

---

# A CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES, E A FISIOTERAPIA EM UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

*The functional capacity of patients and the physical  
therapy in a home-care program*

**Maria do Carmo Baracho de Alencar<sup>1</sup>, Leo Henemann<sup>2</sup>, Renata Rothenbuhler<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, PR - Brasil,  
e-mail: belinha.alencar1@gmail.com

<sup>2</sup> Formando do Curso de Fisioterapia da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, PR - Brasil,  
e-mail: leohenemann@gmail.com

<sup>3</sup> Professora Doutora. Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, PR - Brasil,  
e-mail: renata.rothenbuhler@utp.br

---

## **Resumo**

Um dos grandes problemas do processo de envelhecimento humano está associado à perda da capacidade funcional. O objetivo deste estudo foi o de avaliar a capacidade funcional dos pacientes atendidos no Programa de Assistência Domiciliar de uma Unidade de Saúde e analisar a contribuição da Fisioterapia. A metodologia consistiu de elaboração de um questionário contendo dados demográficos e relacionados à saúde, avaliação físico-funcional e aplicação do Índice de Katz; orientações preventivas foram também realizadas. Foram realizadas duas visitas em cada local, para aplicação dos instrumentos e procedimentos, e comparados os resultados. Foram avaliados na visita inicial 42 indivíduos, e para as reavaliações 30 desses, de ambos os sexos, com idade entre 29 e 96 anos de idade. Os resultados foram analisados pelo teste de Fischer, Razão de Odds e Teste T-student. Os resultados indicaram melhoras em relação às transferências posturais e mobilidades ativas mais especificamente em membros inferiores. O estudo ressalta a importância da atuação da Fisioterapia nesses Programas.

**Palavras-chave:** Idoso; Fisioterapia; Assistência domiciliar.

## **Abstract**

*One of the biggest problems related to ageing, it's associated to the lost of the functional capacity. The objective of this study was to evaluate de functional capacity of pacietns attended in a Home-care Program of a Health Unity, and analyse the contribution of the Physical Therapy. The methodology consisted in elaborating a questionnaire with demografic datas, related to health, physical functional evaluation, and application of Katz Index; and preventive orientations were also given. Two visits in each place were realized to apply the instruments and proceedings and results were compared. In initial visit were evaluated 42 individuals, and for the reevaluation 30 of them; both sexes, with age in between 29 and 96 years old. The results were analyzed by Fischer's Test, Odds Ration, and T-student. The results indicated better situations in the postural transfers, and active mobility especially in lower legs. The study emphasizes the importance of the Physical Therapy in those Programs.*

**Keywords:** *Oldies; Physical therapy; Home-care.*

---

## **INTRODUÇÃO**

Um dos grandes problemas do processo de envelhecimento humano está associado à perda da capacidade funcional, que faz com que o idoso se torne total ou parcialmente dependente, afetando sua autonomia e qualidade de vida. O conceito de capacidade funcional é amplo, trabalhando-se em geral em análises sobre o tema com a questão capacidade/incapacidade. Rosa et al. (1) definem a incapacidade funcional pela presença de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana, ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las.

A capacidade funcional surge como um valor ideal para que o idoso possa viver independente, sendo esta a capacidade de o indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas, como: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, ter o controle financeiro, tomar remédios, fazer compras, arrumar a casa, usar o telefone, caminhar uma certa distância, etc. (2). Van-Bilsen et al. (3) usam em seu estudo o termo *status funcional*, analisando a assistência necessária em atividades domésticas, como: preparar comida, passar, lavar, movimentar-se fora da casa, fazer compras no supermercado. Chaimowicz (4) cita que as questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam com a qualidade de vida.

A frequência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos com incapacidades e a prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde instalado no Brasil (5, 6). Lima-Costa et al. (7) consideraram em seu estudo o relato das seguintes doenças ou condições crônicas: artrite/reumatismo, câncer, diabetes, hipertensão arterial, doença renal crônica, etc., sendo a mais relatada entre os participantes de seu estudo a hipertensão arterial.

A assistência domiciliar constitui uma atividade básica, que é realizada em atenção primária à saúde para responder às necessidades de assistência das pessoas, que de forma temporária ou permanente estão incapacitadas de se deslocar aos serviços de saúde.

Para Felício et al. (8), a atuação fisioterapêutica em domicílio vai além da atenção direta ao paciente, é também mantido o contato com a família. A proposta no programa é de educar e capacitar membros da família para os cuidados com o paciente no domicílio. Em seu estudo, o autor cita que os pacientes que recebiam atendimento desse profissional na equipe de *home-care*, na visão do cuidador, apresentavam condições clínicas mais favoráveis, principalmente em relação à dor e à parestesia, que são alterações comumente encontradas nos pacientes neurológicos crônicos, decorrentes dos períodos de imobilização e diminuição das atividades da vida diária.

---

O Programa de Assistência Domiciliar chamada de “Solidária” deste estudo pertence a uma Unidade de Saúde na região de Curitiba-PR e participaram do programa indivíduos em geral idosos, que necessitavam de cuidados especiais e orientações gerais, com algum nível de dependência e que foram encaminhados para a Fisioterapia por meio de médicos, enfermeiros e assistente social. Nesse contexto de atendimento, ainda encontram-se personagens fundamentais para os resultados: a família e o papel do cuidador.

O objetivo deste estudo foi o de avaliar a capacidade funcional dos pacientes atendidos no Programa da Assistência Domiciliar Solidária pela Fisioterapia e analisar a contribuição da Fisioterapia.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foram realizadas duas etapas para a pesquisa, consistindo de uma visita domiciliar para cada etapa. Os pacientes foram informados previamente sobre a pesquisa e assinavam Termo de Compromisso, aceitando a participação voluntária.

Para a primeira etapa, foi elaborado um questionário e avaliação para a primeira visita, contendo os seguintes dados:

- 1) Demográficos: nome, sexo, idade, estado civil (casado, solteiro, viúvo e separado/desquitado/divorciado), local da residência (central, intermediária ou periferia), arranjo familiar residente no domicílio (se só vive com o cônjuge, ou mora com filhos, sozinho, ou em espaço cedido);
- 2) Referentes à saúde: presença de HAS (hipertensão arterial sistêmica), diagnóstico clínico, quanto tempo com o diagnóstico clínico, história pregressa, queixa principal (relato do paciente), presença de dores musculoesqueléticas e região das dores (coluna, ombro, quadril, joelhos, pés); se foi submetido a procedimento cirúrgico nos últimos 12 meses, motivo da cirurgia; presença de escaras (úlceras por pressão), local das úlceras por pressão (lombar, lombo-sacral, calcâneo, outra); se a higiene era realizada e quantas vezes/dia, se eram realizadas mudanças de decúbito (em acamados ou dependentes); presença de deformidades (encurtamentos, outras); amputações; sintomas com frequência semanal e presentes nos últimos 3 meses (irritabilidade, nervosismo, cansaço ao acordar, perda de sono, falta de memória, choro, ou outro); distúrbios circulatórios (edema ou outro); em caso de AVE (Acidente Vascular Encefálico), classificação do tônus (hipotônico, espástico, outro); como permanece a maior parte do tempo (deitado, sentado ou outra); se já realizou tratamento fisioterapêutico (frequência e tempo de tratamento);
- 3) Referente à escolaridade (analfabeto, primeiro grau incompleto ou completo; segundo grau incompleto ou completo; terceiro grau incompleto ou completo). Em caso de incapacidade do paciente de responder às perguntas do questionário, elas foram dirigidas ao familiar ou cuidador responsável. O questionário ocorreu sob forma de entrevista estruturada, permitindo relatos espontâneos que foram anotados, de todos os personagens: cuidador, familiar e idoso, para análises;
- 4) Avaliação funcional: foram avaliados (por meio de solicitação verbal ao paciente para realizar ativamente os movimentos e observações com base em amplitudes máximas; sendo considerado a partir de amplitudes médias subjetivas): a capacidade de mobilidade ativa de membros inferiores e superiores (flexão de quadril, flexão de joelho, plantiflexão e dorsiflexão de tornozelo; flexão de ombros, cotovelos, mobilidade dos punhos e mãos relacionada à capacidade de flexão e extensão de punho e dedos); mudanças de decúbito e transferências posturais (parcial ou total) de decúbito dorsal para lateral em ambos os lados, e decúbito lateral para sentado; controle de tronco na posição sentada analisada por meio de estímulos para o desequilíbrio bilateralmente e análise (classificação: bom, razoável, ruim), ortostatismo (classificação: sem apoio, com apoio, não realiza); e quedas que sofreu nos últimos doze meses (1, 2, 3 ou mais).

Foi também aplicado o Índice de Katz nos indivíduos atendidos pelo programa. O índice de Katz, segundo Guimarães (9), é um instrumento útil que mede a habilidade do paciente nas atividades de vida diária (AVD's), composto por seis atividades: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se. Cada item segue um score de 0 a 3, representando o nível de dependência ou independência do indivíduo da seguinte forma: 0- independência completa, 1- necessidade de ajuda não-humana, 2- assistência humana, e 3- completa dependência.

Após as aplicações dos questionários, avaliações, orientações verbais com algumas execuções simultâneas foram realizadas em relação: mudanças de decúbito, transferências posturais, método de realização para prevenção de úlceras por pressão, com orientações sobre coxins de apoio para evitar estresse sobre estruturas osteomusculares e favorecer boa circulação sanguínea, orientações sobre posturas para uma boa ventilação pulmonar, sobre exercícios de mobilidade articular de fácil realização e auxílio do familiar ou cuidador, ou mesmo para o paciente, e treinos para equilíbrio e marcha, conforme as necessidades e caso clínico do paciente.

Na segunda etapa, em segunda visita, foi realizada uma reavaliação, contendo os seguintes dados:

- 1) Referentes à saúde: queixa do paciente, dores musculoesqueléticas (coluna, ombro, quadril, joelhos, pés), intercorrências (se internação ou outra), se houve complicações clínicas entre os atendimentos; presença e estado de úlceras por pressão; sintomas presentes nos últimos dias (irritabilidade, nervosismo, etc.); e distúrbios circulatórios (edema e outro).

O questionário também ocorreu sob forma de entrevista, permitindo relatos espontâneos. Foi também aplicado o Índice de Katz nos indivíduos atendidos, com o objetivo de comparar a capacidade funcional dos pacientes em relação à primeira visita. Após as aplicações dos questionários, foi indagado ao paciente ou cuidador responsável se as orientações fornecidas na primeira visita foram realizadas.

Os dados quantitativos foram tratados estatisticamente com Teste de Fischer, Razão de Odds, e Teste T-student.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esta pesquisa foi possível em virtude de colaboração com a Unidade de Saúde que disponibilizou, entre outros, o transporte aos domicílios para a realização da pesquisa. As visitas ocorreram às terças e quintas, das 08h00 às 10h30, sendo uma média de duas visitas por dia. A média de duração das visitas variou entre 55-65 minutos. Para análise inicial do perfil geral dos pacientes (visita 1), a amostragem constou de 42 pacientes, que haviam sido encaminhados para a Fisioterapia, por enfermeiros, médicos e assistente social; e para as análises comparativas (visita 1 comparada à visita 2), participaram 30 destes pacientes, que tiveram a segunda visita dentro do período programado para a pesquisa (março a novembro de 2006). As reavaliações eram agendadas em média entre 30 e 40 dias a partir da primeira visita, havendo alguns contratemplos em relação aos agendamentos (disponibilidade e presença do responsável/cuidador em casa), o que possibilitou, durante o período proposto, a reavaliação de 30 destes pacientes.

### **Visita 1 – perfil dos pacientes atendidos no Programa (encaminhados para a Fisioterapia)**

A faixa etária dos pacientes atendidos foi de 29 a 96 anos de idade, sendo 67,0% do sexo feminino e 33,0% do sexo masculino. O programa priorizou a atenção ao idoso, sendo 78,6% com idade acima de 60 anos.

As principais patologias ou situações apresentadas foram: Acidente Vascular Encefálico (AVE) em 40,5% dos pacientes, pós-operatório de prótese de quadril em 16,7% e osteoartrose em 9,5%. As patologias ou situações com menor prevalência foram: Síndrome da Imuno-deficiência adquirida (HIV), pós-amputação trans-tibial distal, Parkinson, Alzheimer, traumatismo crânio-encefálico (TCE), Síndrome de Guillain-Barret, sequelas de tumor medular em região cervical, trombose venosa em membros inferiores e prótese de joelho. Dos pacientes, 4,8% não apresentaram diagnósticos clínicos identificados, estando sob investigação.

A faixa etária em que ocorreram os Acidentes Vasculares Encefálicos nos pacientes foram: 5,9% abaixo de 50 anos, 35,3% entre 50 e 59 anos de idade, 35,3% entre 60 e 69 anos de idade e 23,5% acima de 70 anos de idade. O predomínio foi sobre o sexo feminino com 70,6% e 29,4% sobre o sexo masculino. Quanto aos pacientes com AVE, a HAS foi encontrada em 94,1% dos casos, todos controlados por medicamentos. Dos casos de AVE, 58,8% eram hemiplégicos com hipertonia.

Houve significância estatística para as correlações entre a prevalência de AVE e idade, sendo a faixa etária mais acometida entre 60-69 anos (*Teste de Fischer com  $p=0,0258$* ). Houve também significância estatística para as correlações entre a presença de AVE e a presença de hipertensão arterial sistêmica neste estudo. (*Teste de Fischer com  $p=0,0032$* ). Sendo que em análise de razão de Odds, quem apresenta hipertensão arterial sistêmica tem 11,2 vezes mais chance de ter um AVE em idade acima de 60 anos ( $OR=11,2$  significativo para  $\alpha = 0,05$ ). Em estudo de Lima-Costa et al. (7), a hipertensão arterial esteve presente em 43,9% dos idosos, em uma amostragem de 29.976 indivíduos com idade  $\geq$  60 anos. Outro estudo de Rodrigues et al. (10) em uma amostragem de 45 pacientes com AVE, 63,3% tinham hipertensão arterial sistêmica. O controle da hipertensão arterial é peça-chave na profilaxia primária do Acidente Vascular Encefálico, que é uma das principais causas de dependência e mortalidade em idosos (4).

O estado civil dos pacientes foi: 26,2% casados, 19,0% solteiros, 40,5% viúvos e 14,3% separados/desquitados. O arranjo familiar na residência foi: 9,5% moravam com os seus cônjuges, 59,5% com seus filhos, 7,1% moravam sós e 23,9% moravam com outros. A grande maioria recebia cuidados pelos próprios familiares (prevalecendo filhas ou noras), e os que moravam sós recebiam assistência de cuidador durante o dia. Em geral, são as mulheres que assumem o cuidado, e esse papel é visto como natural, pois está inscrito no papel de mãe (11). Com relação à escolaridade: 7,1% analfabetos, 40,5% com o primeiro grau incompleto, 16,7% com primeiro grau completo, e demais acima do segundo grau. Predominou-se neste estudo um baixo nível de escolaridade, e segundo Stuck et al. (12), o maior nível educacional está associado com um melhor *status* funcional.

Com relação às úlceras por pressão: 26,2% dos pacientes apresentaram úlceras por pressão, sendo as regiões lombares e lombo-sacrais mais acometidas. A higiene estava sendo diariamente realizada, conforme relatos do cuidador/familiar, em 90,9% dos casos. As mudanças de decúbito foram relatadas como executadas diariamente em 45,5% dos casos, nos pacientes que permaneciam a maior parte do tempo deitados. Dos pacientes: 50,0% permaneciam a maior parte do tempo deitado, e 50,0% permaneciam a maior parte do tempo sentado. Cuidados especiais como uso de coxins e mudanças de decúbito foram orientados aos familiares/cuidadores, uma vez que eram pacientes novos no Programa e não haviam recebido orientações de outros profissionais.

Dores musculoesqueléticas foram relatadas em 71,4% dos pacientes. Houve significância estatística nos resultados entre os pacientes que apresentaram dores musculoesqueléticas e o fato de não estarem sendo realizadas mudanças de decúbito ou transferências posturais (*Teste de Fischer com  $p \leq 0,0005$* ).

A presença de deformidades (encurtamentos, impossibilitando amplitude de movimento total passivo) esteve presente em 60,8% dos casos, sendo 42,9% com encurtamentos do grupo muscular isquiotibiais e 17,9% do grupo muscular tríceps sural. Dos pacientes que ficavam a maior parte do tempo deitados, 52,4% apresentou encurtamentos musculares severos. Orientações foram fornecidas aos familiares/cuidadores sobre a importância de posturas e mobilizações passivas ou ativas assistidas, na impossibilidade de execução ativa do paciente.

Sintomas presentes entre os avaliados, relatados com frequência semanal nos últimos três meses: 45,2% nervosismo, 33,3% irritabilidade, 26,2% insônia, 7,1% cansaço ao acordar, sendo encontrados mais que um sintoma em alguns dos pacientes.

Distúrbios circulatórios foram encontrados em 35,7% dos pacientes, destes 28,6% apresentaram edema em membros inferiores. Orientações foram realizadas (em casos de origem venosa), com movimentos ativos de plantiflexão e dorsiflexão de tornozelo, uso de coxins e degravitação para diminuição de edemas em membros inferiores, entre outros.

Quanto à questão se já havia realizado tratamento fisioterapêutico, 50,0% já haviam realizado no passado, mas por curto espaço de tempo (máximo três meses).

Em relação à capacidade de realização dos movimentos ativos, ao comando verbal, realizavam amplitude de movimento médio ou total em flexão de ombro direito em 85,7%, flexão de ombro esquerdo em 81,0%, flexão de cotovelo direito em 85,7%, flexão de cotovelo esquerdo em 81,0%, flexão de quadril direito em 64,3%, flexão de quadril esquerdo em 76,2%, flexão de joelho direito em 69,0%, flexão de joelho esquerdo em 71,4%, planti/dorsi-flexão de tornozelo direito 64,3%, planti/dorsi-flexão de tornozelo esquerdo 64,3%. No item controle de tronco em posição sentada: obtiveram controle bom 47,6%, razoável em 21,4%, e ruim em 31,0% dos pacientes. Houve significância estatística entre os pacientes que apresentaram Alzheimer (há mais de cinco anos) e o controle de tronco ruim (*Teste de Fischer, com  $p < 0,0491$* ). Na capacidade de rolar total e parciais, somente 47,6% conseguiram rolar totalmente para ambos os lados. Ao examinar a capacidade de alcançar o ortostatismo: 14,3% conseguiram sem apoio, 47,6% com apoio e 38,1% não realizavam. Com relação às quedas, 42,9% relataram ter acontecido pelo menos uma queda do paciente nos últimos doze meses. Para Ishisuka et al. (13), em seu estudo, a fraqueza muscular esteve associada ao número de quedas em idosos.

Houve significância estatística entre a presença de movimento parcial ativo no quadril (flexão) em ambos os membros inferiores, e a capacidade de realizar a marcha com ou sem apoio (*Teste de Fischer, com  $p < 0,0670$* ).

Para identificar o grau de dependência dos pacientes, foi aplicado o Índice de Katz. O nível de dependência ou independência do indivíduo é apresentado no Índice de Katz da seguinte forma: 0- independência completa, 1- necessidade de ajuda não humana, 2- assistência humana, e 3- completa dependência. Os resultados estão demonstrados na tabela 1 abaixo.

TABELA 1 - Níveis de dependência/independência dos pacientes nas visitas iniciais (visita 1)

Índice de Katz	0	1	2	3
Alimentar-se	76,2%	2,4%	2,4%	19,0%
Transferência	42,9%	7,1%	4,8%	45,2%
Andar	21,4%	19,0%	14,2%	45,2%
Banhar-se	23,8%	4,8%	23,8%	47,6%
Vestuário	28,6%	0,0%	38,1%	33,3%
Higiene pessoal	40,5%	0,0%	19,0%	40,5%
Continência urinária	45,2%	0,0%	0,0%	54,8%
Continência intestinal	54,8%	0,0%	0,0%	45,2%

Em relação aos resultados obtidos no Índice de Katz, observaram-se maiores percentuais com dependência completa em: transferências, andar, banhar-se, e nas continências urinária e intestinal. O item alimentar-se foi, entre os avaliados, o de maior independência (76,2%). Em estudo realizado por Vincent et al. (14), as maiores dificuldades encontradas em pacientes com AVE estão em vestir-se, banhar-se e na higiene pessoal. Como este estudo apresenta alta prevalência de indivíduos com seqüelas de AVE, supõe-se que as maiores dependências estejam associadas a esses pacientes, bem como aos pacientes com Alzheimer e traumatismo crânio encefálico. Grimby et al. (15) citam que indivíduos com déficits cognitivos se tornam mais dependentes, aspecto não investigado neste estudo.

A dificuldade obtida em transferências pode estar associada à dificuldade dos pacientes em alcançar o ortostatismo, uma vez que somente 14,3% dos avaliados conseguiram alcançar o ortostatismo sem apoio; havendo ainda outros com controle de tronco razoável e ruim; o que por sua vez dificultará ou impossibilitará também a marcha (andar) e dificultará ainda o banhar-se se não houver uma cadeira de banho. Em relação à dependência na continência urinária, Reis et al. (16) citam que o trato urinário apresenta alterações relacionadas ao envelhecimento, mas que existem também outros fatores que levam à incontinência urinária, como alterações na motivação, lucidez, entre outros.

Por se tratar de uma Unidade de Saúde central, a área de abrangência dos atendimentos foi: 26,2% na área central da cidade, e 73,8% em região intermediária não chegando até a periferia. A situação da moradia: 52,3% era própria, 4,8% do cônjuge/filhos, 26,2% alugada, 11,9% outra situação, e 4,8% não souberam responder. Cabe lembrar que mesmo aparentemente morando em área mais privilegiada que a periferia, este fato não indica boas condições financeiras; e nem indica garantia de que todos os cuidados necessários são realizados pelos familiares cuidadores.

## Resultados da comparação entre as visitas 1 e 2

Para esta amostragem, foram selecionados 30 pacientes da visita 1, dos que haviam recebido a segunda visita, até novembro de 2006. As queixas de dores musculoesqueléticas diminuíram em comparação com visita inicial, representando 60,0%. Tanto o rolar totalmente quanto o rolar parcialmente obtiveram leve melhora, porém não significativamente (estatisticamente). Entre as intercorrências: 10,0% de internamento por piora do quadro clínico. Úlceras por pressão estiveram presentes em 23,3%, com diminuição comparada à visita inicial. Os sintomas presentes relatados com frequência semanal nos últimos três meses também tiveram uma pequena diminuição. Em comparação em relação aos movimentos ativos dos pacientes, em visita 1 e 2, os resultados variaram entre estabilidade do quadro motor e leves melhoras, sendo as melhoras maiores relacionadas às mobilidades ativas em membros inferiores.

Não houve significância estatística (Teste T-student) em relação aos itens do Índice de Katz, comparativos entre visitas 1 e 2, contudo cabe ressaltar conforme alguns relatos que em alguns casos a pouca “paciência” do familiar cuidador em estimular o paciente pode também ter influenciado nos itens de dependência: na alimentação, higiene pessoal, marcha, vestuário, banho e cuidados pessoais.

No item relacionado à dependência nas transferências posturais, também não houve significância estatística (Teste T-student), conforme demonstrado no Gráfico 1 abaixo, pelo Índice de Katz na visita inicial (visita 1), comparada à visita secundária (visita 2). Houve melhora de cinco pacientes e piora de dois pacientes, sendo os demais sem alteração. Um caso evoluiu em três níveis, um evoluiu em dois níveis, três evoluíram em um nível; um regrediu um nível, e um regrediu dois níveis; sendo os níveis os escores do Índice (de 0 a 3). Contudo, este foi um dado de relevância da atuação da Fisioterapia. Apesar de não-significativo estatisticamente, a melhora na dependência nas transferências posturais dos pacientes ficou evidente, conforme demonstrado no Gráfico 1.

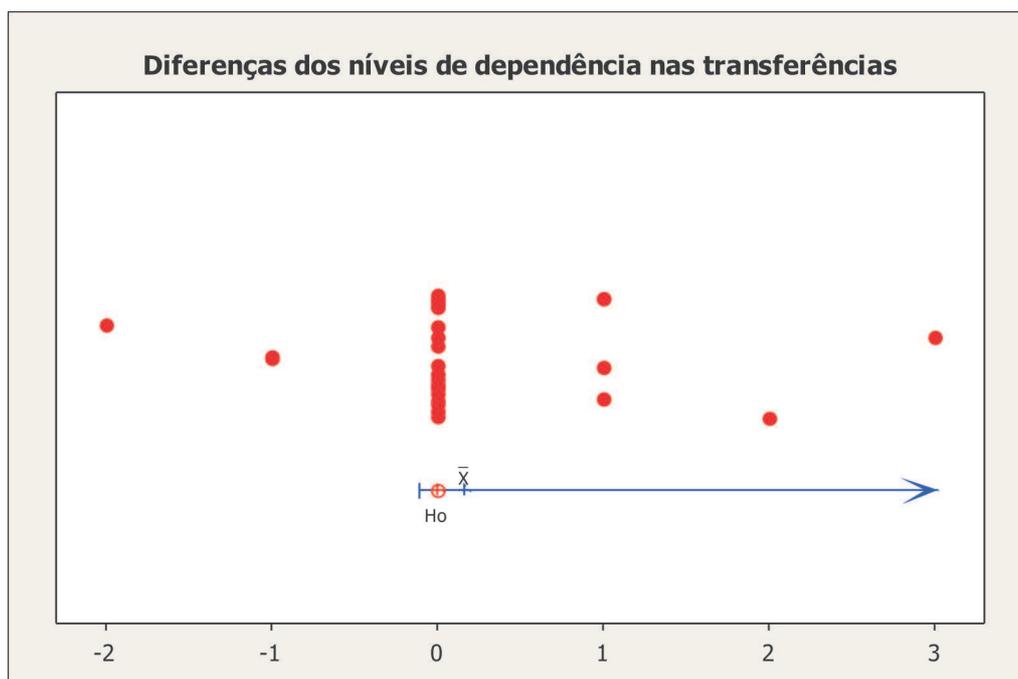


GRÁFICO 1 - Evolução nos níveis de transferências posturais (Índice de Katz, visita 1 comparada com visita 2)

Em relação às melhoras relacionadas às transferências posturais de alguns, supõe-se que estejam associadas às orientações recebidas e pela leve melhora de alguns quanto às mobilidades ativas em membros inferiores; uma vez que foi observado que alguns pacientes (visita 1) aparentemente não sabiam de suas possibilidades motoras, e apresentaram inicialmente receios aos movimentos. Quanto aos demais dados, o perfil dos pacientes atendidos variou entre casos crônicos de nível moderado à grave e a evolução dos casos depende de uma série de fatores, cujas variáveis não foram controladas neste estudo. As doenças crônicas dos idosos demandam mais serviços de saúde e exigem cuidados permanentes (17, 18).

A principal dificuldade encontrada pelos familiares/cuidadores esteve relacionada às questões financeiras que impossibilitaram melhores cuidados, inclusive de contratar um cuidador para auxiliar o atendimento. Para Talbot et al. (19), a inabilidade e dependência do indivíduo acabam por afetar sua família, piorando o caso quando exige uma restrição ao leito por qualquer complicação de saúde.

Muitas vezes o indivíduo responsável em cuidar do paciente precisava trabalhar e acabavam por deixar o paciente em companhia de outro familiar, como em situação relatada de que “quem está em casa que cuida...”. Estes fatores acarretaram em algumas dificuldades de se propor um modelo de atenção fisioterapêutica, centrada em orientações, especialmente para aqueles pacientes mais dependentes. Há necessidade efetiva de um cuidador disponível para que as orientações e prescrições sejam realizadas, conforme também cita Rehem e Trad (20), que é imprescindível à presença do cuidador nos programas de assistência domiciliar.

Apesar das dificuldades encontradas, pelo levantamento do perfil dos pacientes, percebeu-se a necessidade da atuação da Fisioterapia no Programa e salienta-se nessa pesquisa o fato de que se os atendimentos fisioterapêuticos fossem mais frequentes, talvez resultassem em melhores resultados.

A satisfação pelo serviço executado e a necessidade de oferecer informações aos pacientes, familiares ou cuidadores em relação aos aspectos funcionais motores pode ser verificada em relatos abertos e espontâneos como: “Não sei o que fazer, não sei se posso mexer..” (relato da filha/cuidadora em visita 1), “Não, não... não posso mexer” (paciente com a crença de que não poderia movimentar seu

braço, após AVE (em visita 1), e após o relato: “Estou me sentindo melhor, obrigada!” (visita 2). “Não sabia como mexer, vocês é que me ensinaram..” (relato de filha/cuidadora em visita 2). “A gente não sabia o que podia mexer...” (filha/cuidadora em visita 1).

A atuação da Fisioterapia nos domicílios gera uma satisfação da população beneficiada que requerem a ampliação do atendimento, conforme também demonstrado no estudo de Brasil et al. (21).

## CONCLUSÃO

Apesar das dificuldades encontradas em relação ao fato de alguns familiares ou cuidadores não disporem de muito tempo para uma maior atenção ou cuidados, demonstrou-se neste estudo a importância e necessidade da Fisioterapia no Programa. Outros estudos devem ser realizados, para que aprimoramentos e novas propostas de atuação sejam desenvolvidos.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Unidade de Saúde pela colaboração realizada à pesquisa, bem como aos colegas fisioterapeutas responsáveis pelos agendamentos. Agradecimento também ao estatístico Douglas D’Alessandro Salgado, pelo auxílio nas análises estatísticas.

## REFERÊNCIAS

1. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-48.
2. Ramos, LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):793-797.
3. Van Bilsen PMA, Hamers JPH, Groot W, Spreedwenberg C. Demand of elderly people for residential care: an exploratory study. *BMC Health Services*. 2006;6:30-39.
4. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):184-200.
5. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):861-866.
6. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Caderno Saúde Pública*. 2003;19:700-701.
7. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):735-743.
8. Felício DNL, Franco ALV, Torquato MEA, Vasconcelos AP. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. *RBPS*. 2005;18(2):64-69.
9. Guimarães L, Galdino D, Martins F, Abreu S, Lima M, Vitorino D, Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Rev. Neurociência*. [Internet]. 2004 [Acesso em maio 25];12(3):130-133. Disponível em: [www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12\\_3/capacid\\_funcional.htm](http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_3/capacid_funcional.htm).

10. Rodrigues JrJE, Silva SM, Alouche SR. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na Clínica Escola de Fisioterapia da UMESP. *Rev Neurociências*. 2004;12:117-122.
11. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):773-781.
12. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factor for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 1999;48(5):445-441.
13. Ishizuka MA, Mutarelli EG, Yamaguchi AM, Jacob FW. Falls by elders with moderate levels of movement functionality. *Clinics*. 2005;60(1):41-46.
14. Vincent C, Deaudelin I, Robichaud L, Rousseau J, Viscogliosi C, Talbot LR, et al. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. *BMC Geriatrics*. [Internet]. 2007 [Acesso em 2007 jun 21];7:20. Available from: [www.biomedcentral.com/1471-2318/7/20](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/20).
15. Grimby G, Andrén E, Daving Y, Wright B. Dependence and perceived difficulty activities in community living stroke survivors 2 years after stroke. A study of instrumental structures. *Stroke*. 1998;29:1843-1849.
16. Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Tucci Junior S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir Bras*. 2003;18(5):47-51.
17. Giacomini KC, Uchôa E, Lima-costa MF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5):1509-1518.
18. Giacomini K, Uchôa E, Firmo J, Costa M, Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):80-91.
19. Talbot LR, Viscogliosi C, Desrosiers J, Vincent C, Rousseau J, Robinchaud L. Identification of rehabilitation needs after stroke: an exploratory study. *Health and Quality of Life Outcomes*. [Internet] 2004 [Acesso em jun 22];2:53. Available from: [www.hqlo.com/content2/1/53](http://www.hqlo.com/content2/1/53).
20. Rehen TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:231-242.
21. Brasil ACO, Brandão JAM, Silva MON, Gondim Filho VC. O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do Município de Sobral- Ceará. *RBPS*. 2005;18:3-6.

Recebido: 12/07/2007

*Received:* 07/12/2007

Aprovado: 03/12/2007

*Approved:* 12/03/2007