

PERFIL DOS INDIVÍDUOS AVALIADOS EM DOMICÍLIO PELA FISIOTERAPIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BETIM

Profile of individuals evaluated at home by physical therapy in Betim's Basic Health Units

Sabrina Oliveira Viana¹, Juliana Paula Alvarenga²,
Maísa Maria Melo Camargos³, Mariana Alves Ribeiro Taciano⁴, Marinho Antônio Rafael⁵

RESUMO

O aumento das doenças crônico-degenerativas, aliado aos avanços tecnológicos e à maior sobrevivência das pessoas, faz surgir uma nova demanda para os serviços de saúde: grande número de pessoas com incapacidade e restritas ao domicílio. O objetivo é descrever o perfil clínico e sociodemográfico da população avaliada em domicílio pelas equipes de fisioterapia das unidades de saúde de Betim e caracterizar o ambiente físico, aspectos referentes aos cuidados e ao cuidador. Para tanto, utilizou-se o estudo transversal incluindo 339 casos avaliados entre agosto de 2004 a dezembro de 2009. A análise dos dados revelou predomínio do sexo feminino (60%), de idosos (66%), analfabetos (60%) e com baixa renda. As doenças neurológicas acometeram 58% dos casos e, em relação à idade, o Acidente Vascular Encefálico foi o diagnóstico mais comum entre os idosos; as doenças de causa traumática foram mais frequentes entre os adultos e a paralisia cerebral entre as crianças e adolescentes. A maioria dos indivíduos era totalmente dependente para Atividades de Vida Diária (AVD) e possuía cuidador. Quando comparada a idade com outras variáveis, notou-se que a média foi significativamente maior para os hipertensos, diabéticos e mulheres ($p < 0,05$). A presença do cuidador foi associada à maior dependência para AVD's ($p < 0,05$). A visita domiciliar permite aos profissionais de saúde conhecerem as necessidades dos usuários e familiares, assim como as condições que podem comprometer a sua funcionalidade. Tais informações precisam ser corretamente documentadas e devem nortear a elaboração de planos terapêuticos adequados a cada caso.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar; Fisioterapia.

ABSTRACT

The increase of chronic degenerative diseases, together with technological breakthroughs and more cases of survival raises a new demand for public health services: the large number of people with physical incapacities and confined at home. To describe the clinical and sociodemographic profile of the population evaluated at home by teams of physical therapists from health units in Betim, MG, and to characterize the physical environment, aspects related to care, and to the caregiver. A descriptive, cross-sectional study including 339 evaluated cases between August 2004 and December 2009. Results: Data analysis revealed a predominance of females (60%), elderly people (66%), illiterates (60%), and people with low income. Neurological diseases afflicted 58% of the cases, and in relation to age, the occurrence of stroke was the most frequent diagnosis among the elderly; traumatically induced afflictions were more frequent among adults; and cerebral palsy among children and teenagers. The majority of individuals were totally dependent for Daily Life Activities and had a caregiver. When age was compared with other variables, it was noted that the average age was significantly higher for hypertensives, diabetics, and females ($p < 0,05$). The presence of the caregiver was associated with the highest dependency in Daily Life Activities ($p < 0,05$). The home visit makes it possible for health professionals to know the necessities of patients and their families, as well as the conditions that may compromise their capacities. Such information needs to be correctly documented and should serve as guidance in the elaboration of therapeutic plans fit to each case.

KEYWORDS: Primary Healthcare; Home Care; Physical Therapy.

¹ Sabrina Oliveira Viana, Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Reabilitação/UFMG. Docente, PUC Minas Betim. E-mail: sabrinaviana@yahoo.com.br

² Juliana Paula Alvarenga, Fisioterapeuta, profissional autônomo

³ Maísa Maria Melo Camargos, Fisioterapeuta, Especialista em Saúde da Mulher/Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Autônomo

⁴ Mariana Alves Ribeiro Taciano, Fisioterapeuta(PUC Minas Betim)

⁵ Marinho Antônio Rafael, Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Respiratória/ Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Autônomo

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis federais nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/1990, baseia-se nos princípios da integralidade, universalidade e equidade. O Ministério da Saúde reconhece a Atenção Primária como o principal nível assistencial do SUS e a coloca como uma prioridade para todos os municípios.¹ A Atenção Básica, também chamada Primária, caracteriza-se por:

“conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Atendimento Domiciliar é um serviço imprescindível prestado aos indivíduos que apresentam dificuldades para realizar o seu tratamento e acompanhamento devido às suas condições físicas e morbidades que impossibilitam o seu deslocamento até o serviço. As visitas domiciliares têm o objetivo de verificar in loco as condições de vida e moradia dos usuários, sendo realizado tratamento e orientações para os pacientes e seus familiares.^{2,3} A partir da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº. 11 de 26 de janeiro de 2006, o Plano de Atenção Domiciliar (PAD), cujo programa foi implantado em agosto de 2006, passou a ser uma exigência. Tal documento contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e/ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.⁴

Historicamente, a fisioterapia desempenha um papel de pouco destaque na atenção primária à saúde, associando principalmente à origem da profissão que priorizou a reabilitação e a recuperação da saúde.^{3,5} A demanda e a inserção da fisioterapia nos serviços de atenção primária têm se apresentado de modo crescente, e isso se vem revelando mais expressivamente com a expansão da Estratégia Saúde da Família, que coloca a assistência à saúde mais próxima da população, fazendo emergir novas

demandas em saúde e gerando a necessidade de agregar outros profissionais ao trabalho das equipes atuantes.⁶

Recentemente, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção primária, melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por, no mínimo, cinco profissionais de diferentes áreas de conhecimento, entre elas a fisioterapia, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das mesmas no qual o NASF está cadastrado.^{7,8} A partir da criação do NASF, a participação do fisioterapeuta na atenção primária tornou-se uma possibilidade real. No município de Betim/MG, o NASF encontra-se em fase de implantação e a participação da fisioterapia na atenção primária ocorre, principalmente, por meio de parceria entre as instituições de ensino superior e a Prefeitura. Em agosto de 2004, teve início o estágio curricular do curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Betim e, atualmente, essas ações são desenvolvidas nas UBS do PTB, Angola, Dom Bosco e Bueno Franco. Entre as ações realizadas nessas unidades, estão incluídos o acolhimento, a avaliação e o atendimento individual, as ações coletivas e as visitas domiciliares. No ano de 2009, considerando-se as quatro unidades de saúde que contam com o estágio da fisioterapia, foram cadastrados aproximadamente 168 indivíduos no PAD. Em média, os acadêmicos de fisioterapia realizam por mês, nessas unidades, cerca de 40 visitas domiciliares. Conhecer o perfil das pessoas atendidas em domicílio pode contribuir para um melhor planejamento das ações, auxiliar na escolha de instrumentos de medida padronizados para avaliação e mensuração de desfechos clínicos e funcionais.

Portanto, diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil sociodemográfico e clínico da população avaliada em domicílio pelas equipes de fisioterapia das UBS de Betim e caracterizar o ambiente físico, aspectos referentes aos cuidados e ao cuidador.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, envolvendo usuários avaliados no domicílio pela equipe de fisioterapia em quatro UBS do município de Betim-MG.

Na amostra do estudo, foram incluídos todos os prontuários dos pacientes avaliados em domicílio pelos acadêmicos do décimo período do Curso de Fisioterapia

(PUC Minas Betim) durante o Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva nas UBS PTB, Angola, Dom Bosco e Bueno Franco. Fizeram parte da amostra os casos avaliados no período de agosto de 2004 a dezembro de 2009. Foram excluídos os pacientes atendidos pela fisioterapia na UBS Imbiruçu, uma vez que foi interrompido o estágio curricular nessa unidade. Também foram excluídos os usuários que receberam atendimento domiciliar e que os respectivos prontuários não foram localizados.

Foi elaborado pelos próprios pesquisadores do estudo um instrumento para a coleta de dados. Esse instrumento contém variáveis que abordam as dimensões sociodemográficas e clínicas do indivíduo e do cuidador, além da dimensão ambiental em que o cuidado é realizado (características físicas do local de moradia). A criação do instrumento de coleta foi baseada em um protocolo de avaliação domiciliar já existente e utilizado pelos acadêmicos nas unidades. Esse modelo de avaliação foi elaborado pelos professores do estágio em saúde coletiva da PUC Minas e segue um mesmo padrão em todas as UBS. Estão contempladas, nessa avaliação domiciliar, as características sociodemográficas do paciente (idade, sexo, estado civil, renda), questões relacionadas à condição de saúde e hábitos de vida (diagnóstico principal, co-morbidades, grau de dependência em atividades de vida diária, tabagismo, etilismo), do cuidador (idade, sexo, condição de saúde, tempo dedicado ao cuidado, atividades envolvidas no cuidado) e itens referentes ao ambiente (presença de barreiras físicas). Essa avaliação é feita, geralmente, durante a primeira visita domiciliar, nos casos em que o indivíduo apresenta alguma restrição na sua mobilidade e necessita intervenção fisioterápica em casa.

O grau de dependência nas atividades de vida diária é avaliado através da escala de avaliação funcional de Katz. Essa escala foi desenvolvida primeiro por Sidney Katz, em 1963, e inclui seis Atividades de Vida Diária (AVD): banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação.⁹ Uma pontuação 6 indica independência, ou seja, a pessoa possui habilidade para desempenhar tarefas cotidianas. Uma pontuação 4 indica uma dependência parcial, podendo o indivíduo requerer ou não auxílio e uma pontuação igual ou inferior a 2 implica na necessidade de assistência, indicando uma dependência importante.⁹⁻¹¹

Os dados foram coletados diretamente nos prontuários dos usuários arquivados nas UBS, no período de fevereiro a abril de 2010. Foram envolvidos na coleta dos dados os quatro pesquisadores responsáveis, acadêmicos do décimo período do curso, que utilizaram a ficha de coleta criada para auxiliar no registro das informações.

Antes da coleta, foi realizado um treinamento entre

os pesquisadores com o propósito de padronizar a coleta das informações e esclarecer as possíveis dúvidas que poderiam surgir durante o preenchimento. Os dados foram coletados nas Unidades de Saúde, em uma sala reservada para a pesquisa, ou no Centro Clínico de Fisioterapia nos casos em que as avaliações domiciliares estavam arquivadas em uma pasta própria, separada do prontuário. Foi garantido o anonimato dos sujeitos envolvidos e a confidencialidade das informações. Os dados necessários e obtidos durante a realização deste estudo foram utilizados somente para o propósito desta pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e registrado sob o número CAAE 0299.0.213.000-09.

Os dados coletados foram informatizados e analisados através do programa Microsoft Office Excel e programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 13.0. Para a análise de dados, foi utilizada estatística descritiva através de frequência, porcentagem, medidas de tendência central (média, mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). Posteriormente, análises comparativas entre as variáveis através do teste T Student (variáveis quantitativas) e qui-quadrado (variáveis qualitativas) foram realizadas, considerando-se um nível de significância $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

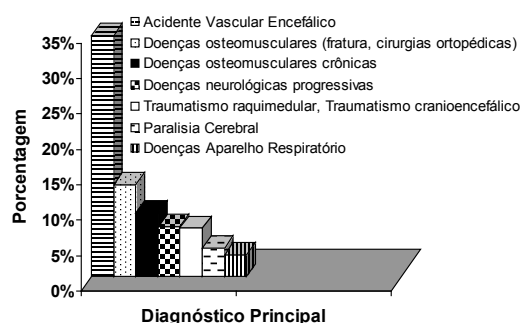
A amostra do estudo foi composta por 350 prontuários de indivíduos avaliados em domicílio pelos acadêmicos de fisioterapia da PUC Betim, no período de agosto de 2004 a dezembro de 2009. Desse total, 11 prontuários foram excluídos por estarem incompletos ou por não terem sido localizados no setor. Observou-se que a porcentagem de informações não declaradas na avaliação variou conforme a questão e as menos preenchidas foram referentes aos hábitos de vida (tabagismo e etilismo) que, portanto, não foram consideradas na análise.

A análise dos 339 prontuários revelou que a maioria dos indivíduos (60%) era do sexo feminino e o restante do sexo masculino. A idade variou de seis meses a 106 anos, com valor médio de 67 anos para as mulheres e 57 anos para os homens ($p<0,05$). A faixa etária com maior ocorrência foi a de idosos, representando 66% dos casos visitados. Em relação ao estado civil, uma parcela importante da amostra tinha união estável (33%) ou eram viúvas (34%), e entre aqueles que informaram o nível de escolaridade, 60% não eram alfabetizados. Em aproximadamente metade dos domicílios visitados, a renda familiar foi inferior a dois salários mínimos mensais.

Considerando a presença de doenças crônicas não-

transmissíveis, a maioria dos indivíduos eram hipertensos (56%) e apenas 55 (16%) eram diabéticos. Em relação à condição de saúde, as doenças neurológicas apresentaram maior prevalência, e o Acidente Vascular Encefálico (AVE) foi a ocorrência mais comum, atingindo 34% dos casos. A figura 1 apresenta a distribuição da amostra segundo o diagnóstico principal. Quando analisado por faixa etária, o AVE foi mais frequente entre os idosos; nos adultos, prevaleceram o AVE e as doenças de causa traumática (traumatismo raqui-medular- TRM e crânio encefálico-TCE) e, nas crianças e adolescentes, a paralisia cerebral. Comparando-se o diagnóstico principal e sexo, observou-se que as mulheres foram mais acometidas pelo AVE, seguido pelas doenças osteomusculares (fraturas e cirurgias ortopédicas), enquanto os homens apresentaram após o AVE, as doenças de causa traumática (TRM e TCE) como o segundo diagnóstico mais comum.

Figura 1 - Classificação dos indivíduos avaliados em domicílio segundo o diagnóstico principal. Betim, 2010.



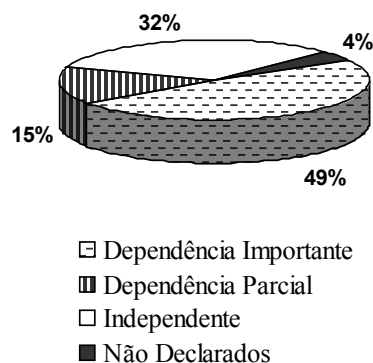
Fonte: dados da pesquisa.

A partir da análise da Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD's) de Katz, verificou-se que 165 indivíduos (49%) apresentaram dependência importante, e 110 (32%) eram independentes para as suas AVD's. A figura 2 caracteriza o grau de dependência de acordo com a escala de Katz.

Quando avaliados em relação ao critério marcha, 118 indivíduos (35%) eram restritos ao leito e não apresentavam marcha, 112 (33%) necessitavam de auxílio para deambular e 78 (23%) eram independentes. É importante ressaltar que apenas 28% dos casos não utilizavam nenhum tipo de órtese ou equipamento de auxílio à marcha.

A segunda parte da avaliação domiciliar abordou as condições de moradia. Grande parte dos indivíduos residia em casa própria (74%), um percentual menor em casa alugada (7%) ou cedida (4%). Nos demais casos, as informações não foram registradas. A tabela 1 apresenta as principais características presentes nos domicílios visitados.

Figura 2 - Grau de dependência dos indivíduos avaliados no domicílio de acordo com a Escala de Atividades de Vida Diária de Katz. Betim, 2010.



Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo as características presentes no domicílio. Betim, 2010.

Características presentes nos domicílios visitados	n*	%
Saneamento básico	307	91
Luminosidade suficiente	261	77
Ventilação suficiente	260	77
Tapetes	139	41
Escadas entre cômodos	138	41
Banheiro adequado	113	33
Umidade	84	25

* n = 339

Fonte: dados da pesquisa.

Referente aos dados coletados sobre a presença do cuidador, observou-se que da amostra total, 274 (81%) tinham cuidador, grande parcela era do sexo feminino (87%) e mais de 60% deles eram alfabetizados. A idade do cuidador variou de 11 a 65 anos. Verificou-se que muitos dos cuidadores eram familiares e não foram declaradas informações relacionadas à renda.

Aproximadamente 54% dos cuidadores receberam informações sobre os cuidados, sendo essas informações veiculadas principalmente por profissionais de saúde. Em relação à comunicação verbal, 84% dos cuidadores compreendiam a fala e os desejos dos pacientes. Foi verificado que grande parte dos indivíduos que tinha cuidador necessitava do seu auxílio para desempenhar atividades rotineiras. As atividades que requeriam maior e menor auxílio dos cuidadores foram, respectivamente, mudança de decúbito (82% dos casos) e a atividade de caminhar (47%). A atividade de caminhar apresentou um percentual baixo porque somente foi considerado, nesse item a

população que caminhava. Adicionalmente, esse quesito foi avaliado a partir do cuidado prestado pelo cuidador e não considerando a necessidade/ dependência do usuário.

A tabela 2 mostra a relação das atividades realizadas pelos cuidadores ou com o auxílio dos mesmos.

Tabela 2 - Classificação dos indivíduos segundo as atividades que requerem auxílio do cuidador. Betim, 2010.

Atividades que requerem o auxílio do cuidador	n*	%
Mudança de decúbito	226	82%
Banho	208	76%
Medicação	194	71%
Vestuário	193	70%
Pentear os cabelos	162	59%
Uso do sanitário	159	58%
Higiene Oral	152	55%
Deslocamento	152	55%
Alimentação	143	52%
Caminhar	130	47%
Subir/Descer escadas	125	46%

*n = 274

Fonte: dados da pesquisa.

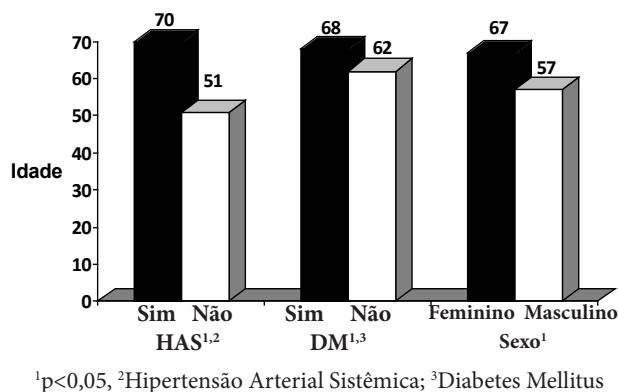
A presença do cuidador variou conforme o diagnóstico. Entre as pessoas com diagnóstico de paralisia cerebral (PC), 100% tinham cuidador em casa, enquanto esse percentual foi de 96% para aqueles com TRM e TCE, 92% entre indivíduos com doenças neurológicas progressivas e 89% para as pessoas com AVE.

Após análise descritiva dos dados, procedeu-se a realização de testes estatísticos para verificar a presença de associação entre as variáveis estudadas. Quando comparados a idade e o sexo dos pacientes, a média de idade entre as mulheres foi superior, 67 anos, enquanto o valor correspondente para os homens foi de apenas 57 anos ($p < 0,001$). Também foi encontrada diferença significativa entre os indivíduos hipertensos e diabéticos em relação à idade. Pessoas hipertensas e diabéticas apresentaram média de idade maior quando comparadas àquelas que não tinham a doença ($p < 0,001$; $p = 0,012$). Esses resultados podem ser visualizados na figura 3.

Após a realização do teste qui-quadrado, foi observada associação significativa entre a presença do cuidador e o Índice de Katz ($p < 0,001$). Entre os indivíduos totalmente dependentes para AVD's, 97% tinham cuidador, enquanto o percentual correspondente para aqueles classificados como independentes foi de apenas 54%.

Com relação ao tempo de dedicação do cuidador para

Figura 3 - Comparação da idade da amostra com o sexo, ocorrência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Betim, 2010.



Fonte: dados da pesquisa.

com o indivíduo e o grau de dependência para AVD's, houve diferença entre os grupos ($p = 0,03$). Para os indivíduos totalmente dependentes para AVD's (segundo Escala de Katz), o tempo médio dedicado ao cuidado foi maior quando comparado àqueles que eram independentes.

Outras variáveis foram comparadas e os testes não evidenciaram associações significativas entre sexo e índice de Katz, presença do cuidador e renda familiar e índice de Katz e problema de saúde do cuidador ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados, verificou-se que o perfil da amostra pesquisada revelou predominância do sexo feminino, analfabetos e com baixa renda. Os resultados das sínteses dos indicadores sociais do ano de 2007, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), confirmaram que o número de mulheres, tanto no Brasil como nas áreas urbanas, é superior ao de homens.¹² No presente estudo, verificou-se que as mulheres apresentaram idade significativamente superior à dos homens. A longevidade da mulher em relação ao sexo oposto pode ser atribuída ao aumento na expectativa de vida ao nascer no Brasil, que tem sido maior para o sexo feminino e ao fato de que as mulheres procuram mais pelos serviços de saúde e adotam com mais frequência hábitos de prevenção.¹³⁻¹⁹ Outro fator que merece destaque é a menor exposição das mulheres a fatores de riscos como etilismo e tabagismo, hábitos mais comuns entre homens.¹⁶ Na amostra estudada, não se pôde verificar existência de tais exposições entre os sexos.

Os idosos no Brasil atualmente representam cerca de 10% da população geral e, no estudo, correspondeu a 66% da amostra. Os anos adicionais de vida traduzem

um período maior de exposição a fatores de risco e de maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas que, por sua vez, podem gerar incapacidade e aumentar a necessidade de cuidados domiciliares contínuos.^{13,14,16,20} A alta prevalência de idosos na amostra estudada também poderia ser justificada tendo-se em vista a fonte dos dados que diz respeito apenas às pessoas atendidas no domicílio. Um dos critérios para esse tipo de atendimento é a impossibilidade ou dificuldade do indivíduo para locomover-se até a unidade de saúde, associada a um maior risco de adoecimento e morte. A idade avançada constitui um fator de risco para o surgimento de incapacidades e alterações na mobilidade.²⁰

Em relação ao nível de escolaridade, 60% da amostra eram analfabetos em ambos os sexos. O nível de escolaridade está diretamente ligado à condição de saúde do indivíduo, pois quanto maior o índice de analfabetismo maior a taxa de mortalidade.²¹ A falta de escolarização tem como consequência um menor acesso a informações de qualidade nos meios de comunicação e devido a isso piores cuidados em saúde.^{22,23} Estudos de base populacional realizados no Brasil demonstraram que os índices de escolaridade variam nas regiões brasileiras.²³⁻²⁵ A baixa escolaridade pode representar dificuldades no entendimento das orientações realizadas pela equipe multiprofissional, assim como no seguimento do tratamento, sendo, portanto, um importante indicador a ser observado tanto pelos gestores, como pela equipe no planejamento de estratégias, programas e ações destinadas à saúde pública.²³

O presente estudo demonstrou que, em aproximadamente metade dos domicílios visitados, a renda financeira familiar foi inferior a dois salários mínimos mensais. É importante ressaltar que a renda também está diretamente ligada às condições de saúde da população e ao analfabetismo. No Brasil, são consideradas de baixa renda as classes com poder de compra entre dois a quatro salários mínimos e de quatro a oito salários mínimos (baixa média renda). Juntas, elas representam 45% dos lares urbanos brasileiros, ou seja, 19 milhões de domicílios.²⁶ De acordo com os cálculos do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), para que o salário mínimo atenda as necessidades básicas de uma família, esse deveria valer aproximadamente 1.500 reais nos anos equivalentes a 2004/2005 e dois mil reais nos anos seguintes até 2010.²⁸

O perfil de morbidade na amostra estudada revelou alta prevalência de HAS e AVE. As doenças cardiovasculares corresponderam à primeira causa de hospitalização no setor público brasileiro em 1999 e estão entre as três principais causas de internação no município de Betim.²⁸⁻³⁰ Ressalta-se que tais condições foram mais co-

muns entre adultos e idosos, corroborando os achados de outros estudos.^{24,31-33} Ao considerar crianças e adolescentes, a paralisia cerebral foi o diagnóstico mais frequente.

Segundo a Escala de Katz, 49% dos indivíduos apresentaram dependência importante para AVD's e 32% foram considerados independentes. Em vários estudos, o declínio funcional é justificado por um mesmo fator, a idade, pois, à medida que aumenta a idade, a porcentagem de anos a serem vividos livres de incapacidade funcional diminui.^{19,20,34,35} No estudo de Rosa, com 964 idosos, o grau de dependência foi seis vezes maior para aqueles que sofreram AVE.³⁶ No estudo de Alves, com uma amostra de 1.769 idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, sem alteração cognitiva, a dependência para AVD's e AIVD's (Atividades Instrumentais de Vida Diária) mais do que dobrou na presença de doenças crônicas não transmissíveis. Vale ressaltar que a visita domiciliar realizada pela fisioterapia não inclui apenas os indivíduos restritos ao leito ou com impossibilidade de se deslocar até a UBS. Na amostra estudada, mais da metade dos indivíduos classificados como independentes eram idosos. Nesses casos, tornam-se importantes ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, principalmente de quedas, evento comum entre idosos e causa importante de incapacidade.

Foi verificado que uma grande parcela dos indivíduos visitados em domicílio tinham a presença do cuidador (81%). Desses, a maioria era do sexo feminino (87%) e tinha algum grau de parentesco com o paciente. Muitos estudos que abordaram essa temática constataram que o ato de cuidar de uma pessoa dependente é normalmente assumido por cuidadoras.³⁷⁻⁴⁵ Conforme Karsh e Cattani, citado por Bocchi, por mais que a designação do cuidador seja informal, ela obedece a quatro fatores relacionados com o parentesco, com frequência maior para os cônjuges; o gênero, destacando-se o feminino; a proximidade física, considerando quem vive com o paciente; e a proximidade afetiva, destacando-se a relação conjugal e entre pais e filhos.³⁹ É plausível pensar que a inexistência de associação entre a presença do cuidador no domicílio e a renda familiar poderia ser justificada pelo fato de os mesmos serem, na maioria das vezes, familiares e, provavelmente, não receberem pelos cuidados prestados.

Embora existam estudos que afirmem que a incapacidade funcional é um fenômeno que difere entre homens e mulheres, neste estudo não foi encontrada associação entre essas variáveis, possivelmente por se tratar de uma amostra avaliada em domicílio que, por sua vez, já pressupõe algum grau de dependência.^{40,41}

Entre as limitações do estudo, encontra-se o fato de não se poder inferir causalidade nas associações encon-

tradas entre as diferentes variáveis que foram comparadas, por se tratar de um estudo transversal. Compromete-se também a validade externa e o poder de generalização dos resultados já que a amostra pode não ser representativa da população de Betim.

CONCLUSÃO

O perfil dos indivíduos avaliados em domicílio pela equipe de Fisioterapia das UBS de Betim revelou uma população predominantemente feminina, idosa, com baixo nível de escolaridade e renda. A prevalência de hipertensão arterial foi alta entre os casos visitados e o AVE foi o diagnóstico de maior ocorrência. A maioria destes indivíduos era totalmente dependente para AVD's e possuía cuidador no domicílio. A atividade que requeria maior auxílio dos cuidadores foi a mudança de decúbito. O principal problema relacionado à adaptação do ambiente foi o banheiro, que se mostrou inadequado em mais de 60% dos domicílios.

Apesar da inserção do fisioterapeuta na atenção primária a saúde, como apoio às ESF, ser um processo relativamente recente, o conhecimento do perfil dos pacientes atendidos em domicílio assim como das características relativas ao ambiente domiciliar e ao cuidador, reforçam a necessidade e importância desse profissional nesse nível assistencial, juntamente com os demais membros da equipe. O atendimento domiciliar é uma ação importante uma vez que facilita o acesso do usuário ao serviço e contribui para um atendimento mais equânime e integral.

Destaca-se, ainda, o não preenchimento ou o registro incorreto de algumas informações que comprometem a descrição de um perfil de saúde mais completo. Ressalta-se a importância do registro correto e completo das informações para auxiliar o trabalho das equipes e a elaboração de planos terapêuticos adequados a cada caso. A adoção de uma prática sistematizada, com padronização dos formulários e das avaliações utilizadas, pode contribuir para uma análise conjunta e abrangente dos atendimentos realizados em diferentes serviços de saúde por diferentes profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. ABC do SUS – Doutrinas e Princípios. 1990 [citado 16 set 2009]. Disponível em: <<http://www.ccs.ufsc.br/geosc/babcsus.pdf>>.
2. Sampaio RF. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidade: A experiência da fisioterapia/UFMG em uma unidade básica de saúde. *Fisioterapia em Movimento*. 2002; 15(1): 19-23.
3. Lacerda MR, Giacomozzi C, Reikdal OS, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saude Soc*. 2006; 15: 88-95.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº11, de 26 de janeiro de 2006.
5. Silva DJ, Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2007; 12: 1673-1681.
6. Ribeiro KSQS, Neto MJA, Nascimento PBS, Martins TNT. A participação de Agentes de saúde Comunitários de saúde na atuação da fisioterapia na atenção básica. *Rev APS*. 2007; 10: 156-168.
7. Brasil, Portaria GM/MS n. 154. Núcleos de Apoio a saúde da família de 24 de janeiro de 2008, Brasília. 2002. [citado 16 set 2009]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>.
8. CONASS, Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2009. [citado 16 set 2009]. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>>.
9. Katz S. et al. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185: 914-919.
10. Freitas EV, Miranda RD, Nery MR. Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In: Freitas EV et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 609-617.
11. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41: 317-325.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A qualidade da informação sobre a mortalidade no Brasil recente e avaliação do impacto das causas violentas no número de anos de vida perdidos. *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009*.
13. Martins JJ, Schneider DG, Coelho FLC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL, Gama FO. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados

- domiciliares. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3): 265-271.
14. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica; ministério do planejamento, orçamento e gestão; IPEA. 2002.
 15. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(3): 565-574.
 16. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cienc Saude Coletiva.* 2005; 10(1): 35-46.
 17. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um Estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Assoc Med Brás.* 2010; 56: 41-46.
 18. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40: 436-443.
 19. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(5): 1903-1909.
 20. Garrido R, Menezes PRO. Brasil está envelhecendo boas e más notícias por uma perspectiva Epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24: 3-6.
 21. Jacinto PA, Tejada CAO, Sousa TRV. Efeitos das condições macroeconômicas sobre a saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44: 310-17.
 22. Borges TT, Rombaldi AJ, Knuth AG, Hallal PC. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25: 1511-1520.
 23. Cotta RMM et al. Perfil sócio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(4): 1251-1260.
 24. Tribess S, Júnior JSV, Petroski EL. Atividade física e aspectos sociodemográficos de mulheres idosas. *Revista Baiana.* 2009; 33(3).
 25. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39: 924-6.
 26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2008.
 27. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DEESE) [citado 18 mai 2009]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu09-05.xml#2006>.
 28. Almeida FF, Barreto SM, Couto BR, Starling CE. Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia.* 2003; 80: 41-60.
 29. Corrêa TD, Namura JJ, Silva CAPS, Castro MG, Ferreira AM. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Arq Med ABC.* 2005; 31: 91-101.
 30. DATASUS. Frequência e proporção de internações hospitalares pelo SUS por grupo de causas, microrregião de Betim, janeiro de 2000 a junho de 2007. Disponível em: www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/observatorio-de-saude/municipios/betim.pdf.
 31. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22: 285-294.
 32. Miranda RD, Perroti TC, Bellinazzi VR, Nóbrega TM, Cendoroglo MS, Neto JT. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras Hipertensão.* 2002; 9(3): 293-300.
 33. Kearney P, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet.* 2005; 365: 217-23.
 34. Jardim PCV, Peixoto MR, Monego e Moreira H, Vitorino PVO, Souza WSBS, Scala LCN. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. *Arq Bras Card.* 2007; 88: 452-57.

35. Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37: 40-8..

36. Alves LC et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23: 1924-1930.

37. Cerqueira A, Oliveira N. Programa de Apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol USP*. 2002; 13: 133-50.

38. Karsch U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19: 861-866.

39. Bocchi SCM, Angelo M. Interação cuidador familiar – pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Cienc Saude Coletiva*. 2005; 10: 729-738.

40. Fonseca NR, Penna AFG, Soares MPG. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. *Physis*. 2008; 18(4): 727-743.

41. Mascarenhas SHZ, Barros ACT. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. *Rev Eletr. Enf*. 2009; 11: 45-54.

42. Laham CF. Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

43. Neri AL. Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas: Papirus, 1993.

44. Cattani RB, Perlini GNMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev Eletrônica de Enfermagem*. 2004; 6: 254-271.

45. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22: 652-7.

46. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Costa MFL. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(6): 1260-1270.

47. Camargos MCS, Perpetuo IHO, Machado CJ. Expec-

tativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17: 379-386.

Submissão: Setembro/2011

Aprovação: Agosto/2012
