
Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo

Epidemiological profile of patient in physical therapy in Home Care in the State of São Paulo

Victor Benassi¹, Juliana Duarte Leandro¹, Renata Firpo Medeiros², Rogério Traballi¹

¹Curso de Fisioterapia da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil; ²Curso de Fisioterapia da Universidade Ibirapuera, São Paulo-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Traçar um perfil epidemiológico do paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. **Métodos** – Para realização deste trabalho foi realizado levantamento de dados através de análise de prontuários dos pacientes em atendimento de fisioterapia domiciliar no Estado de São Paulo no ano de 2010. **Resultados** – A amostra foi composta de 412 pacientes, variando a faixa etária entre 1 a 98 anos, a procura pelo serviço de fisioterapia domiciliar é ocasionada principalmente pelas patologias crônicas, sendo que os indivíduos que mais utilizam este tipo de serviço se concentram na faixa etária de 61 a 90 anos, na sua grande maioria composta por mulheres e que o principal objetivo da fisioterapia domiciliar é a reabilitação motora realizados em indivíduos com sequela do AVE, doença que mais acomete os pacientes que se utilizam deste tipo de atendimento. A maior parte dos pacientes atendidos obtiveram uma melhora considerável em um período de tratamento curto demonstrando a eficácia da fisioterapia domiciliar. **Conclusão** – Com este estudo conclui-se que as principais patologias que requer este tipo de tratamento são as patologias crônicas, em uma faixa etária média de 75 anos, cuja a população se beneficia com o tratamento fisioterapêutico em abordagens precoces.

Descritores: Modalidades de fisioterapia; Epidemiologia; Serviços de assistência domiciliar

Abstract

Objective – To outline an epidemiological profile of the patient in physical therapy in Home Care in the State of São Paulo. **Methods** – For this study, data collection was conducted through analysis of medical records of patients in home care physical therapy in the State of São Paulo in 2010. **Results** – The sample consisted of 412 patients, ranging in age from 01 to 98 years, the demand for domiciliary physiotherapy service is mainly caused by chronic diseases, and most individuals who use this type of service are concentrated in the age group 61 to 90 years, mostly composed of women and that the main aim of physiotherapy is the home made motor rehabilitation in patients with sequelae of stroke, a disease that affects most patients who use this type of care. Most patients treated had a considerable improvement in a short period of treatment, demonstrating the effectiveness of physiotherapy at home. **Conclusion** – This study concludes that the main pathologies that require this type of treatment are chronic diseases, in a mean age of 75 years, whose population benefits from physical therapy treatment approaches in early.

Descriptors: Physical therapy modalities; Epidemiology; Home care services

Introdução

A Assistência Domiciliar ou Home Care (do inglês, cuidado do lar), como também é conhecido, pode ser definido como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na residência do paciente por uma equipe multidisciplinar baseada no diagnóstico do paciente e na realidade que o mesmo se encontra, visando assim à promoção, manutenção e à reabilitação do mesmo¹.

O primeiro a implantar este sistema de assistência domiciliar foi os Estados Unidos, onde em 1780, foi implantado pelo Hospital de Boston. Estes serviços, no início, foram formados por associações de enfermeiras visitantes de cunho filantrópico². Em 1885 foi fundada a primeira Associação de Enfermeiras Visitadoras (Visiting Nurses Association – VNA), devido ao aumento do trabalho nesta nova perspectiva³.

O número deste serviço cresceu muito após a Segunda Guerra Mundial e atualmente, nos EUA, este serviço continua crescendo atingindo dados de 18,5 mil atendimentos⁴⁻⁵.

O primeiro grupo a desenvolver este tipo de atendimento no Brasil deu início, um pouco mais de trinta anos atrás, no Hospital do Servidor Público Estadual de

São Paulo, tendo como objetivo principal desospitalizar pacientes crônicos estáveis a fim de desocupar leitos do hospital que estava superlotado na época. Este grupo tem seu funcionamento preservado até hoje prestando atendimento a pacientes de baixa complexidade clínica. Mas o desenvolvimento desta modalidade de assistência à saúde no Brasil iniciou-se sem um padrão de licenciamento que pudesse orientar o crescimento desta modalidade, de uma forma eficaz. Há cinco anos o país possuía um pouco mais de cinco empresas no setor privado que realizavam este tipo de atendimento, o Brasil ficou por muito tempo carente de profissionais especializados nesta área de atuação. Porém em 26 de janeiro de 2006, a ANVISA lançou a RDC 11 que fornece as primeiras diretrizes para a prática desta modalidade de assistência no Brasil. Segundo estudo elaborado pelo Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar (NEAD), publicado no Jornal *O Estado de São Paulo* em 14 de fevereiro de 2006, o Brasil conta com 170 empresas de Home Care espalhadas pelo país. A maioria destas empresas estão concentradas no Estado de São Paulo, e prestam atendimento a 30 mil pacientes por mês, e este estudo ainda aponta que 73% destas empresas prestam serviço aos planos de saúde e apenas 20% prestam

serviço ao SUS, sendo movimentado pelo setor no ano de 2005 cerca de 240 milhões de reais⁶⁻⁷.

O paciente que dispõe dos serviços de um Home Care, recebe suporte de um serviço 24 horas para atendimentos de urgência e emergência, ou até mesmo, transporte para realização de exames diagnósticos e orientação para cuidado do paciente⁸.

As vantagens desta modalidade são inúmeras, indo desde uma maior humanização no tratamento do paciente, diminuição do tempo de permanência e de internação dos pacientes em hospitais⁹. Além de outro benefício que pode ser considerado é a satisfação do paciente e familiares pelo tratamento ser realizado dentro do domicílio do paciente¹⁰.

No Brasil, grupos mais experientes em assistência domiciliar possuem programas de cuidados seguros e avançados como poucos no mundo. Estes grupos conseguem prestar atendimentos, a pacientes estáveis que necessitam apenas de um curativo simples, sendo denominados de baixa complexidade, a pacientes crônicos instáveis com descompensações graves, que são denominados de média ou alta complexidade, sem deixar de lado a excelência técnica, segurança e qualidade de atendimento iguais às apresentadas nos melhores hospitais do país¹¹⁻¹².

A fisioterapia no Home Care é uma modalidade de Fisioterapia que é realizada no ambiente domiciliar do paciente, nesta opção o fisioterapeuta pode avaliar as reais dificuldades e necessidades do paciente em seu ambiente e assim adequar sua terapia e seus objetivos visando à melhor adaptação do paciente em seu ambiente domiciliar. A fisioterapia domiciliar teve um grande avanço com o progresso da tecnologia e com o transporte fácil e moderno tornou-se possível o tratamento em domicílio e semelhante ao que o paciente teria em uma clínica ou hospital. Esta modalidade de terapia traz como benefícios: sessão individualizada, maior comodidade para o paciente, ampla flexibilidade de horários, não exige a locomoção do paciente até o local da terapia e a recuperação torna-se mais rápida devido à personalização do tratamento para cada paciente. Apesar de tantas vantagens ainda não existem muitos registros formais referentes à atuação do fisioterapeuta nesta modalidade de assistência à saúde, o que impede uma ação mais eficaz e a promoção deste tipo de atendimento¹³⁻¹⁴.

Este trabalho tem como objetivo traçar um perfil epidemiológico do paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo.

Métodos

Para realização deste trabalho foi realizado levantamento de dados através de análise de prontuários dos pacientes em atendimento de fisioterapia domiciliar no Estado de São Paulo no ano de 2010 que estão sob atendimento de uma empresa de serviço de Home Care no Estado de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica de caráter prospectivo, sendo o método adotado descritivo.

Para que fosse verificada a prevalência dos tipos de atendimento de fisioterapia domiciliar, foram observados os seguintes itens nos prontuários dos pacientes

que estão sob atendimento de Home Care: nome, idade, sexo, patologia, tipo de atendimento fisioterápico prestado ao paciente pelo serviço de fisioterapia, evolução do quadro do paciente e tempo de internação em Home Care.

Critérios de inclusão: indivíduos que estão em atendimento fisioterapêutico domiciliar durante o ano de 2010, ou admitidos no Home Care durante o mesmo período, de ambos os sexos.

Critérios de exclusão: nenhum prontuário de paciente foi excluído.

Resultados

A amostra foi composta de 412 pacientes, residentes no Estado de São Paulo, variando a faixa etária entre 1 a 98 anos, e foram divididos em quatro grupos sendo estes: Distribuição por faixa etária, Distribuição por sexo, Distribuição por tipos de tratamento fisioterapêutico aplicado, Distribuição por patologia. Dentro do período Evolução do quadro do paciente constam óbitos e reinternações, e em seguida Tempo de internação em Home Care conforme os quadros apresentados a seguir.

Distribuição por faixa etária

A prevalência com relação à faixa etária se concentrou na faixa etária que varia dos 61 a 90 anos. Esta e as outras faixas etárias acima dos 61 anos (61-70 = 17%; 71-80 = 26,7%; 81-90 = 26,2%) perfazem um total de 69,9%, sendo evidenciado que a população idosa acima dos 61 anos é a que mais utiliza o serviço de fisioterapia domiciliar (Quadro 1). Este fato pode ser explicado devido ser nesta idade os indivíduos se encontrarem em um estado avançado de suas patologias crônicas adquiridas anteriormente e se apresentarem mais debilitados.

Distribuição por sexo

Quanto ao sexo a prevalência se concentrou no público feminino sendo este 55,8% dos indivíduos deste estudo (Quadro 2). Este fato pode ser explicado pela perda de massa muscular maior do que nos indivíduos do sexo masculino, o que favorece maior tempo acamadas e possibilitando a complicações do seu quadro, além dos distúrbios hormonais recorrentes do avançar da idade.

Distribuição por tipos de tratamento fisioterapêutico aplicado

Quanto ao objetivo da fisioterapia, o percentual maior coube ao atendimento de fisioterapia motora (45,1%), esta fato ocorreu devido a este grupo englobar um maior número de paciente com o diagnóstico de AVE, conforme mostra o Quadro 3.

Distribuição por patologia

O diagnóstico clínico que aparece nos prontuários como maior causa de encaminhamento para a fisioterapia domiciliar é o AVE tanto isquêmico quanto o hemorrágico que juntos perfazem 21,35%, o que confirma os achados por Barros¹⁰ (1991), que define o AVE como a doença

Quadro 1. Distribuição por idade

0-10 anos	(10 pacientes)	2,4%
11-20 anos	(6 pacientes)	1,5%
21-30 anos	(12 pacientes)	2,9%
31-40 anos	(10 pacientes)	2,4%
41-50 anos	(34 pacientes)	8,3%
51-60 anos	(32 pacientes)	7,8%
61-70 anos	(70 pacientes)	17,0%
71-80 anos	(110 pacientes)	26,7%
81-90 anos	(108 pacientes)	26,2%
Acima de 91 anos	(20 pacientes)	4,8%

Fonte: Prontuários do Serviço de Fisioterapia Domiciliar Fisiocare Ltda.

Quadro 2. Distribuição por sexo

Masculino	184	44,2%
Feminino	228	55,8%
Total	412	100,0%

Fonte: Prontuários do Serviço de Fisioterapia Domiciliar Fisiocare Ltda.

Quadro 3. Distribuição por tipos de tratamento fisioterapêutico aplicado

Motor	186	45,1%
Respiratório	56	13,6%
Motor e respiratório	170	41,3%
Total	412	100,0%

Fonte: Prontuários do Serviço de Fisioterapia Domiciliar Fisiocare Ltda.

Quadro 4. Distribuição por doenças

Alzheimer	22	5,33%
Artropastia joelho/quadril	4	1,00%
AVEi/AVEh	82	21,35%
BPC	16	3,90%
Câncer	4	1,00%
Cardiopatía congênita	4	1,00%
Choque séptico/hemorragico	4	1,00%
Demência	4	1,00%
DM	4	1,00%
DPOC	52	12,62%
ELA	8	1,94%
Encefalopatia	8	1,94%
Esclerose múltipla	8	1,94%
Fratura joelho/quadril/fêmur	22	5,33%
HAS	22	5,33%
ICC	8	1,94%
IAM	2	0,05%
Insuficiência respiratória	8	1,45%
PC	14	2,96%
Parkinson	16	3,90%
Politrauma	8	1,45%
Síndrome de West	4	1,00%
TCE	10	2,46%
Tetraplegia	8	1,45%
Tumores	10	2,46%
Outros	51	12,37%
Total	412	100,0%

Fonte: Prontuários do Serviço de Fisioterapia Domiciliar Fisiocare Ltda.

Quadro 5. Evolução do quadro do paciente

Internação	4	1%
Óbito	16	4%
Não obteve melhora	9	2%
Pequena melhora	33	8%
Melhora relativa	74	18%
Melhora considerável	103	25%
Boa resposta	82	20%
Resposta acentuada	37	9%
Necessita complementação para alta	25	6%
Alta fisioterápica	29	7%
Total	412	100%

Fonte: Prontuários do Serviço de Fisioterapia Domiciliar Fisiocare Ltda.

Quadro 6. Tempo de internação em Home Care

3 meses	4	1,00%
6 meses	16	3,90%
1 ano	20	4,84%
2 anos	102	24,75%
3 anos	113	27,42%
4 anos	94	22,80%
5 anos	63	15,29%
Total	412	100,0%

Fonte: Prontuários do Serviço de Fisioterapia Domiciliar Fisiocare Ltda.

cerebrovascular que apresenta a maior incidência, e Karsch⁹ (1998) que apontou o Brasil como o detentor da segunda posição em AVE e com a maior taxa de mortalidade por este tipo de doença cerebrovascular.

Entretanto, como se pode observar no Quadro 4, os resultados que seguem são: o DPOC com 12,62%; fraturas de joelho/quadril/fêmur com 5,33%, hipertensão arterial com 5,33% (sendo este fator de risco para o AVE) e Alzheimer 5,33%. Sabe-se que a hipertensão arterial é um fator de risco para o AVE, e que uma seqüela de AVE leva a alterações de marcha o que pode provocar uma queda em um idoso e subsequentemente, uma fratura que o levaria ao repouso prolongado, sendo este fator que levaria a complicações respiratórias entre outras.

Destaca-se que apesar deste trabalho levar em consideração somente apenas o diagnóstico de encaminhamento para a fisioterapia domiciliar, ou seja, a "doença principal", cerca de 44,17% dos prontuários analisados não se resumia a apenas uma patologia e sim a uma associação de patologias que formam o quadro clínico dos pacientes.

Evolução do quadro do paciente

Quanto à porcentagem de melhora dos pacientes com o tratamento fisioterapêutico realizado em domicílio verificou-se que 25% dos pacientes obtiveram uma melhora considerável, 7% dos pacientes tiveram alta do serviço de fisioterapia dentro do período estudado, sendo apenas 1% dos pacientes reinternados e apenas 4% vieram a óbito. Este fato é explicado devido ao grande número das patologias que acometem os usuários deste tipo de serviço serem crônicas o que torna sua evolução lenta, o que não diminui a eficácia da fisioterapia domiciliar,

pois pequenos resultados são de grande valia para a qualidade de vida dos pacientes que se encontram restritos no leito (Quadro 5).

Tempo de internação em Home Care

Quanto ao tempo de internação em Home Care pode-se verificar que a maior parte (27,42%) dos pacientes em atendimento estão internados há 3 anos no serviço de Home Care. Este fato é explicado devido ao grande número das patologias que acometem os usuários deste tipo de serviço serem crônicas e necessitarem de acompanhamento diário da fisioterapia a fim de minimizar os efeitos da síndrome do imobilismo entre outras afecções que podem acometer estes pacientes que ficam por longos períodos restritos ao leito (Quadro 6).

Relacionando o Quadro 6 com o Quadro 5 verifica-se que em pouco tempo (3 anos) os usuários da fisioterapia domiciliar obtiveram uma melhora considerável (cerca de 25% dos pacientes conforme Quadro 5), o que foi de extrema importância para estes pacientes e a evolução de seu quadro clínico, além de diminuir o número de óbitos e possíveis reinternações (que não passaram de 5% conforme verificado no Quadro 5) demonstrando assim a eficácia da fisioterapia em âmbito domiciliar.

Discussão

Este trabalho, devido ao indicador de saúde de morbidade aplicado, pretende contribuir para o conhecimento do perfil de morbidade da população em atendimento pelo serviço de fisioterapia domiciliar, que é essencial para o profissional de fisioterapia. As estatísticas apresentadas anteriormente expressam a situação das doenças nos pacientes atendidos por este serviço, tendo múltipla utilização: estas permitem inferir as principais patologias que as pessoas que possam utilizar este tipo de serviço estão sujeitas, bem como auxilia na escolha de ações assistenciais adequadas para que possa se prevenir as principais patologias citadas acima, como a hipertensão, além de orientar os profissionais da área das principais patologias atendidas neste serviço o que resultaria em ações assistências mais eficazes a curto prazo.

A utilização dos prontuários dos pacientes demonstrou ser uma maneira rápida e de baixo custo para que se conheça a saúde da população em atendimento domiciliar, através de estudos de grupos como *Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso* de Góis e Veras⁸ (2006), que ajuda a mensurar a qualidade de vida dos idosos e a traçar ações assistenciais que permitem mudanças a curto prazo em determinados grupos.

Conclusão

Pode-se concluir com este trabalho que a procura pelo serviço de fisioterapia domiciliar é ocasionada principalmente pelas patologias crônicas, sendo que os indivíduos que mais utilizam este tipo de serviço se concentram na faixa etária de 61 a 90 anos, sendo sua grande maioria composta por mulheres e que o principal objetivo da fisioterapia domiciliar é a reabilitação motora, principal sequela do AVE.

Perante o estudo realizado, recomenda-se que seja realizado o atendimento pela fisioterapia domiciliar o mais precocemente possível, visando assim uma melhor resposta terapêutica e uma reabilitação mais rápida. Também foi verificado que não há muitos trabalhos sobre este assunto, sendo necessário mais investigações nesta área.

Referências

1. Carleti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliar ao paciente idoso. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996.
2. Albuquerque SMRL. Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.
3. Rice R. Home care nursing practice: historical perspective and philosophy of care. In: Rice R. Home care nursing practice: concepts and application. St Louis: Mosby; 2001.
4. Jones J, Wilson A, Parkes H, Wynn A, Jagger C, Spiers N *et al*. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ*. 1999;319(7224):1547-50.
5. Leme EO. Desenvolvimento do Home Care no Brasil [página online] 2002 [acesso 9 ago 2010]. Disponível em: <http://www.portalhomecare.com.br/home-care/desenvolvimento-do-home-care-no-brasil>
6. Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabaccanti S, Cavinato T, Carbonin PU *et al*. Impact of integrated home care services on hospital use. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(12):1430-4.
7. Tavolari CEL, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do "Home Health Care" no Brasil. *Rev Adm Saúde*. 2000;3(9):15-8.
8. Góis ALB, Veras RP. Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [periódico online] 2006 [acesso 9 ago 2010];9(2):49-61. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000200005&lng=es&nrm=iso
9. Karsch UMS, organizadora. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.
10. Barros JEF. Acidente vascular cerebral. In: Nitrini R, Bacheschi LA. A neurologia que todo médico deve saber. São Paulo: Maltese; 1991.
11. Kamenski G, Fink W, Maier M, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract*. 2006;7:55.
12. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911-26.
13. Angelo M. O contexto domiciliar. In: Duarte Y, Diogo M, editores. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005.
14. Del Duca GF, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(1):113-20.

Endereço para correspondência:

Juliana Duarte
Rua Maria José da Conceição, 75 apto 124B
São Paulo-SP, CEP 05730-170
Brasil

E-mail: jufisioduarte@bol.com.br

Recebido em 21 de novembro de 2011
Aceito em 23 de abril de 2012