou privada da fisioterapia domiciliar observou-se que, após um evento com sequela incapacitante e depois de sua alta hospitalar, no caso de estar acamado o paciente tem um custo adicional de fisioterapia domiciliar em média por 5,8 meses. Essa média tem uma variação de três até 6,2 meses, de acordo com a doença; No caso das poliartralgias / osteoporose, a média é de 2,9 meses; Porém, no caso do AVC, a média é de 6,2 meses. Os atendimentos podem variar de duas até três vezes por semana; o mais indicado é iniciar com três vezes por semana, passando depois para duas vezes por semana. A terapia mais intensiva é sempre indicada ainda no hospital, o mais cedo possível, e sendo espaçada progressivamente. Enfim, a pesquisa mostrou que a grande maioria dos tratamentos tem a duração de até três meses. Lembrando que alguns convênios de saúde usam limites para autorização de fisioterapia domiciliar, recomenda-se então que estes dados podem ser utilizados para propiciar uma base e facilitar na decisão da melhor escolha para a utilização desses limites, da forma mais proveitosa possível, de acordo com cada paciente e com a doença principal.

Nas políticas em saúde, verificou-se que a frequência do percentual válido para os pacientes com “grande melhora e alta” foi de 17%, com a média de “tempo de duração de tratamento” de 4,9 meses; Sabendo se que “Grande melhora e alta” refere-se

aos pacientes que estão em preparo de alta para o ambulatório ou, em alguns casos, de alta direta, uma vez implementada essa assistência, após os 4,9 primeiros meses haverá uma provável rotatividade de vagas, em torno de 17% ao mês. Este quadro se contrapõe ao pensamento estereotipado de que o tratamento de fisioterapia domiciliar, uma vez iniciado, é para toda a vida e não tem alta; e que, uma vez preenchida todas as vagas para o atendimento, não haveria perspectiva de entrada de novos pacientes. Desse modo, recomenda-se que este dado mesmo, ainda que de forma tímida, seja utilizado para incentivar o investimento na realização de projetos, regulamentos e ações sobre a fisioterapia domiciliar, vendo essa assistência por uma nova ótica, pautada acima de tudo na garantia do acesso, na responsabilidade da continuidade da assistência pelo tempo que for preciso, e no compromisso da sua ampliação com equidade, para atender a todos aqueles que dela necessitam.

Quanto à formação dos fisioterapeutas envolvidos na assistência domiciliar, recomenda-se que, para melhor atender a essa clientela, os mesmos deverão estar bem familiarizados e estruturados nas seguintes formações: em especial, a geriatria/gerontologia; depois, o conhecimento de doenças, em específico o AVC, e o domínio do tipo de tratamento motor e respiratório; e, fundamentalmente, saber lidar com a restrição ao leito domiciliar, no contexto familiar e sociocultural de cada paciente, diferenciadamente. Estas características facilitarão a abordagem profissional e garantirão melhores benefícios.

Visto que apesar de a análise da frequência da maioria dos pacientes no “tempo que possui a doença” ao iniciar a fisioterapia foi de até um ano, sabe-se que a entrada do paciente na assistência de fisioterapia domiciliar ainda se realiza tardiamente, e isso reflete diretamente nos resultados da reabilitação. Por esse motivo, recomenda-se que a alta hospitalar seja vinculada ao início da fisioterapia domiciliar, possibilitando assim os melhores resultados na reabilitação do paciente, para que no futuro tenhamos em nosso país idosos com menos incapacidades funcionais, mais participativos e, conseqüentemente, mais produtivos e saudáveis.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, R. D. ; VICTOR, M. *Neurologia*. México: Nueva, 1996.

ADLER, S. J.; BECKERS, D. ; BUCK, M. *PNF in Practice*. Berlim: Springer, 1993.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). *Rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: ANS, 2010. Disponível em: <[http:// www.ans.gov.br/](http://www.ans.gov.br/)> Acesso em: 12 mar. 2010.

ANVISA- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 jan. 2006. Seção 1, p. 78.

ALBUQUERQUE, S. M. L. de. *Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ALMEIDA, N. M. *A reinserção sócio-profissional do idoso no mundo tecnológico*. 2001. 197 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BANKS, M. A. Physiotherapy. In: CAIRD, F.I. (Ed.) *Rehabilitation in Parkinson's disease*. London: Chapman and Hall, 1991.

BANKS, M. A. ; CAIRD, F. I. Physiotherapy benefits patients with Parkinson's disease. *Clin Rehabil*, London, v. 3, n. 1, p. 11-16, 1989.

BATES, D. W. et al. Effect of computerized physician order entry and a team intervencion on prevention of serious medication errors. *JAMA*, Chigaco, v. 280, p. 1311-1316, 1998.

BRASIL. Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 out. 1969. Seção 1, p. 3658.

BRASIL. Lei n 6.316, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 dez. 1975. Seção 1, p. 16805-07.

BRASIL. Lei nº 8.080, de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-59.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 jan.1994. Seção 1, p. 1-3.

BRASIL. Lei n. 9.961 combinada com a MP 2.177-44, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Seção 1, p. 5.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 abr. 2002. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Resolução CNE/CES n. 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional*, 3. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 145.

\_\_\_\_\_. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMBIER, J. ; MASSON, M. ; DEHEN, H. *Manual de neurologia*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

CARLETTI, S. M. da M. ; REJANI, M. L. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: NETTO, M. P. (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p. 415-430

CARVALHO-FILHO, E. T. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 36-42, 1998.

CERQUEIRA MBR. *Envelhecimento populacional e população institucionalizada [um manuscrito]: um estudo de caso dos asilos do município de Montes Claros*. 2003. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento, Belo Horizonte, 2003.

CIANCIARULLO, T. I. et al. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe, 2002.

COLLOPY, B. ; DUBLER, N. ; ZUCKERMAN, C. The ethics of home care: autonomy and accommodation. *The Hastings Cent. Rep.*, New York, v. 20, p. 1-16, Mar./Apr. 1990. Supplement 2.

CUMMING, R. G. ; KLINEBERG, R. J. Fall frequency and characteristics and the risk of hip fractures. *J. Am. Geriatr. Soc.*, New York, v. 42, p. 774-778, 1994.

DAL BEN, L. W. Serviço de atendimento de enfermagem residencial. In: DUARTE, Y. A. de O. ; DIOGO, M. J. D. (Org.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 575-582.

DIECKMANN, J. (1997). Home health administration: an overview. In: HARRIS, M. (Ed.). *Handbook of home care administration*. USA: Aspen Publication, 1997. p. 3-13.

DOUCET, J. et al. Les effets indésirables des médicaments chez le sujet âgé: épidémiologie et prévention. *Presse Med*, Paris, v. 28, p. 1789-1793, 1999.

DUARTE, Y. A de O. ; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliário: Um enfoque gerontológico. In: \_\_\_\_\_. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 3-17.



FABRÍCIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 721-726, 2004.

FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS. *Older Americans 2000: Key Indicators of Well-being..* Washington, DC: Federal Interagency Forum on Aging-related Statistics, 2000. Disponível em: <<http://www.agingstats.gov>>. Acesso em: 15 maio 2007.

FLORIANI, C. A ; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: Problema ou solução? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, 2004.

FRIES, J. F. Physical activity, the compression of morbidity, and the health of the elderly. *J. R. Soc. Med.*, London, v. 89, n. 2, p. 64-8, 1996.

GAVRILOV, L. A. ; HEUVELINE, P. Aging of population. In: DEMENY, P. ; MCNICOLL, G. (Ed.). *The encyclopedia of population*. New York: Macmillan Reference USA, 2003. Disponível em: <[http://longevity-science.org/Population\\_Aging.htm](http://longevity-science.org/Population_Aging.htm)>. Acesso em: 23 set. 2009.

GERETY, M. B. et al. Adverse events related to drugs and drug withdrawal in nursing home residents. *J. Am. Geriatr. Soc.*, New York, v. 41, p.1326-1332, 1993.

GÓIS, A. L. B. ; VERAS, R. P. Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 49-61, 2007. Disponível em: <[http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232006000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232006000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 set. 2009.

GÓIS, A. L. B. ; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2510](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2510). Acesso em: 23 set. 2009.

GÓIS, A. L. B. *O valor das condutas e comportamentos motores voltados para indivíduos idosos portadores da Doença de Parkinson*. 2005. 357 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Motricidade Humana) – Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, 2005.

GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnNATI/UERJ, 2000.

GOVERNO. Saúde do idoso: envelhecendo com qualidade de vida. Rio de Janeiro: Governo do Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.saude.rj.gov.br/Guia\\_suscidadao/pq\\_45.shtml](http://www.saude.rj.gov.br/Guia_suscidadao/pq_45.shtml) />. Acesso em: 10 fev. 2009.

HIRSCHFELD, M. L ; OGUISSO, T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. *Rev. Bras. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 452-459, 2002.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 10 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. *Sistema IBGE de Recuperação Automática: SIDRA*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. *Síntese de indicadores sociais 2002*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em : <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 13 de out. 2004.

KARSCH, U. M. S. (Org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, 1998.

KELLER, S. M. et al. Emergency and elective surgery in patients over age 70. *Am Surg*, New York, v. 53, n. 11, p. 636-640, Nov. 1987.

LIMA-COSTA, M. F. ; BARRETO, S. M. ; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-43, maio/jun. 2003.

MANIDI, J. M. ; MICHEL, J. P. *Atividade física para adultos com mais de 55 anos: quadros clínicos e programas de exercícios*. São Paulo: Manole, 2001.

MARCOS, B. *Ética e profissionais da saúde*. São Paulo: Editora Santos, 1999.

MCARDLE, W. D. ; KATCH, F. I. ; KATCH, V. L. \_\_\_\_\_. *Fisiologia do exercício, energia, nutrição e desempenho humano*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

MENDES, W. A assistência domiciliar: home care. In: VERAS, R ; LOURENÇO, R. (Ed.). *Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. p. 74-77.

MENDES, W. *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2001.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MONTEIRO, C. P. ; MONTEIRO, J. L. Internação domiciliária. In: DUARTE, Y. A. de O. ; DIOGO, M. J. D. (Ed.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 583-587.

MORIGUCHI, Y. ; MORIGUCHI, E. H. *Biologia geriátrica ilustrada*. São Paulo: Fundação BYK, 1988.

ODENHEIMER, G. L. Geriatric neurology. *Neurol. Clin.*, Philadelphia, v. 16, n. 3, p. 561-567, 1998.

OLIVEIRA, G. M. M. ; KLEIN, C. H. ; SILVA, N. A. S. Mortalidade por doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e causas mal definidas nas regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de 1980 a 2000. *Rev. SOCERJ*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 13-22, 2005.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization, 2001.

\_\_\_\_\_. *Paliative care*. Disponível em: <[http:// www.who.int/](http://www.who.int/)> Acesso em: 13 fev. 2010.

ORTEGA Y GASSET, J. *Obras completas*. Madri: Editora Revista de Occidente, 1947. v. 6.

O'SULLIVAN, S. B. ; SCHMITZ, T. J. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole, 1993.

PAZ, A. A. ; Santos, B. R. L. dos. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. *Rev. Bras. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 5, p. 538-541, set./dez. 2003.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PREFEITURA - PORTAL DA PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Guia das órgãos e os serviços municipais, o diário oficial eletrônico do Município, e as notícias de Rio. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/principal>>. Acesso em: 10 fev. 2009.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.

REBELATTO, J. ; MORELLI, J. G. da S. *Fisioterapia geriátrica*. São Paulo: Manole, 2004.

RIBEIRO, K. S. Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. *Fisioter. Bras.*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 311-318, 2002.

ROTH, S. M. et al. Ultra structural muscle damage in young vs. older men after high-volume, heavy-resistance strength training. *J. Appl. Physiol.*, Bethesda, Md., v. 86, n. 11, p. 1833-1840, Jun. 1999.

ROTHSCHILD, J. M. ; BATES, D. W. ; LEAPE, L. L. Preventable medical injuries in older patients. *Arch. Intern. Med.*, Chicago, v. 160, n. 18, p. 2717-2728, Oct. 2000.

SALDANHA, A. L. ; CALDAS, P. C. (Org). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SANTANA, C. M. Aspectos clínicos na prática geriátrica. In: PEREIRA, C. U. ; ANDRADE FILHO, A. de S. *Neurogeriatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 46-50.

SANTOS, S. T. dos. *Atividade física sob uma perspectiva existencial de vida para o idoso sedentário autônomo: uma reflexão axiológica e fenomenológica*. 2002. 145 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Motricidade Humana) – Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, 2002.

SGRECCIA, E. *Manual de bioética*. São Paulo: Loyola, 1997. 2 v.

SKELTON, D. A. et al. Effects of resistance training on strength, power, and selected functional abilities of women aged 75 and older. *J. Am. Geriatr. Soc.*, New York, v. 43, n. 10, p. 1081-1087, Oct. 1995.

STOKES, M. C. S. P. *Neurologia para fisioterapeutas*: CASH. São Paulo: Editorial Premier, 2000.

SUZELE, Fabricio C. Assistência domiciliar: uma experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev. latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 721-726, set./out. 2004.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F. et al. Treinamento Físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: Impacto na qualidade de vida. *Rev. Bras. Fisioter*, São Carlos, v. 9, n. 3, p. 347-353, 2005.

TRELHA, C. S.; REVALDAVES, E. J.; YUSSEF, S. M. et al. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. *Rev. Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 8, n.1, p.20-27, dez. 2006.

TRIOLA, MF. *Introdução à Estatística*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 2005.

VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

\_\_\_\_\_. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

VOSS, D. E. ; IONTA, M. ; MEYERS, B. *Proprioceptive neuromuscular facilitation: patterns and techniques*. New York: Harper and Row, 1985.

WADE, D. *Measurement in neurological rehabilitation*. Oxford: Oxford University Press, 1992.

WATANABE, M. ; TACANO, T. ; NAKAMURA, K. Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. *J. Epidemiol. Community Health*, London, v. 56, n. 12, p. 913-18, 2002.

**BIBLIOGRAFIA**

AMÂNCIO, A. ; CAVALCANTI, P. C. U. *Clínica geriátrica*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BALTES, P. B. ; BALTES, M. M. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: \_\_\_\_\_ . *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: University of Cambridge, 1990. p. 1-27.

BERESFORD, H. **Valor: saiba o que é**. Rio de Janeiro: Shape, 1999.

CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CENTRO DE FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA. *Prontuários do Serviço Domiciliar: (1999-2002)*. Rio de Janeiro, 2004.

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.

GOVERNO -PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Este é o Canal de comunicação on-line com o Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.governo.rj.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2009.

GROISMAN, D. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. *Cad. Pagu*, São Paulo, n. 13, p.161-190, 1999.

GRUNEWALD, V. ; FIALHO, F. A. P. Considerações sobre ergonomia e terceira idade. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ERGONOMIA, 4., 1997, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: ABERGO, 1999. 1 CD-ROM.

LEVY, J. A. ; OLIVEIRA, A. S. B. *Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico*. São Paulo: Atheneu, 2003.

MCARDLE, W. D. ; KATCH, F. I. ; KATCH, V. L. *Exercise physiology-energy, nutrition, and human performance*. 4th. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990.

MORAES, A. de ; MONT'ALVÃO, C. *Ergonomia: conceitos e aplicações*. 2. ed. ampl. Rio de Janeiro: 2AB, 2000.

MORAGAS, M. R. *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder, 1991.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Population ageing: a public health challenge. *Fact Sheet*, Geneva, n. 135, Sep. 1998. Disponível em: <<https://apps.who.int/inf-fs/en/fact135.html>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

SALDANHA, A. L. ; CALDAS P. C. (Org). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

VARGAS, H. S. *Psicogeriatría geral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

**APÊNDICE A - Modelo de Carta de Consentimento**

REQUERIMENTO PARA: CENTRO DE FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA LTDA.  
CGC 000652000001-22

**PESQUISA****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DE FISIOTERAPIA  
DOMICILIAR NO RIO DE JANEIRO**

Na qualidade de aluna do Curso de Doutorado, pela Faculdade de Ciências Médicas – UERJ, venho através desta, solicitar à este estabelecimento de saúde o consentimento para a coleta de dados em prontuários dos atendimentos de fisioterapia domiciliar realizados de janeiro de 1999 até janeiro de 2009.

Esclareço que a coleta desses dados será de grande importância para a execução da monografia, as consultas nos prontuários terão como objetivo de se **investigar a Prevalência dos diferentes tipos de doenças e a resposta obtida ao tratamento de fisioterapia domiciliar aplicada**, e que as mesmas permitirão favorecer em condutas de prevenção, tratamentos e auxiliar nos programas de prestação de serviço em saúde Pública, assim como colaborar com o conhecimento na área de educação, da saúde e da política social onde, por fim, reverterá em benefício aos pacientes.

Atenciosamente.

Rio de janeiro, 18 de Janeiro de 2005.

---

Ana Luzia Batista de Góis (aluna)

---

Sr. Ivan Lobianco  
Diretor Administrativo  
Centro de Fisioterapia Especializada.





**ANEXO B - Folha De Evolução**

Nome: \_\_\_\_\_

Sessão	Data / Hora da entrada	Descrição / Procedimento/ Evolução	Fisioterapeuta Carimbo/ Ass.	Ass.Resp./ Hora da saída.
1	____/____/____			
2	____/____/____			
3	____/____/____			
4	____/____/____			
5	____/____/____			
6	____/____/____			
7	____/____/____			
8	____/____/____			
9	____/____/____			
10	____/____/____			

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DO PARECER FISIOTERAPÊUTICO**Tratamento realizado  Motora  Respiratória  Outros \_\_\_\_\_

Índice de resposta ao tratamento

 0% Não obteve melhora  25% Pouca melhora  50% Boa melhora 75% Melhora acentuada  90% Preparo para alta 100% Alta

OBS: \_\_\_\_\_

FISIOTERAPEUTA (carimbo e ass.):  
\_\_\_\_\_

Sr. Paciente e/ ou Responsável demonstre aqui o grau de satisfação com o tratamento recebido nesta etapa

 Péssimo  Regular  Bom  Ótimo Ass: \_\_\_\_\_

Sr. Paciente e/ ou Responsável demonstre aqui o grau de percepção de melhora com o tratamento nesta etapa

 Nenhuma  Pouca  Boa  Muito Boa  Ótimo Ass: \_\_\_\_\_**Sugestões:**

SUPERVISOR: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

**ANEXO C - Parecer Fisioterapêutico**

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ D.Nasc. \_\_\_\_\_ CONVÊNIO \_\_\_\_\_

AO MÉDICO: \_\_\_\_\_

INDICAÇÃO: \_\_\_\_\_

REALIZADAS \_\_\_\_\_ SESSÕES DE FISIOTERAPIA, NO PERÍODO DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ATÉ  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.TRATAMENTO REALIZADO:  Motora  Respiratória  outros \_\_\_\_\_**ÍNDICE DE RESPOSTA AO TRATAMENTO REALIZADO:**

- 0% - Não obteve melhora, internações e interrupções
- 25 %- Pouca melhora     50% - Boa melhora.     75% -Grande melhora.
- 90% - Preparo para alta     100 % Alta domiciliar

Intercorrências durante o Tratamento Fisioterapêutico: \_\_\_\_\_

Pedido de continuidade de fisioterapia domiciliar:

Solicito \_\_\_\_\_ sessões \_\_\_\_ X por Semana

Tratamento Sugerido:  Motora  Respiratória  outros \_\_\_\_\_

Observações:

\_\_\_\_\_

Outras Terapias Recomendadas. \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FISIOTERAPEUTAOBS: Após cada etapa realizada, volte ao seu médico para nova revisão e apresente este parecer. Este procedimento é muito importante para sua recuperação.

Campo para utilização do médico. Utilize este espaço para maiores sugestões, dúvidas ou indicações.