

Sociodemographic and clinical profile of the elderly in Home Physiotherapy Programs

Adriano Filipe Barreto Grangeiro*

Lucy de Oliveira Gomes**

Mônica Elinor Alves Gama***

Clayton Franco Moraes**

656

Abstract

The Brazilian population ages in an accelerated and progressive way. Evaluative studies that seek to trace the sociodemographic and clinical profile of the elderly in Home Physiotherapy programs of a given region is of great relevance as an indicator for the implementation of public and private services, avoiding unnecessary expenses, adequate resources and providing essential information for the direction of actions in home care. The objective of this research was to characterize the sociodemographic and clinical profile of the elderly people in home physiotherapy programs. This is an analytical study and cross-sectional design with elderly people from the public and private sectors using the Elderly Person's Health Handbook. The studied population was of 241 elderly with predominantly females in the two groups (average of 70.4%). The age ranged from 60 to 106 years, with a mean of 81.7 in the public sector and 82.5 in the private sector. Significant differences were found between the public and private service sector in the variables marital status ($p<0.001$), schooling ($p<0.001$), monthly income ($p<0.001$) and in the following diseases listed in ICD-10: Symptoms, signs and abnormal findings ($p<0.001$), Eye disease and ($p<0.001$), Nervous system disorders ($p<0.001$), Mental and behavioral disorders ($p=0.032$) and neoplasms ($p=0.004$). Evaluative studies in Home Physiotherapy Programs are fundamental, as it is possible to know the specificities of the elderly minimizing hospitalizations, reducing morbidity and mortality, minimizing functional disabilities providing continuous care in a dignified and humanized way guaranteeing increased longevity with quality of life.

Keywords: Health of the Elderly. Physiotherapy. Home Care. Rehabilitation. Health Services for the Elderly.

INTRODUCTION

Brazil has experienced a process of accelerated demographic transition, with a reduction in the number of children and a considerable increase in the elderly population.

¹ According to the National Household Sample Survey (PNAD), between 2001 and 2013, the number of people 60 years of age or more rose from 9.0% to 13% of the total population. ²

The condition of population aging requires that there be profound and evident changes in its epidemiological profile. ³ Within a world scenario, Brazil is already seen as a country of elderly. Every year, 650 thousand new elderly people are added to the Brazilian population and with this an increase in the statistic, taking into account that these elderly people are

accompanied by several chronic diseases and more, with functional limitations. ¹

The increase in the elderly population, especially the fragile elderly, requires diverse services such as Long Stay Institutions for the Elderly, Clinics, Hospitals, Family Health Strategy and Home Care. ⁴

Ordinance No. 825 of April 25, 2016 redefines Home Care within the Unified Health System as a modality of healthcare integrated into Health Care Networks, characterized by a set of actions to prevent and treat diseases, rehabilitation, palliation and health promotion, provided at home, guaranteeing continuity of care. ⁵ This modality of care has been recurrently indicated to meet the needs of

DOI: 10.15343/0104-7809.20184203656677

* Federal University of Tocantins. Palmas, TO, Brazil.

** Catholic University of Brasília. Brasília, DF, Brazil.

*** Federal University of Maranhão. São Luís, MA, Brazil.

E-mail: filipe@uft.edu.br

people with chronic and dependent diseases and is defended based on values such as family coexistence and affection, as well as a presumed better quality of life for the patient and, obviously, the reduction of costs related to the hospital bed.^{6,7}

There are several reasons that lead the patient or his family to opt for the home physiotherapy service, whether it is a physical-functional incapacity or complete bed rest. (8) Physiotherapy in home care is of great relevance for elderly people in the public and private sectors, aiming at a more humanized and full health, but the importance of more studies related to home physiotherapy is seen in order to become a fundamental increase to the scientific evidence in this area of action with the elderly public.⁹

Considering that increased longevity when associated with functional disability and fragility in the elderly, is more exposed to risks, therefore, it is relevant to study this subject, so that health actions are planned, offering the fragile elderly a space to live with better living conditions.¹⁰ Therefore, it is necessary to know the epidemiological profile of the population served at home, in order to develop care techniques that better fit and meet the specific needs of patients.¹¹

Thus, the experience in Home Care for the Elderly in a situation of fragility in Home Physiotherapy Programs motivated the study on this subject due to the growth of the aging population that leads to the increase of Chronic Noncommunicable Diseases, therefore reducing the functional capacity of this age group, causing loss of autonomy and independence.

Evaluative studies that promote knowledge about the specifics of the elderly in the fragile home environment are essential for the structuring of health promotion programs, disability prevention and therapeutic decision making.

Regarding the issues raised, the hypotheses

of this research would be that the elderly who receive home care are predominantly female, with multiple comorbidities and functional capacity decline, implying loss of independence and autonomy, with deleterious effects on the quality of life of the elderly.

From this context, the objective of this article was to characterize the sociodemographic and clinical profile of the elderly in home and private physiotherapy programs.

MATERIALS AND METHODS

This was a cross-sectional study with a quantitative approach. The elderly individuals studied were aged 60 years or over, assisted in the Home Care for the Fragile Elderly Program (PADIF) and in the Case Management Program (PGC) of the city of São Luís, Maranhão, from April to September 2014.

The PADIF is a modality of home care in the public sector that has been in operation since February 2009, being composed of a single team consisting of 01 doctor*, 01 nurse and 01 physiotherapist**. The PGC is a private sector home care service, aimed at individuals of any age group, who need special attention because they are suffering from chronic, degenerative, severe or terminal diseases, composed of two multidisciplinary teams consisting of: 04 Physicians***, 02 Nurses****, 02 Nursing Technicians, 06 Physiotherapists*****, 05 Speech Therapists, 04 Occupational Therapists*****, 02 Psychologists***** and 02 Nutritionists.

Considering the average number of monthly visits to home physiotherapy services in the public sector (n=32) and the private sector (n=71) during the six months of data collection, 618 elderly people were enrolled in both programs. The sampling method was probabilistic of the systematic type, being alphabetized and subsequently drawn by means of a withdrawal interval (k=3), consequently until the final

* Geriatric Physician recognized by the Brazilian Society of Geriatrics and Gerontology.

** Specialist in Gerontology, recognized by the Brazilian Society of Geriatrics and Gerontology.

*** 03 specialists in clinical medicine and 01 specialist in Social Gerontology and Health of the Elderly .

**** 01 specialist in Social Gerontology and Health of the Elderly.

***** 03 specialists in Gerontology, 01 recognized by the Brazilian Society of Geriatrics and Gerontology.

***** 02 specialists in Gerontology.

***** 01 specialist in Gerontology.

sample of 241 elderly was obtained.

Inclusion criteria were: elderly individuals aged 60 years or older, residents of the area covered by the municipality of São Luís, registered and monitored in Physical Therapy programs, in the period of six months or more. The elderly who did not meet these criteria were excluded from the study.

The instrument used to collect data was the Health Record of the Elderly Person (12) provided by the Ministry of Health as a strategy to monitor the health of the elderly population, addressing the following socio-demographic data: gender, age, color, marital status, schooling, occupational status, monthly income, number of people living in the household, personal morbidity data, occurrence of falls in the last 12 months, health problems according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision (ICD-10), including signs, symptoms, diseases diagnosed or self-reported by the elderly or their caregivers, quantitative use of medication, hospital admissions in the last 12 months and life habits such as smoking, alcoholism and physical activity.

The Health Record of the Elderly Person was completed during the home visit. In the impossibility or difficulty of communicating with the elderly present at the home, a caregiver or caretaker answered the questions. The interviews were conducted by senior health professionals, who were trained to apply these interviews, being evaluated and monitored throughout the study period.

The study was approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital of the Federal University of Maranhão, under No. 492.583, in compliance with the requirements of the National Health Council Resolution No. 466/2012 and its complements. No conflicts of interest were declared, and the participants signed the Informed Consent Form.

Initially we evaluated the association of the several variables analyzed with the system, whether public or private through the Chi-square test for independence.

The Mann Whitney test was applied to evaluate the effect of sex, whether they lived alone, whether they needed care, whether they

were a smoker, whether they were an alcoholic and practiced regular physical activity.

The Kruskal Wallis test was applied to evaluate the effect of age, color, marital status, monthly income, who they live with, economic situation, number of people, schooling and enrollment time in the program. Significant difference was applied to the post-hoc Student-Newman-Keuls test.

The level of significance applied in all tests was 5%, that is, it was considered significant when $p < 0.05$.

RESULTS

The study population consisted of 241 elderly people enrolled in two home physiotherapeutic care programs in the city of São Luís, Maranhão, 141 in the public sector and 100 in the private sector.

Regarding gender, there was a predominance of females in both groups, with a mean of 70.4%. The age ranged from 60 to 106 years, with a mean of 81.7 ± 9.0 in the public sector and 82.5 ± 9.8 in the private sector, with 40.6% of the elderly being in the age range of 80-89 years. No significant differences were found in the demographic variables of the elderly served in the public and private sectors (Table 1).

Regarding the monthly income of the interviewees, in the public sector 75.9% receive a minimum wage and in the private sector the majority (43.0%) receive five or more salaries. The monthly income of the interviewees from the two public and private sectors presented a significant difference ($p < 0.001$) according to table 1.

Significant differences were found between the public and private sector services in all variables related to the support network for the elderly. The number of people living in the same household as the elderly ranged from two to four people in both the public sector (48.9%) and the private sector (65.0%), with a significant difference ($p < 0.004$). The family arrangement showed a significant difference ($p < 0.001$), with a higher prevalence of the elderly living with their relatives in both groups (70.9% in the public sector and 95% in the

private sector). The majority of the elderly had a companion at home for most of the day (mean of 87.9%), 80.9% in the public sector and 95% in the private sector, with a significant difference ($p < 0.001$). In the public sector, 80.9% of the elderly and, in the private sector, 96% reported daily care needs regarding basic and instrumental activities of daily living, with a significant difference ($p < 0.001$) as presented in Table 2.

The behavioral variables reported by the elderly showed that in the public sector (97.9%) and in the private sector (98.0%) the elderly did not smoke, 98.6% of the elderly in the public sector and 100% in the private sector did not use alcohol and 91.5% of the elderly in the public sector and 91% in the private sector did not practice regular physical activity. In these variables no significant difference appeared in the two studied sectors (Table 3).

Table 1 – Associação das variáveis sociodemográficas dos 241 idosos em programa de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado em São Luís, Maranhão, 2014.

| Variable (n=241) | Public | | Private | | p |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| | n | % | n | % | |
| Gender | | | | | 0.065 |
| Female | 107 | 75.9 | 65 | 65.0 | |
| Male | 34 | 24.1 | 35 | 35.0 | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |
| Age | | | | | 0.280 |
| 60 - 69 | 14 | 9.9 | 12 | 12.0 | |
| 70 - 79 | 44 | 31.2 | 20 | 20.0 | |
| 80-89 | 54 | 38.3 | 43 | 43.0 | |
| 90 or more | 29 | 20.6 | 25 | 25.0 | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |
| Age in years (Mean ± SD) | 81.7 anos | DP: ± 9.0 | 82.5 anos | DP: ± 9.8 | |
| Education | | | | | $p < 0.001$ |
| Illiterate | 43 | 30.5 | 6 | 6.0 | |
| Up to 4 years | 50 | 35.5 | 25 | 25.0 | |
| 4 to 8 years | 37 | 26.2 | 31 | 31.0 | |
| 8 or more years | 11 | 7.8 | 38 | 38.0 | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |
| Monthly income | | | | | |
| Up to 1 minimum wage (MW) ** | 107 | 75.9 | 9 | 9.0 | |
| More than 1-2 | 27 | 19.1 | 12 | 12.0 | $p < 0.001$ |
| More than 2-4 | 5 | 3.5 | 36 | 36.0 | |
| 5 or more | 2 | 1.4 | 43 | 43.0 | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |

* Other: Benefit of Continual Payment **Minimum Wage Based on 2014 (year of data collection): R\$ 724.00.

Table 2 – Association of variables related to the support network of the 241 elderly in a physiotherapeutic care program of the public and private sectors. São Luís, Maranhão, 2014.

| Variable (n=241) | Public | | Private | | p |
|--|--------|-------|---------|-------|-------|
| | n | % | n | % | |
| No. of people living with the elderly | | | | | 0.004 |
| None | 13 | 9.2 | - | - | |
| 1 person | 14 | 9.9 | 11 | 11.0 | |
| 2-4 people | 69 | 48.9 | 65 | 65.0 | |
| Up to 4 people | 45 | 31.9 | 24 | 24.0 | |
| Total | 141 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | |
| Family arrangement | | | | | 0.001 |
| With family | 100 | 70.9 | 95 | 95.0 | |
| Alone | 15 | 10.6 | 1 | 1.0 | |
| With friends | 1 | 0.7 | 4 | 4.0 | |
| Others | 25 | 17.7 | - | - | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |
| Alone during the day | | | | | 0.001 |
| No | 114 | 80.9 | 95 | 95.0 | |
| Yes | 27 | 19.1 | 5 | 5.0 | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |
| Needs care | | | | | 0.001 |
| Yes | 114 | 80.9 | 96 | 96.0 | |
| No | 27 | 19.1 | 4 | 4.0 | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |

Table 3 – Association of the behavioral variables of the 241 elderly in a physiotherapeutic care program of the public and private sectors. São Luís, Maranhão, 2014.

| Variable (n=241) | Sector Public | | Private | | p |
|------------------|---------------|-------|---------|-------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Smoker | | | | | 0.945 |
| No | 138 | 97.9 | 98 | 98.0 | |
| Yes | 3 | 2.1 | 2 | 2.0 | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |

to be continued...

| Alcoholic | | | | | 0.232 |
|-------------------------------------|-----|-------|-----|-------|-------|
| No | 139 | 98.6 | 100 | 100.0 | |
| Yes | 2 | 1.4 | - | - | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |
| Practices Regular Physical Activity | | | | | 0.894 |
| No | 129 | 91.5 | 91 | 91.0 | |
| Yes | 12 | 8.5 | 9 | 9.0 | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |

Table 4 shows the morbidities reported according to the ICD-10. In both groups, almost all the elderly mentioned health problems (97.2% in the public sector and 100% in the private sector), without significant difference. Considering that respondents provided more than one answer when questioned about health problems, the main morbidities reported in both sectors, without significant difference, were Circulatory System Diseases: Systemic Arterial Hypertension, Vascular Brain Accident and Coronary Artery Disease (mean of 85.7%).

Osteomuscular and connective tissue diseases (arthrosis, arthritis, osteoporosis, deformity of the fingers and toes) were in second place with a mean of 65.8%, also with no significant difference between the two sectors (Table 4).

Significant differences were found between the public and private care sector in the following diseases listed in the ICD-10 as seen in Table 4: Symptoms, signs and abnormal

findings ($p < 0.001$), Eye disease and appendages ($p < 0.001$), Nervous system disorders ($p < 0.001$), Mental and behavioral disorders ($p = 0.032$) and neoplasms ($p = 0.004$).

There was a report of prior hospitalization in the last 12 months of the elderly in both services, 67% in the private sector and 32.6% in the public sector, with a significant difference ($p < 0.001$). There were references to falls within the last 12 months in 44% of the elderly in the public sector and 25% in the private sector, with a significant difference ($p = 0.004$). There was a report of consumption of some medication in 100% of the elderly of the private sector, and in this sector, 70% reported using five or more drugs considered Polypharmacy. It is noteworthy that 14.2% of the elderly in the public sector did not take any type of medication. These variables show a statistically significant difference ($p < 0.001$) with the public and private sector service (Table 5).

Table 4 – Association of self-reported health problems among 241 elderly according to ICD-10 in physiotherapeutic care programs of public and private sectors. São Luís, Maranhão, 2014.

| Health problems | Public | | Private | | p |
|-----------------|--------|-------|---------|-------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Yes | 137 | 97.2 | 100 | 100.0 | 0.089 |
| No | 4 | 2.8 | - | - | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |

to be continued...

...continuation - Table 4

662

| | | | | | |
|--|-----|------|----|------|--------|
| ICD-10 | | | | | 0.738 |
| 1. Diseases of the circulatory system (SAH, stroke and CAD) | 122 | 86.5 | 85 | 85.0 | |
| 2. Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (arthrosis, arthritis, osteoporosis, deformity of the fingers and toes) | 87 | 61.7 | 70 | 70,0 | 0.183 |
| 3. Symptoms, signs, and abnormal findings* | 73 | 51.8 | 75 | 75.0 | <0.001 |
| 4. Endocrine, nutritional and metabolic diseases (Diabetes Mellitus, Malnutrition and Obesity) | 59 | 41.8 | 42 | 42.0 | 0.981 |
| 5. Eye Diseases and Attachments (Visual Deficit and Glaucoma) | 48 | 34.0 | 64 | 64.0 | <0.001 |
| 6. Mental and behavioral disorders (Depression and Mood Disorder) | 47 | 33.3 | 47 | 47.0 | 0.032 |
| 7. Nervous system disorders (Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease and Sleep Apnea) | 34 | 24.1 | 55 | 55.0 | <0.001 |
| 8. Diseases of the ear and mastoid process (Deficit Auditory and labyrinthitis) | 19 | 13.5 | 64 | 64.0 | 0.175 |
| 9. Skin and Subcutaneous Tissue Diseases (Decubitus Ulcer) | 14 | 9.9 | 16 | 16.0 | 0.312 |
| 10. Diseases of the digestive tract (Intestinal Constipation) | 16 | 11.3 | 16 | 16.0 | 0.160 |
| 11. Injury, poisoning and other external causes (amputation) | 6 | 4.3 | 3 | 3.0 | 0.623 |
| 12. Diseases of the respiratory system (COPD and Asthma) | 4 | 2.8 | 8 | 8.0 | 0.069 |
| 13. No Complaint | 4 | 2.8 | - | - | 0.089 |
| 14. Neoplasms (Cancer) | 3 | 2.1 | 11 | 11.0 | 0.004 |
| 15. Diseases of the genitourinary system (cystitis) | 2 | 1.4 | - | - | 0.232 |
| 16. Infectious and parasitic diseases (Hansen's disease) | 1 | 0.7 | - | - | 0.399 |

* Chapter XVIII: Abnormal symptoms and findings: Include Dysphagia, dizziness, headache, back pain, cough, hair loss, aphasia.

SAH: Systemic Arterial Hypertension; Stroke: Vascular Brain Accident; CAD: Coronary Artery Disease; COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Table 5 – Association of previous hospitalization, occurrence of falls and consumption of medication among the 241 elderly accompanied in the physiotherapeutic care programs of the public and private sectors. São Luís, Maranhão, 2014.

| Variable (n=241) | Sector Public | | Private | | p |
|-------------------------|---------------|-------|---------|-------|--------|
| | n | % | n | % | |
| Hospitalizations | | | | | <0.001 |
| No | 95 | 67.4 | 33 | 98.0 | |
| Yes | 46 | 32.6 | 67 | 2.0 | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |
| Falls | | | | | 0.004 |
| No | 79 | 56.0 | 75 | 100.0 | |
| Yes | 62 | 44.0 | 25 | - | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |
| Medications | | | | | <0.001 |
| None | 20 | 14.2 | - | - | |
| 1 - 2 | 28 | 19.9 | 7 | 7.0 | |
| 3 - 4 | 47 | 33.3 | 23 | 23.0 | |
| 5 or more | 46 | 32.6 | 70 | 70.0 | |
| Total | 141 | 100.0 | 100 | 100.0 | |

DISCUSSION

In the studied sample, we found a significant presence of females (70.4%) using the physiotherapeutic services. This result resembles those found in a study carried out with elderly patients submitted to the Home Care Physiotherapy Service of Londrina (PR), where a higher prevalence of elderly women (51.2%) was observed¹³ and in a study of the Public Home Care Program of Porto Alegre (RS), which predominantly found females among the elderly people (76.92%).¹⁴

The elderly population of both services in the present study presented a high proportion of

CNCDS, highlighting diseases of the circulatory system, the SAH and VBA (average of 85.7%), similar to the results of the research carried out in the municipal network of Belém, PA, where diseases of the circulatory system also appear as the leading cause of morbidity, in 58.62%.¹⁵ According to the 2010 Synthesis of Social Indicators, among diseases of the circulatory system that affect the elderly, SAH is the most commonly reported in all subgroups, at 53.3%, being the main cause of death in the country.¹⁶

The high incidence of SAH in the elderly studied in this research is similar to that of a

population study that corresponded to 72.3% of patients with hypertension.¹⁷ The presence of CNCDs, through its own evolutionary course, has a significant impact on the health of populations, both individual and collective, as well as being determining factors of altered functional capacity of the elderly.^{18,19}

Thus, the elderly admitted to the physiotherapy home care programs in the current research met the criteria to receive constant home care in an interdisciplinary way, because they already had some CNCD that worsened the degree of functional dependence if there was no continuity in their treatment.

Polypharmacy is a common clinical practice in the elderly. The occurrence of polypharmacy can be explained by the number of chronic diseases that affect the elderly, high incidence of symptoms and consultations and treatments with different specialists.²⁰

This study showed polypharmacy in the majority of the elderly in the private sector, possibly due to the greater access to medical care at home and the ease of seeking treatment with several specialists. It is noteworthy in the public sector that 14.2% did not consume any type of medication, a fact of having in the team of the program a geriatric doctor who accompanied the elderly person in the household, evaluating the appropriate medicine, thus avoiding polypharmacy.

The Interdisciplinary Home Care Unit (IHCU) of the University of São Paulo Medical School's Hospital das Clínicas has, on its professional staff, geriatricians and training in palliative care. Medical clinical and geriatric resident doctors who, under the guidance of an assistant, coordinate medical visits and participate in home care. The target audience is composed of mostly frail elderly. Interdisciplinarity brings the

benefit of humanization, welfare and is the most important focus of medical care in IHCU.²¹ The insertion of the geriatrician in conjunction with the interdisciplinary team in home care programs for the elderly in public and private sector services is of great relevance for the evolution of the rehabilitation treatment of the elderly who lost some degree of functional dependence.

In the mentioned study, a high number of hospital admissions appeared in the elderly of the private sector when compared to the elderly of the public sector within the previous twelve months. There is evidence of the frequent involvement of hospital admissions in worsening the functional condition of the elderly person.²²

Regarding the occurrence of falls within the previous 12 months, the elderly in the public sector had a greater proportion of this event than those of the private sector in the same period. The fall rate among the elderly is around 30% a year and may increase with advancing age.²³ The high number of falls has been a major public health problem due to the negative impact on the lives of the elderly and their families, as well as representing social and economic costs to the health system.²⁴

Therefore, home care is a modality of healthcare that is increasingly necessary in the care of the elderly, and in Brazil, this modality is in the organizing process, presenting a series of challenges, among them, the availability of appropriate technologies, the qualification of professionals and sustainable supply of services in the face of increasing demand.²⁵

The Current research presented a limitation regarding the collection of morbidities self-referred to by the elderly, which may underestimate the prevalence of morbidities due to cognitive problems or even lack of diagnosis performed by health professionals.

CONCLUSION

The study showed a predominance of females, ranging in age from 60 to 106 years, with a higher prevalence in the 80-89 age group, multiple comorbidities leading to a

decline in functional capacity, implying a loss of independence and autonomy, with deleterious effects on the elderly's quality of life.

REFERENCES

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*. 2017; 21(61): 309-20.
2. Pesquisa nacional por amostra de domicílio 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 18 set. 2014.
3. Santos TRA, et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2013; 47(1):94-103
4. Nagaoka C, Lemos N.de.FD, Yoshitome AY . Caracterização dos idosos de um programa de atendimento domiciliar quanto à saúde e à capacidade funcional. *Revista de Geriatria e Gerontologia*. 2010;4(3):129-34.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 78, 25 abr. 2016. Seção 1*. p. 33-38. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 10 jun.2016.
6. Simão VM, Mioto RCT. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde Debate*. 2016;40(108)156-69.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 16 jul. 2012; Seção 1.
8. Silva, LWS, Durães AM, Azoubel R. Fisioterapia domiciliar: pesquisa sobre o estado da arte a partir do Niefam. *Fisioterapia em movimento*. 2011;24(3):495-501.
9. Colodetti NLM, et al. Fisioterapia na Assistência Domiciliar. TCC (Graduação em Fisioterapia). Universidade Vale do Rio Doce, Faculdade de Ciências da Saúde, Governador Valadares, MG, 2009. Disponível <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Fisioterapiaassistenciadomiciliar.pdf>. Acesso em: 20 jan.2015.
10. Fhon JRS, et al. Frailty syndrome related to disability in the elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25(4):589-94.
11. Carnaúba CMD, et al. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20(3): 353-363
12. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da pessoa Idosa: manual de preenchimento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas e Estratégias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_idosa_manual_preenchimento.pdf. Acesso em: 05 maio 2014.
13. Krusch SS. Análise de sobrevida e funcionalidade em idosos submetidos à fisioterapia do Serviço de Atenção Domiciliar de Londrina/PR: 2014. 92. Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (Programa associado entre a Universidade Estadual de Londrina [UEL] e a Universidade Norte do Paraná [UNOPAR]) – Universidade Norte do Paraná, Londrina, 2014. Disponível em <https://s3.amazonaws.com/pgsskroton-dissertacoes/4d8502f6dfc7235b89049a7be91fc2ac.pdf>. Acesso em: 20 jan.2015.
14. Pereira BM, Gessinger CF. Visão da equipe multidisciplinar sobre a atuação da fisioterapia em um programa de atendimento domiciliar público. *O mundo da saúde*. 2014;38(2): 210-8.
15. Monteiro J de A, Rocha MLC da, Silva R de CG. Perfil de idosos atendidos pelo programa de atenção à saúde do idoso. *Revista de Geriatria e Gerontologia*. 2013;7(1):39-45.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf> Acesso em: 20 abr. 2014.
17. Rodrigues RAP, et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008;21(4):643-48.
18. Tavares DM dos S, Drumond FR, Pereira G de A. Condições de saúde de idosos com diabetes no Município de Uberaba, Minas Gerais. *Texto e Contexto de Enfermagem*. 2008;17(2):342-49.
19. Pedrosa R, Holanda G. Correlação entre os testes da caminhada, marcha estacionária e TUG em hipertensas idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2009;13(3):252-56.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcdad19.pdf>. Acesso em: 10 jan.2015.
21. Mangueira GMSMC. Papel da Medicina. In: Yamaguchi AM, et al. Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010. Cap.7. p.56-60
22. Giacomini KC, Couto EC. A fiscalização das ILPIS: o papel dos conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?. Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p.213-248. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf. Acesso em: 20 jan.2015.

23. Padoin PG. Análise comparativa entre idosos praticantes de exercício físico e sedentários quanto ao risco de quedas. *O mundo da Saúde*. 2010;34(2):158-64.
24. Brito TA, et al. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013;22(1):43-51.
25. Neto JBF, Moreira ACM. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas EV de, Py L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.p1261.

Perfil sociodemográfico e clínico da pessoa idosa em Programas de Fisioterapia Domiciliar

Adriano Filipe Barreto Grangeiro*
Lucy de Oliveira Gomes**
Mônica Elinor Alves Gama***
Clayton Franco Moraes**

667

Perfil sociodemográfico e clínico da pessoa idosa em Programas de Fisioterapia Domiciliar
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2018;42(3): 656-677

Resumo

A população brasileira envelhece de forma acelerada e progressiva. Estudos avaliativos que buscam traçar o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa idosa em programas de Fisioterapia Domiciliar de determinada região é de grande relevância funcionando como indicador para implementação de serviços públicos e privados, evitando gastos desnecessários, recursos adequados e fornecendo informações imprescindíveis para o direcionamento de ações na assistência domiciliar. O objetivo desta pesquisa foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa idosa em programas de fisioterapia domiciliar. Trata-se de um estudo de caráter analítico e delineamento transversal com idosos do setor público e privado utilizando a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. A população estudada foi de 241 idosos com predominância para o gênero feminino nos dois grupos (média de 70,4%). A idade variou de 60 a 106 anos, com média de 81,7 no setor público e 82,5 no setor privado. Foram encontradas diferenças significativas entre o setor de atendimento público e privado nas variáveis estado civil ($p < 0,001$), escolaridade ($p < 0,001$), renda mensal ($p < 0,001$) e nas seguintes doenças listadas no CID-10: Sintomas, sinais e achados anormais ($p < 0,001$), Doença do olho e anexos ($p < 0,001$), Doenças do sistema nervoso ($p < 0,001$), Transtornos mentais e comportamentais ($p = 0,032$) e neoplasias ($p = 0,004$). Estudos avaliativos em Programas de Fisioterapia Domiciliar são fundamentais, pois é possível conhecer as especificidades desse idoso minimizando internações hospitalares, redução morbi-mortalidade, incapacidade funcional prestando um cuidado contínuo de forma digna e humanizada garantindo uma longevidade avançada com qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Fisioterapia. Assistência Domiciliar. Reabilitação. Serviços de Saúde para idosos.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem vivenciado um processo de transição demográfica acelerada, com redução do número de crianças e aumento considerável da população idosa.¹ Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), entre 2001 e 2013 realizada em 2013 o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade elevou-se de 9,0% para 13% da população total.²

A condição de envelhecimento da população exige que haja mudanças profundas e evidentes em seu perfil epidemiológico.³ Dentro do cenário mundial, o Brasil já é visto como um país de envelhecidos. Em todo ano são somados à população brasileira, 650 mil novos idosos e com isso aumentando à estatística, levando em conta que estes idosos vem acompanhado de várias doenças crônicas e mais, com limitações

funcionais.¹

O aumento da população idosa, em especial do idoso frágil, requer diversidades de serviços como Instituições de Longa Permanência para Idosos, Ambulatórios, Hospitais, Estratégia Saúde da Família e Atendimento Domiciliar.⁴

A Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 redefine Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde como uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.⁵ Essa modalidade assistencial vem sendo recorrentemente indicada para atender às necessidades de pessoas com doenças crônicas

DOI: 10.15343/0104-7809.20184203656677

* Universidade Federal do Tocantins. Tocantinópolis, TO, Brasil.

** Universidade Católica de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

*** Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

E-mail: filipe@uft.edu.br

e dependentes e é defendida a partir de valores como o da convivência familiar e do afeto, bem como de uma presumida melhor qualidade de vida do paciente e, obviamente, da redução de custos relacionados ao leito hospitalar.^{6,7}

Diversos são os motivos que levam o paciente ou sua família a optar pelo serviço de fisioterapia domiciliar, seja uma incapacidade físico-funcional até a restrição completa ao leito.⁸ A Fisioterapia na assistência domiciliar é de grande relevância para pessoa idosa nos setores públicos e privados objetivando uma saúde mais humanizada e plena, porém fica demonstrado a importância de mais estudos relacionados a fisioterapia domiciliar a fim de tornar-se fundamental para aumento das evidências científicas nesta área de atuação com o público idoso.⁹

Considerando que o aumento da longevidade quando associado à fragilidade e incapacidade funcional no idoso, está mais exposto a riscos, assim, torna-se relevante pesquisas voltadas para esta temática, a fim de que as ações de Saúde sejam planejadas oferecendo ao idoso frágil um espaço para viver com melhores condições de vida.¹⁰, fazendo necessário conhecer o perfil epidemiológico da população atendida a domicílio, para que se desenvolvam técnicas de cuidado que melhor se enquadrem e atendam às necessidades específicas dos pacientes.¹¹

Desse modo, a vivência no Atendimento Domiciliar ao Idoso em situação de fragilidade em Programas de Fisioterapia Domiciliar motivou o estudo sobre tal temática devido ao crescimento do envelhecimento populacional que leva ao aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, por conseguinte diminuindo a capacidade funcional deste grupo etário, suscitando perda da autonomia e independência.

Estudos avaliativos que fomentam conhecer as especificidades dos idosos no ambiente domiciliar em situação de fragilidade são imprescindíveis para estruturação de programas

de promoção da saúde, prevenção de incapacidades e tomada de decisão terapêutica.

Em relação às questões levantadas, as hipóteses desta pesquisa seriam que as pessoas idosas que recebem assistência domiciliar são de predominância do sexo feminino, com múltiplas comorbidades e declínio da capacidade funcional, implicando na perda de independência e autonomia, com efeitos deletérios na qualidade de vida do idoso.

A partir dessa contextualização, o objetivo do presente artigo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa idosa em programas de fisioterapia domiciliar do setor público e privado.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Os idosos estudados apresentavam idade igual ou superior a 60 anos, assistidos no Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso Frágil (PADIF) e no Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) da cidade de São Luís, Maranhão, no período de abril a setembro de 2014.

O PADIF é modalidade de cuidado domiciliar do setor público que funciona desde fevereiro de 2009, sendo composto por uma única equipe constituída de 01 médica*, 01 enfermeira e 01 fisioterapeuta**. O PGC é serviço de atendimento domiciliar do setor privado, voltado para indivíduos de qualquer faixa etária, que necessitam de atenção especial em função de serem portadores de doenças crônicas, degenerativas, graves ou terminais, constituído por duas equipes multidisciplinares formada por: 04 Médicos***, 02 Enfermeiras****, 02 Técnicas de Enfermagem, 06 Fisioterapeutas*****, 05 Fonoaudiólogos, 04 Terapeutas Ocupacionais*****, 02 Psicólogas***** e 02 Nutricionistas.

* Geriatra titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

** Especialista em Gerontologia titulado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

*** 03 especialistas em clínica-médica e 01 especialista em Gerontologia Social e Saúde do Idoso .

**** 01 especialista em Gerontologia Social e Saúde do Idoso.

***** 03 especialistas em Gerontologia, sendo 01 titulado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

***** 02 especialistas em Gerontologia.

***** 01 especialista em Gerontologia.

Considerando a média de atendimentos mensais nos serviços de fisioterapia domiciliar do setor público (n=32) e setor privado (n=71) no período de seis meses de coleta de dados, foi totalizado nos **dois programas** 618 idosos. O método de amostragem foi probabilística do tipo sistemática, sendo realizada ordenação alfabética e, posteriormente sorteio por meio de um intervalo de retirada ($k=3$), conseqüentemente, até obter-se a amostra final de 241 idosos.

Os critérios de inclusão foram: idosos com idade igual ou superior a 60 anos, moradores da área de abrangência do município de São Luís, cadastrados e acompanhados nos programas de Fisioterapia, no período igual ou maior a seis meses. Os idosos que não obedeceram a esses critérios foram excluídos da pesquisa.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa¹² disponibilizada pelo Ministério da Saúde como estratégia para o acompanhamento da saúde da população idosa, abordando os seguintes dados sociodemográficos: gênero, idade, cor, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, renda mensal, número de pessoas que moram na residência, dados de morbidade pessoal, ocorrência de quedas nos últimos 12 meses, problemas de saúde de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10), enquadrando-se sinais, sintomas, doenças diagnosticadas ou autorreferidas pelos idosos ou seus responsáveis, quantitativo do uso de medicamentos, internações hospitalares nos últimos 12 meses e hábitos de vida, como tabagismo, etilismo e atividade física.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi preenchida durante a visita domiciliar. Na impossibilidade ou dificuldade de comunicação do idoso presente no domicílio, um cuidador ou responsável respondia às perguntas. As entrevistas foram realizadas por profissionais de saúde de nível superior, os quais receberam treinamento para aplicação dessas entrevistas, sendo avaliados e monitorados durante todo o período da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob o nº 492.583, atendendo aos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e suas complementares não existindo conflito de interesses a declarar e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente avaliou-se a associação das diversas variáveis analisadas com o sistema, se público ou privado através do teste de Qui-quadrado de independência.

O teste de Mann Whitney foi aplicado para avaliar o efeito do sexo, se mora sozinho, se necessita de cuidados, se é tabagista, se é etilista e se pratica atividade física regular.

O teste de Kruskal Wallis foi aplicado para avaliar o efeito da faixa etária, cor, estado civil, renda mensal, com quem reside, situação econômica, nº de pessoas, escolaridade e tempo de admissão no programa. Dando diferença significativa aplicou-se o teste post hoc de Student-Newman-Keuls.

O nível de significância aplicado em todos os testes foi de 5%, ou seja, considerou-se significativo quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

A população estudada foi de 241 idosos cadastrados em dois programas de atendimento fisioterapêutico domiciliar do município de São Luís, Maranhão, sendo 141 do setor público e 100 do setor privado.

Quanto ao gênero, houve predominância do feminino nos dois grupos, com média de 70,4%. A idade variou de 60 a 106 anos com média de $81,7 \pm 9,0$ no setor público e $82,5 \pm 9,8$ no setor privado, sendo que 40,6% dos idosos estavam na faixa etária de 80-89 anos. Não foram encontradas diferenças significativas as variáveis demográficas dos idosos atendidos no setor público e privado (Tabela 1).

Com relação a renda mensal dos entrevistados, no setor público 75,9% recebe um salário mínimo e no setor privado a maior parte (43,0%) recebe cinco ou mais salários. A renda mensal dos entrevistados dos dois setores público e privado apresentou diferença

significativa ($p < 0,001$) conforme a Tabela 1.

Foram encontradas diferenças significativas entre o setor de atendimento público e privado em todas as variáveis relacionadas à rede de apoio aos idosos. O número de pessoas residentes no mesmo domicílio dos idosos variou de duas a quatro pessoas tanto no setor público (48,9%) quanto no setor privado (65,0%), com diferença significativa ($p < 0,004$). O arranjo familiar mostrou diferença significativa ($p < 0,001$) apresentando maior predominância dos idosos residindo com seus familiares em ambos os grupos (70,9% no setor público e 95% no setor privado).

A maioria dos idosos referiu acompanhante no domicílio na maior parte do dia (média de 87,9%), sendo 80,9% no setor público e 95%

no setor privado, com diferença significativa ($p < 0,001$). No setor público, 80,9% dos idosos e, no setor privado 96% referiram necessidade de cuidados diários com relação às atividades básicas e instrumentais da vida diária, com diferença significativa ($p < 0,001$) segundo apresentado na Tabela 2.

As variáveis comportamentais referidas pelos idosos mostraram que no setor público (97,9%) e no setor privado (98,0%) dos idosos não fumavam 98,6% no setor público e 100% no setor privado dos idosos não faziam uso de bebida alcoólica e 91,5% no setor público e 91% no setor privado dos idosos não praticavam atividade física regular. Nestas variáveis não surgiu diferença significativa nos dois setores estudados Tabela 3.

Tabela 1 – Associação das variáveis sociodemográficas dos 241 idosos em programa de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado em São Luís, Maranhão, 2014.

| Variável (n=241) | Público | | Privado | | p |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | n | % | n | % | |
| Gênero | | | | | 0,065 |
| Feminino | 107 | 75,9 | 65 | 65,0 | |
| Masculino | 34 | 24,1 | 35 | 35,0 | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |
| Idade | | | | | 0,280 |
| 60 – 69 | 14 | 9,9 | 12 | 12,0 | |
| 70 – 79 | 44 | 31,2 | 20 | 20,0 | |
| 80 – 89 | 54 | 38,3 | 43 | 43,0 | |
| 90 ou mais | 29 | 20,6 | 25 | 25,0 | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |
| Idade em anos (Média ± DP) | 81,7 anos | DP: ± 9,0 | 82,5 anos | DP: ± 9,8 | |
| Escolaridade | | | | | p < 0,001 |
| Analfabeto | 43 | 30,5 | 6 | 6,0 | |
| menor que 4 anos | 50 | 35,5 | 25 | 25,0 | |
| maior 4 anos menor 8 anos | 37 | 26,2 | 31 | 31,0 | |
| maior ou igual 8 anos ou mais anos | 11 | 7,8 | 38 | 38,0 | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |

continua...

| Renda Mensal | | | | | |
|----------------------------|-----|-------|-----|-------|----------|
| Até 1 Salário Mínimo (SM)* | 107 | 75,9 | 9 | 9,0 | p< 0,001 |
| Mais de 1-2 | 27 | 19,1 | 12 | 12,0 | |
| Mais de 2-4 | 5 | 3,5 | 36 | 36,0 | |
| 5 ou mais | 2 | 1,4 | 43 | 43,0 | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |

* Base do Salário Mínimo em 2014 (ano da coleta de dados): R\$ 724,00

Tabela 2 – Associação das variáveis relacionadas à rede de apoio dos 241 idosos em programa de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado. São Luís, Maranhão, 2014.

| Variável (n=241) | Público | | Privado | | p |
|---|---------|-------|---------|-------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Nº de pessoas residentes com o idoso | | | | | 0,004 |
| Nenhuma | 13 | 9,2 | - | - | |
| 1 pessoa | 14 | 9,9 | 11 | 11,0 | |
| 2-4 pessoas | 69 | 48,9 | 65 | 65,0 | |
| Acima de 4 pessoas | 45 | 31,9 | 24 | 24,0 | |
| Total | 141 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | |
| Arranjo familiar | | | | | 0,001 |
| Com familiares | 100 | 70,9 | 95 | 95,0 | |
| Sozinho | 15 | 10,6 | 1 | 1,0 | |
| Com amigos | 1 | 0,7 | 4 | 4,0 | |
| Outros | 25 | 17,7 | - | - | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |
| Sozinho durante o dia | | | | | 0,001 |
| Não | 114 | 80,9 | 95 | 95,0 | |
| Sim | 27 | 19,1 | 5 | 5,0 | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |
| Necessita de cuidados | | | | | 0,001 |
| Sim | 114 | 80,9 | 96 | 96,0 | |
| Não | 27 | 19,1 | 4 | 4,0 | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |

continua...

Tabela 3 – Associação das variáveis comportamentais dos 241 idosos em programa de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado. São Luís, Maranhão, 2014.

| Variável (n=241) | Setor Público | | Privado | | p |
|--|---------------|-------|---------|-------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Tabagista | | | | | 0,945 |
| Não | 138 | 97,9 | 98 | 98,0 | |
| Sim | 3 | 2,1 | 2 | 2,0 | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |
| Etilista | | | | | 0,232 |
| Não | 139 | 98,6 | 100 | 100,0 | |
| Sim | 2 | 1,4 | - | - | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |
| Prática de Atividade Física Regular | | | | | 0,894 |
| Não | 129 | 91,5 | 91 | 91,0 | |
| Sim | 12 | 8,5 | 9 | 9,0 | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |

Na tabela 4 observam-se as morbidades referidas de acordo com o CID-10. Em ambos os grupos, quase a totalidade dos idosos referiram problemas de saúde (97,2% no setor público e 100% no setor privado), sem diferença significativa. Considerando que os entrevistados forneceram mais de uma resposta quando interrogados sobre os problemas de saúde, as principais morbidades referidas em ambos os setores, sem diferença significativa, foram as Doenças do Aparelho Circulatório: Hipertensão Arterial Sistêmica, Acidente Vascular Encefálico e Doença Arterial Coronariana (média de 85,7%).

As Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo: (Artrose, Artrite, Osteoporose, Deformidade dos dedos das mãos e dos pés) ficaram em segundo lugar com média de 65,8%, também sem diferença significativa entre os dois setores Tabela 4.

Foram encontradas diferenças significativas entre o setor de atendimento público e privado nas seguintes doenças listadas no CID-10:

Sintomas, sinais e achados anormais ($p < 0,001$), Doença do olho e anexos ($p < 0,001$), Doenças do sistema nervoso ($p < 0,001$), Transtornos mentais e comportamentais ($p = 0,032$) e neoplasias ($p = 0,004$) conforme a Tabela 4.

Observou-se relato de internação prévia nos últimos 12 meses dos idosos em ambos os serviços, sendo 67% no setor privado e 32,6% no setor público, com diferença significativa ($p < 0,001$). Houve referência a quedas nos últimos 12 meses em 44% dos idosos do setor público e 25% do setor privado, com diferença significativa ($p = 0,004$).

Houve relato de consumo de algum medicamento em 100% dos idosos do setor privado, sendo que, neste setor, 70% referiram uso de cinco ou mais medicamentos considerando Polifarmácia. Destaca-se que 14,2% dos idosos do setor público não ingeriam nenhum tipo de medicamento. Essas variáveis mostram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com o setor de atendimento público e privado Tabela 5.

Tabela 4 – Associação dos problemas de saúde autorreferidos pelos 241 idosos de acordo com o CID-10 em programas de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado. São Luís, Maranhão, 2014.

| | Público | | Privado | | p |
|---|---------|-------|---------|-------|--------|
| | n | % | n | % | |
| Problemas de Saúde | | | | | 0.089 |
| Sim | 137 | 97,2 | 100 | 100,0 | |
| Não | 4 | 2,8 | - | - | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |
| CID-10 | | | | | 0.738 |
| 1. Doenças do aparelho circulatório (HAS, AVE e DAC) | 122 | 86,5 | 85 | 85,0 | |
| 2. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Artrose, Artrite, Osteoporose, Deformidade dos dedos das mãos e dos pés) | 87 | 61,7 | 70 | 70,0 | 0.183 |
| 3. Sintomas, sinais e achados anormais* | 73 | 51,8 | 75 | 75,0 | <0.001 |
| 4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Diabetes Mellitus, Desnutrição e Obesidade) | 59 | 41,8 | 42 | 42,0 | 0.981 |
| 5. Doenças do olho e anexos (Déficit Visual e Glaucoma) | 48 | 34,0 | 64 | 64,0 | <0.001 |
| 6. Transtornos mentais e comportamentais (Depressão e Transtorno de Humor) | 47 | 33,3 | 47 | 47,0 | 0.032 |
| 7. Doenças do sistema nervoso (Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer e Apnéia do Sono) | 34 | 24,1 | 55 | 55,0 | <0.001 |
| 8. Doenças do ouvido e da apófise mastóide (Déficit Auditivo e Labirintite) | 19 | 13,5 | 64 | 64,0 | 0.175 |
| 9. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (Úlcera de Decúbito) | 14 | 9,9 | 16 | 16,0 | 0.312 |
| 10. Doenças do aparelho digestivo (Constipação Intestinal) | 16 | 11,3 | 16 | 16,0 | 0.160 |
| 11. Lesões, envenenamentos e outras causas externas (amputação) | 6 | 4,3 | 3 | 3,0 | 0.623 |
| 12. Doenças do aparelho respiratório (DPOC e Asma) | 4 | 2,8 | 8 | 8,0 | 0.069 |
| 13. Sem queixa | 4 | 2,8 | - | - | 0.089 |
| 14. Neoplasias (Câncer) | 3 | 2,1 | 11 | 11,0 | 0.004 |

continua...

...continuação - Tabela 4

| | | | | | |
|--|---|-----|---|---|-------|
| 15. Doenças do aparelho geniturinário (Cistite) | 2 | 1,4 | - | - | 0.232 |
| 16. Doenças infecciosas e parasitárias (Hanseníase) | 1 | 0,7 | - | - | 0.399 |

* Capítulo XVIII: sintomas e achados anormais: Incluem Disfagia, tontura, cefaléia, dores lombares, tosse, perda de cabelo, afasia.

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; AVE: Acidente Vascular Encefálico; DAC: Doença Arterial Coronariana; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Tabela 5 – Associação de internação prévia, ocorrência de quedas e consumo de medicamentos entre os 241 idosos acompanhados nos programas de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado. São Luís, Maranhão, 2014.

| Variável (n=241) | Setor Público | | Privado | | p |
|---------------------|---------------|-------|---------|-------|--------|
| | n | % | n | % | |
| Internações | | | | | <0,001 |
| Não | 95 | 67,4 | 33 | 98,0 | |
| Sim | 46 | 32,6 | 67 | 2,0 | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |
| Quedas | | | | | 0,004 |
| Não | 79 | 56,0 | 75 | 100,0 | |
| Sim | 62 | 44,0 | 25 | - | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |
| Medicamentos | | | | | <0,001 |
| Nenhum | 20 | 14,2 | - | - | |
| 1 – 2 | 28 | 19,9 | 7 | 7,0 | |
| 3 – 4 | 47 | 33,3 | 23 | 23,0 | |
| 5 ou mais | 46 | 32,6 | 70 | 70,0 | |
| Total | 141 | 100,0 | 100 | 100,0 | |

DISCUSSÃO

Na amostra pesquisada, encontramos a presença significativa do gênero feminino (70,4%) utilizando serviços fisioterapêuticos. Esse resultado se assemelha aos encontrados em estudo realizado com idosos submetidos à Fisioterapia do Serviço de Atenção Domiciliar

de Londrina (PR), onde foi observado maior prevalência de pessoas idosas do gênero feminino (51,2%)¹³ e no estudo do Programa de Atendimento domiciliar Público de Porto Alegre (RS) sendo encontrado predominância de pessoas idosas para o gênero feminino

(76,92%).¹⁴

A população de idosos de ambos os serviços na presente pesquisa apresentaram alta proporção de DCNT, destacando-se as doenças do aparelho circulatório, sendo a HAS e AVE (**média de 85,7%**), semelhante aos resultados da pesquisa realizada na rede municipal de Belém – PA em que as doenças do aparelho circulatório aparecem também como primeira causa de morbidade, em 58,62 %¹⁵ De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais de 2010, entre as doenças do aparelho circulatório que afetam os idosos, a HAS é a mais referida em todos os subgrupos, com 53,3%, constituindo a principal causa de óbito no país.¹⁶

A elevada incidência de HAS nos idosos estudados nesta pesquisa é semelhante ao dado de estudo populacional que correspondia à 72,3% com quadro de HAS.¹⁷ A presença de DCNT, pelo seu próprio curso evolutivo, causa impacto importante na saúde das populações, tanto individual quanto coletiva, além de serem fatores determinantes de alteração da capacidade funcional de idosos.^{18,19}

Desta forma, os idosos admitidos nos programas de atendimento fisioterapêutico domiciliar na pesquisa atual preencheram critérios para receber atendimento domiciliar constante de forma interdisciplinar, por já apresentarem alguma DCNT que fez piorar o grau de dependência funcional caso não houvesse continuidade no seu tratamento.

A polifarmácia é uma prática clínica comum nas pessoas idosas. A ocorrência da polifarmácia pode ser explicada pelo número de doenças crônicas que acometem os idosos, elevada incidência de sintomas e a realização de consulta e tratamento com diferentes especialistas diferentes.²⁰ Evidenciou-se neste estudo presença de polifarmácia na maior parte dos idosos do setor privado, possivelmente pelo maior acesso à assistência médica no domicílio e à facilidade da busca de tratamento com vários especialistas.

Destaca-se no setor público que (14,2 %) não consumiam nenhum tipo de medicamento, fato esse de possuir na equipe do programa uma médica geriatra que acompanhava o idoso no domicílio avaliando o medicamento adequado

evitando, assim, a polifarmácia.

O Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo possui em seu quadro de profissionais médicos geriatras e com formação em cuidados paliativos.

Participam ainda da atenção domiciliar médicos residentes de clínica médica e da geriatria que, sob orientação do assistente, coordenam visitas médicas. O público-alvo é composto por maioria de idosos fragilizados. A interdisciplinaridade traz o benefício da humanização, do assistencialismo e é a tônica mais importante da atenção médica no NADI.²¹

A inserção do médico geriatra em conjunto com a equipe interdisciplinar em programas de acompanhamento domiciliar à pessoa idosa nos serviços de atendimento do setor público e privado é de grande relevância para a evolução do tratamento de reabilitação do idoso com perda de algum grau de dependência funcional.

No referido estudo, surgiu elevado número de internações hospitalares nos idosos do setor privado quando comparado aos idosos do setor público nos últimos doze meses. Há evidências do frequente envolvimento das internações hospitalares no agravamento da condição funcional da pessoa idosa.²² No tocante à ocorrência de quedas nos últimos 12 meses, os idosos do setor público tiveram maior proporção deste evento do que aqueles do setor privado no mesmo período.

A taxa de queda entre idosos é da ordem de 30% ao ano, podendo aumentar com o avanço da idade.²³ O elevado número de quedas tem sido um importante problema de saúde pública, devido ao impacto negativo na vida do idoso e de seus familiares, além de representar custos sociais e econômicos para o sistema de saúde.²⁴

Portanto, a atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde cada vez mais necessária no cuidado à pessoa idosa e no Brasil essa modalidade encontra-se em processo de organização apresentando uma série de desafios, entre eles, disponibilidade das tecnologias apropriadas, capacitação de profissionais e oferta sustentável de serviços diante de uma demanda crescente.²⁵

A pesquisa atual apresentou limitação com relação à coleta das morbidades autorreferidas pelos idosos, que podem subestimar as

prevalências das morbidades em razão de problemas cognitivos ou mesmo de falta de diagnóstico realizado por profissional da saúde.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou predominância do sexo feminino, idade variando de 60 a 106 anos, com maior prevalência na faixa etária de 80-89 anos, múltiplas comorbidades levando ao declínio

da capacidade funcional, implicando na perda de independência e autonomia, com efeitos deletérios na qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*. 2017; 21(61): 309-20.
2. Pesquisa nacional por amostra de domicílio 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 18 set. 2014.
3. Santos TRA, et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2013; 47(1):94-103
4. Nagaoka C, Lemos N.de.FD, Yoshitome AY . Caracterização dos idosos de um programa de atendimento domiciliar quanto à saúde e à capacidade funcional. *Revista de Geriatria e Gerontologia*. 2010;4(3):129-34.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 78, 25 abr. 2016. Seção 1. p. 33-38*. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 10 jun.2016.
6. Simão VM, Miotto RCT. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde Debate*. 2016;40(108)156-69.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 16 jul. 2012; Seção 1.
8. Silva, LWS, Durães AM, Azoubel R. Fisioterapia domiciliar: pesquisa sobre o estado da arte a partir do Niefam. *Fisioterapia em movimento*. 2011;24(3):495-501.
9. Colodetti NLM, et al. Fisioterapia na Assistência Domiciliar. TCC (Graduação em Fisioterapia). Universidade Vale do Rio Doce, Faculdade de Ciências da Saúde, Governador Valadares, MG, 2009. Disponível <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Fisioterapiaassistenciadomiciliar.pdf>. Acesso em: 20 jan.2015.
10. Fhon JRS, et al. Frailty syndrome related to disability in the elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25(4):589-94.
11. Carnaúba CMD, et al. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20(3): 353-363
12. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da pessoa Idosa: manual de preenchimento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas e Estratégias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_idosa_manual_preenchimento.pdf. Acesso em: 05 maio 2014.
13. Krusch SS. Análise de sobrevida e funcionalidade em idosos submetidos à fisioterapia do Serviço de Atenção Domiciliar de Londrina/PR: 2014. 92. Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (Programa associado entre a Universidade Estadual de Londrina [UEL] e a Universidade Norte do Paraná [UNOPAR]) – Universidade Norte do Paraná, Londrina, 2014. Disponível em <https://s3.amazonaws.com/pgsskroton-dissertacoes/4d8502f6dfc7235b89049a7be91fc2ac.pdf>. Acesso em: 20 jan.2015.
14. Pereira BM, Gessinger CF. Visão da equipe multidisciplinar sobre a atuação da fisioterapia em um programa de atendimento domiciliar público. *O mundo da saúde*. 2014;38(2): 210-8.
15. Monteiro J de A, Rocha MLC da, Silva R de CG. Perfil de idosos atendidos pelo programa de atenção à saúde do idoso. *Revista de Geriatria e Gerontologia*. 2013;7(1):39-45.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf> Acesso em: 20 abr. 2014.
17. Rodrigues RAP, et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008;21(4):643-48.
18. Tavares DM dos S, Drumond FR, Pereira G de A. Condições de saúde de idosos com diabetes no Município de Uberaba, Minas Gerais. *Texto e Contexto de Enfermagem*. 2008;17(2):342-49.
19. Pedrosa R, Holanda G. Correlação entre os testes da caminhada, marcha estacionária e TUG em hipertensas idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2009;13(3):252-56.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>. Acesso em: 10 jan.2015.
21. Mangueira GMSMC. Papel da Medicina. In: Yamaguchi AM, et al. Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010. Cap.7. p.56-60

22. Giacomini KC, Couto EC. A fiscalização das ILPIS: o papel dos conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?. Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p.213-248. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf. Acesso em: 20 jan.2015.
23. Padoin PG. Análise comparativa entre idosos praticantes de exercício físico e sedentários quanto ao risco de quedas. *O mundo da Saúde*. 2010;34(2):158-64.
24. Brito TA, et al. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013;22(1):43-51.
25. Neto JBF, Moreira ACM. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas EV de, Py L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.p1261.