UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

GUILHERME BARBOSA SHIMOCOMAGUI

**Caracterização dos indivíduos assistidos pela equipe
multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do
município de Ribeirão Preto, SP**

Ribeirão Preto

2014

GUILHERME BARBOSA SHIMOCOMAGUI

**Caracterização dos indivíduos assistidos pela equipe
multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do
município de Ribeirão Preto-SP**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde na
Comunidade - Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências

Área de Concentração: Epidemiologia e
o Processo Saúde-Doença

Orientador: Prof. Dr. Amaury Lelis Dal
Fabbro

Ribeirão Preto

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Shimocomaqui, Guilherme Barbosa

Caracterização dos indivíduos assistidos pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do município de Ribeirão Preto, SP. Ribeirão Preto, 2014.

153 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

Orientador: Dal Fabbro, Amaury Lelis.

1. Serviços de Assistência Domiciliar. 2. Incapacidade funcional. 3. Fisioterapia.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Caracterização dos indivíduos assistidos pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do município de Ribeirão Preto-SP.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Aos meus pais, **Nelson e Sônia**, e às minhas irmãs, **Renata e Luciana**, pelo apoio incondicional em todos os momentos dessa caminhada e por nunca medir esforços para meu crescimento pessoal e profissional.

Agradecimentos

A realização desse trabalho foi possível graças aos esforços de muitas pessoas.

A todas elas manifesto meu reconhecimento, especialmente:

Ao Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro, por ter me acolhido e proporcionado à oportunidade de crescer como profissional e pesquisador.

À Profª. Drª. Aldaísa Cassanho Forster, pelo apoio e incentivo à buscar a continuação de minha formação profissional.

À todos os funcionários do SAD de Ribeirão Preto, SP, especialmente à Emília Maria Paulina C. Chayamiti e à Luciana dos Santos Sguilla, pela colaboração durante a elaboração do presente trabalho, por compartilhar os seus conhecimentos para o desenvolvimento desse estudo.

Aos indivíduos cadastrados no SAD, principalmente os que residem no distrito Sul e Leste, por compartilhar suas necessidades de saúde e pelos ensinamentos e conhecimentos proporcionados ao abrir as portas de suas casas e permitir a realização desse trabalho.

À todos os professores e funcionários do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, especialmente ao Sérgio Carlos do Nascimento e à Paula Maria Pereira.

Agradecimentos

Aos meus colegas e amigos, "arrojados", do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, pelo apoio nos momentos difíceis dessa caminhada.

Ao Fernando de Paula Júnior e às sanitaristas Lílian Cristina de Castro Rossi, Maria Amélia Zanon Ponce, e Suyane de Souza Lemos, pelas reflexões, estímulo e contribuições para a finalização do presente trabalho.

À Roberta Martins da Silveira Garcia, pela sua paciência e disponibilidade em me acolher, escutar e me ensinar a ver além daquilo que meus olhos possam enxergar e por me encorajar sempre.

Às equipes da ESF Figueirinha e Santa Antonieta 2 do município de Marília, SP, especialmente as ACS, por compartilhar as suas sabedorias bem como despertar a curiosidade acerca do tema do presente estudo.

Ao João Victor Piccolo Feliciano, Mariana Costa Lisboa e Giovanna Carvalho de Oliveira, pela amizade, paciência e apoio à realização desse trabalho.

Aos professores Dra. Ana Lúcia de Jesus Almeida, Dra. Eliane Ferrari Chagas, Dr. Jaime de Oliveira Gomes e Dra. Iracimara de Anchieta Messias, por toda a dedicação à minha formação profissional e por despertar em mim o prazer pela Saúde Coletiva e pela pesquisa.

À toda a minha família, pelo amor, apoio e constante incentivo.

A casa é nosso canto no mundo.

A casa abriga o devaneio, a casa abriga o sonhador,
A casa permite sonhar em paz.

A casa nos ajuda a dizer: serei um habitante do mundo,
apesar do mundo.

A casa é uma das maiores forças de integração para os pensamentos,
As lembranças e os sonhos do homem.

Sem a casa o ser humano seria disperso,
Jogado no mundo...

Gaston Bachelard

RESUMO

SHIMOCOMAGUI, G. B. **Caracterização dos indivíduos assistidos pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do município de Ribeirão Preto, SP.** 2014. 153 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A atenção domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde que visa reorganizar o processo de trabalho das equipes de diferentes serviços, reduzir a demanda por atendimento hospitalar, ampliar a autonomia dos usuários e de seus familiares, além de proporcionar a integralidade da atenção. No âmbito do sistema único de saúde, a AD é operacionalizada, na atenção primária, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelo programa Melhor em Casa que organiza os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). O estudo teve como objetivo caracterizar os indivíduos assistidos pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do município de Ribeirão Preto, SP. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo que utilizou um formulário e o domínio motor da Medida de Independência Funcional (MIF) para obter o perfil e a incapacidade funcional, respectivamente. Participaram do estudo 58 indivíduos maiores de 18 anos, residentes na área de abrangência e cadastrados na EMAD entre o período 1 de janeiro à 12 de agosto de 2013. Para a realização da análise dos dados, utilizou-se o aplicativo Stata 9.0. Além da análise descritiva, realizou-se o teste de comparação de médias entre os grupos por meio do teste t de Student e ANOVA one way. Os indivíduos caracterizam-se pelo discreto predomínio do sexo masculino (51%), idosos (79,4%), sendo que 91,4% estão inseridos na modalidade de atenção domiciliar AD2 e 87,9% receberam a visita domiciliar do enfermeiro. Houve o predomínio do acesso à atenção domiciliar por demanda espontânea (48,2%) e 41,4% dos participantes realizavam fisioterapia, no momento da entrevista, no SUS (79,2%). Além disso, 37,6% necessitavam usar fraldas e equipamentos (91,4%), sendo este a cadeira de rodas (39,6%) e a maioria foi adquirido por meio do SUS (51%). Quanto aos diagnósticos, os mais frequentes são o acidente vascular encefálico (11%) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (11%). Em relação aos cuidadores, 80,4% são do sexo feminino, idosos (41%), com o grau de parentesco esposa (37,6%). Entre aqueles que cuidam de indivíduos que fazem ou fizeram fisioterapia, 90% receberam orientações. No que tange à MIF, a média do domínio motor foi de 50,5 pontos. A maior categoria foi alimentação, sendo que 43,1% apresentaram independência completa, e a menor foi escadas, com 58,6% de indivíduos que necessitaram de ajuda total. O perfil dos indivíduos assistidos pela EMAD e a utilização de uma ferramenta que avalia a incapacidade funcional dos mesmos evidenciaram aspectos propositivos para potencializar o planejamento e a operacionalização da assistência e do processo de trabalho da EMAD.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar. Incapacidade Funcional. Fisioterapia.

ABSTRACT

SHIMOCOMAGUI, G. B. **Characterization of individuals assisted by the multidisciplinary team of home care (EMAD) in Ribeirão Preto, Brazil.** 2014. 153 f. Thesis (Master's) - Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Home care (AD) is a type of health care that aims to reorganize the work process of the different services teams, reduce the demand for hospital attendance, increase the autonomy of the users and of their family members, in addition to providing comprehensive care. Within the framework of the public health system, AD is operationalized, in the primary care, by means of the Family Health Strategy (ESF), of the Community Health Agents (PACS) program and by the Better Home program which organizes the Homecare Services (SAD). The study aimed at characterizing the individuals assisted by the multidisciplinary team of home care in the city of Ribeirão Preto, Brazil. This is a descriptive epidemiological study which made use of a form and of the motor domain included in the Functional Independence Measure (MIF) to get the profile and the functional disability, respectively. The study included 58 patients over 18 years old living in the area covered and enrolled in the EMAD in the period between January 1 to August 12, 2013. For carrying out the data analysis, Stata 9.0 application was used. In addition to the descriptive analysis two variables or more were compared using the t Student and ANOVA one way test. Individuals are characterized by a slight predominance of males (51%), elderly (79.4%), and 91.4% are inserted into the modality of home care AD2 and 87.9% received home visits of the nurse. There was a predominance of access to home care by spontaneous demand (48.2%) and 41.4% of the participants performed physical therapy at the time of interview, in the SUS (79.2%). Furthermore, 37.6% needed to wear diapers and equipment (91.4%), these being the wheelchair (39.6%) and most had been obtained through the SUS (51%). With regard to diagnosis, the most frequent are the stroke (11%) and the chronic obstructive pulmonary disease (11%). Regarding caregivers, 80.4% are female, elderly (41%), with the degree of relationship wife (37.6%). Among those who took care of individuals who are undergoing or underwent physical therapy, 90% received guidance. Concerning the MIF, the average of motor domain was of 50.5 points. The largest category was feeding, and 43.1% had complete independence, and the lowest was stairs, with 58.6% of individuals requiring total assistance. The profile of the individuals assisted by the EMAD and the use of a tool that evaluates their functional disability highlighted propitious aspects so as to enhance the planning and the operationalization of the assistance and of the EMAD working process.

Keywords: Home Care Services. Functional disability. Physiotherapy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Acesso ao serviço de atenção domiciliar	40
Figura 2.	Fluxograma de seleção dos participantes do estudo	41
Figura 3.	Pontuações da composição da MIF em categorias, dimensões e MIF total.	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das características sócio-demográficas dos indivíduos assistidos pela EMAD, segundo sexo, idade, distrito e modalidade de atenção domiciliar – Ribeirão Preto, 2014.	49
Tabela 2.	Distribuição das categorias sócio-demográficas e grau de parentesco dos cuidados dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	50
Tabela 3.	Distribuição dos diagnósticos dos indivíduos assistidos pela EMAD, segundo sexo – Ribeirão Preto, 2014.	51
Tabela 4.	Distribuição das sequelas e complicações dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	52
Tabela 5.	Distribuição das possibilidades do primeiro acesso ao SAD dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	52
Tabela 6.	Distribuição das visitas dos profissionais EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	53
Tabela 7.	Distribuição dos equipamentos dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	53
Tabela 8.	Distribuição dos equipamentos dos indivíduos assistidos pela EMAD, segundo forma de obtenção – Ribeirão Preto, 2014.	53
Tabela 9.	Distribuição dos indivíduos que fazem ou não fazem fisioterapia, segundo frequência por semana, há quanto tempo e local – Ribeirão Preto, 2014.	54
Tabela 10.	Distribuição dos motivos dos indivíduos que nunca realizaram fisioterapia – Ribeirão Preto, 2014.	55

Tabela 11.	Distribuição das variáveis orientações dos cuidadores dos indivíduos que fazem ou já fizeram fisioterapia e são assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	55
Tabela 12.	Pontuação da categoria alimentação dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	56
Tabela 13.	Pontuação da categoria higiene pessoal dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	57
Tabela 14.	Pontuação da categoria banho dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	57
Tabela 15.	Pontuação da categoria vestir-se acima da cintura dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	58
Tabela 16.	Pontuação da categoria vestir-se abaixo da cintura dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	58
Tabela 17.	Pontuação da categoria vaso sanitário dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	59
Tabela 18.	Pontuação da categoria controle de urina dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	59
Tabela 19.	Pontuação da categoria controle de fezes dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	60
Tabela 20.	Pontuação da categoria transferência leito-cadeira/cadeira de rodas dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	61
Tabela 21.	Pontuação da categoria transferência vaso sanitário dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	61
Tabela 22.	Pontuação da categoria transferência chuveiro/banheira dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	62

Tabela 23.	Pontuação da categoria marcha/cadeira de rodas dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	62
Tabela 24.	Pontuação da categoria escadas dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	63
Tabela 25.	Distribuição das médias das dimensões e categorias do domínio motor da MIF – Ribeirão Preto, 2014.	64
Tabela 26.	Distribuição das pontuações das médias das categorias do domínio motor da MIF dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	65
Tabela 27.	Dados da pontuação total do domínio motor da MIF dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	66
Tabela 28.	Distribuição das pontuações do domínio motor da MIF, segundo a frequência e a média dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	67
Tabela 29.	Distribuição das médias, desvio padrão, da MIF motora total, segundo sexo e idade dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	68
Tabela 30.	Distribuição dos diagnósticos, segundo pontuação do domínio motor da MIF acima do primeiro quartil – Ribeirão Preto, 2014.	69
Tabela 31.	Distribuição dos diagnósticos, segundo pontuação do domínio motor da MIF abaixo do primeiro quartil – Ribeirão Preto, 2014.	69
Tabela 32.	Distribuição das médias do domínio motor da MIF, segundo a frequência e realização ou não de fisioterapia nos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014.	70

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitária de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar modalidade 1
AD2	Atenção Domiciliar modalidade 2
AD3	Atenção Domiciliar modalidade 3
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVD	Atividades de Vida Diária
CID 10	Classificação Internacional de Doenças 10
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
IU	Incontinência Urinária
MIF	Medida de Independência Funcional
MS	Ministério da Saúde
ODP	Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIH	Sistema de Informação Hospitalar

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 Introdução.....	17
1.1 Atenção domiciliar.....	18
1.2 A regulamentação da Atenção domiciliar.....	19
1.3 Objetivo e organização da rede de Atenção Domiciliar.....	23
1.4 Incapacidade funcional	26
1. 5 Doenças crônicas.....	30
Justificativa.....	34
2 Objetivos	36
2.1 Objetivo geral	37
2.2 Objetivos específicos	37
3 Casuística e Métodos.....	38
3.1 Tipo de estudo	39
3.2 Local de estudo.....	39
3.2.1 Serviço de atenção domiciliar de Ribeirão Preto.....	39
3.3 Casuística	42
3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	42
3.4 Coleta de dados	43
3.4.1 <i>Delineamento do estudo</i>	43
3.4.2 <i>Instrumentos de coleta de dados</i>	45
3.4.2.1 Formulário para entrevista com o cuidador principal ou com o indivíduo que é assistido pela EMAD (apêndice 3)	45
3.4.2.2 Medida de Independência Funcional (MIF) (apêndice 4)	46
3.5 Análise dos dados.....	48
3.6 Aspectos éticos	49
4 Resultados	50
4.1 Caracterização sócio-demográfica	51
4.2 Diagnóstico	52
4.3 Sequelas e complicações	53
4.4 Acesso à atenção domiciliar	54
4.5 Fisioterapia	56
4.6 Avaliação funcional	57

5 Discussão	73
5.1 Caracterização sócio demográfica	74
5.2 Caracterização das modalidades de AD	75
5.3 Caracterização dos cuidadores.....	78
5.4 Caracterização dos diagnósticos	80
5.5 Caracterização do acesso à AD.....	82
5.6 Caracterização quanto aos profissionais que realizam AD	84
5.7 Caracterização das sequelas, complicações e necessidades de tecnologias em saúde	87
5.8 Caracterização quanto à fisioterapia	89
5.9 Avaliação funcional	94
5.10 Caracterização do domínio motor da MIF, segundo diagnóstico, idade e sexo.....	102
6 Considerações Finais	108
Referências	110
Anexos	140
ANEXO A – Certificado do treinamento	141
ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	142
ANEXO C – Autorização para o desenvolvimento da pesquisa no SAD.....	143
Apêndices	144
APÊNDICE A – Carta de Apresentação.....	145
APÊNDICE B – Termo de Consentimento livre e esclarecido	146

1.1 Atenção domiciliar

A atenção domiciliar (AD) é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes. Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

Lacerda et al. (2006) afirmam que a AD é a forma mais ampla de cuidados domiciliares e abrange todos os tipos de ações nesse campo, tal como o atendimento, a internação e a visita domiciliar. Os termos “atendimento domiciliar”, “assistência domiciliar” e “cuidado domiciliar” são sinônimos e representam uma mesma modalidade de atenção à saúde (LACERDA et al., 2006).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2006a) o atendimento domiciliar é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílios. Ademais, este tipo de atendimento contempla todas as ações, sejam elas educativas ou assistenciais, simples ou complexas, incluindo, assim, as modalidades visita e internação domiciliar (LACERDA et al., 2006).

A internação domiciliar é uma atividade que envolve a presença contínua de profissionais no domicílio, além de ofertar equipamentos, materiais e medicamentos para pacientes em estados mais complexos. Por sua vez, a visita domiciliar possui um caráter mais pontual de contato de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informação e/ou orientações (RIBEIRO, 2004).

Na história da medicina, há relatos sobre as práticas e os benefícios dos cuidados domiciliares na terceira dinastia do Egito Antigo, na Grécia Antiga e no século V antes de Cristo, se apresentando de forma sistematizada nos Estados Unidos em 1796, na Inglaterra em 1848 e na Austrália em 1885 (AMARAL et al., 2001; PORTAL HOME CARE, 2013; TAVALORI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

Em 1947 nos Estados Unidos, a assistência domiciliar é organizada com o objetivo de descongestionar os hospitais e ofertar um ambiente psicossocial mais favorável aos pacientes e familiares. No Canadá, desde os anos 60, tal serviço era

orientado para proporcionar alta precoce aos pacientes cirúrgicos (LIMA; SPAGNUOLO; PATRÍCIO, 2013).

No Brasil, o atendimento domiciliar se iniciou com o serviço de enfermagem, havendo o registro da criação do Serviço de Enfermarias Visitadoras do Rio de Janeiro, em 1919, o qual tinha como foco a educação em saúde da população em domicílio (DUARTE; DIOGO, 2000). Além disso, o primeiro sistema planejado de assistência domiciliar foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, com o intuito de desospitalizar doentes crônicos estáveis, desocupando leitos (LIMA, 2013).

Neste contexto, a AD surge em função das diversas alterações que a sociedade brasileira sofreu no decorrer dos anos (LACERDA et al., 2006), destacando-se: a necessidade de maior integração da equipe profissional com a família e o cliente, bem como a humanização da assistência à saúde; a transição demográfica, que revela um envelhecimento populacional crescente; o perfil epidemiológico da população, revelando o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis e consequentemente maior prevalência de incapacidade funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; DUARTE; DIOGO, 2000).

A AD diminui o risco de infecções, utiliza mais racionalmente os leitos e os recursos hospitalares, reduz os custos da atenção, além de proporcionar o desenvolvimento de vínculo, a responsabilização dos trabalhadores e a participação efetiva dos cuidadores e das famílias na produção dos projetos terapêuticos (DYER, 2005; TORRE; VERGEL, 1998).

Além disso, a AD contribui para a produção da integralidade, da continuidade e da humanização do cuidado, embora possa trazer à família um encargo para a qual não está preparada se apresentando como um elemento de desgaste na dinâmica familiar (BRASIL, 2002a; FEUERWERKER; MERHY, 2008; MARTINS et al., 2009).

1.2 A regulamentação da atenção domiciliar

No que concerne aos serviços privados de saúde, a AD não é regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seguindo a regulamentação da

ANVISA, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) No. 11/2006 (FRANCO et al., 2007).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, a AD é operacionalizada pelos seguintes programas: Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Melhor em Casa, que organiza os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2011b).

A AD na Atenção Básica (AB) é normatizada pela Portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2011. (BRASIL, 2011b). O PACS tem uma cobertura nacional de 64,34% do território em 5.514 municípios onde há 255.772 equipes implantadas, enquanto a ESF apresenta uma cobertura nacional de 55,73%, contemplando 5.309 municípios com 34.185 equipes implantadas (BRASIL, 2011d, 2013e).

Thumé et al. (2011) avaliaram a utilização de serviços de AD por idosos na AB, no município de Bagé no Rio Grande do Sul, após a implementação da ESF. Eles verificaram não apenas que a expansão da ESF proporcionou uma maior utilização de serviços de atenção domiciliar no país, mas também que a taxa de utilização de serviços de AD em unidades de saúde cujo modelo é a ESF é 2,7 vezes maior do que o modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS).

No dia 8 de outubro de 2011 iniciou-se o programa Melhor em Casa, o qual possui o arcabouço legal normatizado pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013a). Antes da implantação desse programa, houve iniciativas e publicações de legislações preocupadas com a inserção da AD no SUS.

Publicada em 23 de março de 1998 a Portaria nº 2.416 estabelece requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a realização da internação domiciliar no SUS, considerando que:

[...] a internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes do hospital, e considerando que a adequada desospitalização proporciona um maior contato do paciente com a família favorecendo a sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares (BRASIL, 1998).

Em 2002, o capítulo VI (do subsistema de atendimento e internação domiciliar) é acrescentado à Lei nº 10.424 de 15 de abril e o artigo nº 19-1 à Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Tal artigo estabelece no SUS:

[...] Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares, incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência

social entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio (BRASIL, 2002a).

Ainda em 2002, no dia 16 de abril, a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Ministério da Saúde (MS) nº 249, estabelece a AD como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e à área hospitalar (BRASIL, 2002b).

A Consulta Pública nº 81 do dia 14 de outubro de 2003, da ANVISA, dispõe sobre o regulamento técnico contendo as normas de funcionamento de serviços que prestam AD (BRASIL, 2003).

A Portaria MS/Gabinete do Ministro (GM) nº 520, de 25 de março de 2004 institui grupo de trabalho para elaboração de proposta de uma Política de Atenção Domiciliar, no âmbito do SUS (BRASIL, 2004).

Já em 2006, a resolução nº 11 de 30 de janeiro estabelece os requisitos de funcionamento para os serviços de AD e dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam AD. Essa Resolução define os seguintes itens (BRASIL, 2006a):

- Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.
- Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
- Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- Equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD): profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.
- Internação domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.
- Serviço de atenção domiciliar (SAD): instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

A Portaria SAS nº 629, de 25 de agosto de 2006 descentraliza para os gestores Estaduais/Municipais de Saúde, o registro das habilitações no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, para os estabelecimentos aptos a realizarem procedimentos referentes aos cuidados prolongados, internação domiciliar, planejamento familiar/esterilização, cuidados intermediários neonatal, e de cirurgia por videolaparoscopia, após as devidas deliberações na instância da Comissão Intergestores Bipartite (BRASIL, 2006b).

A Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 institui e define a internação domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2006c).

A Portaria MS/GM nº 2.818, de 08 de novembro de 2006 restabelece na tabela do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), o grupo de código 85.100 12-9 Internação Domiciliar e seus respectivos procedimentos (BRASIL, 2006d).

A Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 instituiu a AD no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b), mas foi revogada em seguida a publicação.

A Portaria, nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, define a AD como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011c).

A Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012, altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011.

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, universalizou a possibilidade dos municípios aderirem ao Programa Melhor em Casa (AD no âmbito do SUS) (BRASIL, 2013a).

Tal portaria reconhece os cuidados domiciliares realizados na atenção primária pelas equipes da ESF, por meio da modalidade AD1, além de inserir a AD nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), organizar a partir de uma base territorial o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e responsabilizar este pelas modalidades AD2 e AD3.

A Portaria nº 1.208 de 18 de junho de 2013, integra o Programa Melhor em Casa com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2013d).

1.3 Objetivo e organização da rede de atenção domiciliar

A AD tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica (AB), ambulatorial e hospitalar, visando a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2012a).

O Programa Melhor em Casa pretende garantir a articulação, no território, com os outros pontos de atenção, como por exemplo, a AB, as unidades de urgência e emergência e os hospitais. Seu objetivo é o apoio e o matriciamento das equipes desses serviços, a busca ativa de indivíduos elegíveis para a AD, além da desospitalização segura e articulada com a rede de saúde do território (BRASIL, 2012a).

O Melhor em Casa teve início em 8 de outubro de 2011, e, atualmente, está inserido em 22 Estados brasileiros, com 523 equipes implantadas, e outras 1284 habilitadas. Em dois anos de execução, o programa possibilitou a liberação de cerca de 3,5 mil leitos hospitalares por dia, bem como a redução das demandas de serviços de urgência e emergência, uma vez que o acompanhamento sistematizado pelas equipes do programa contribui na diminuição de intercorrências e recompensações clínica de doentes crônicos (BRASIL, 2012a, 2013f).

Para adesão ao programa Melhor em Casa os municípios obrigatoriamente devem possuir a cobertura do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e um hospital de referência no município ou na microrregião (BRASIL, 2013d).

As condições de inclusão de pacientes envolvem critérios clínicos e administrativos. Entre estes, destacam-se o termo de consentimento informado, a residência no território de cobertura da EMAD e a presença do cuidador, quando o indivíduo se encontra com dependência funcional. Além disso, o programa também demanda uma infraestrutura adequada, como instalação sanitária, água e energia elétrica (BRASIL, 2012a).

No que diz respeito aos mecanismos e ferramentas que favorecem a atenção qualificada e resolutiva, encontram-se a regulação estruturada, fluxos assistenciais,

protocolos clínicos e de acesso e a capacidade de comunicação entre as equipes e os serviços (BRASIL, 2012a).

No SUS a AD deverá ser organizada em três modalidades, conforme a caracterização do paciente, do cuidado e do tipo de procedimentos e atenção realizados para o cuidado dos mesmos.

A primeira modalidade de atenção domiciliar (AD1), destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados ou compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor complexidade.

Estão incluídos os pacientes de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3.

A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica. Estas serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação. Visitas em domicílio deverão ocorrer pelo menos 1 (uma) vez por mês (BRASIL, 2012a).

A segunda modalidade de atenção domiciliar (AD2), destina-se aos usuários que estejam com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recurso de saúde e acompanhamento contínuo.

Tais pacientes podem ser procedentes de diferentes serviços da rede de atenção. A inclusão dos indivíduos nessa modalidade de cuidado se relaciona a distintas situações de saúde, tais como, demanda por procedimentos de maior complexidade; curativos complexos e drenagem de abscesso, por exemplo, dependência de monitoramento de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso de traqueostomia, prótese e órtese, sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiências permanentes ou transitórias que não possuem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de instrumentos para realização de higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; cuidados paliativos e

medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido (BRASIL, 2012a).

A terceira modalidade de atenção domiciliar (AD3) destina-se aos usuários com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, bem como, aqueles com necessidade de maior frequência de cuidado e recursos de saúde, de acompanhamento contínuo e de uso de equipamentos.

Tais usuários podem ser procedentes de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Para que o indivíduo seja incluído na modalidade de cuidado AD3 ele deve apresentar pelo menos uma situação de necessidade de saúde, conforme o critério para ser incluído na modalidade de cuidado AD2 e, também, a necessidade de utilização de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos e/ou procedimentos: suporte ventilatório não invasivo, paracentese e diálise peritoneal (BRASIL, 2012a).

A assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e das equipes multiprofissionais de apoio (EMAP). No entanto, há a necessidade de se identificar um cuidador para efetivação da admissão, considerando-se este cuidador uma pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2013a).

A EMAD pode ser do Tipo 1 e do Tipo 2. Ela é constituída por profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e/ou assistentes sociais e auxiliares/técnicos de enfermagem. Já a EMAP tem a composição mínima de três profissionais de nível superior, dentre as seguintes ocupações: assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2013a).

Para se implementar uma EMAP é necessária a existência de uma EMAD prévia e a presença da EMAD é uma condição para a constituição de um SAD. Este é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das EMAD e EMAP (BRASIL, 2013a).

O paciente pode não ser incluído e/ou desligado da AD. Para tanto, há alguns critérios que deve ser analisados, após uma profunda discussão do caso com a equipe multidisciplinar, os quais são: mudança da área de abrangência, impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio, não aceitação do

acompanhamento, recuperação das condições de deslocamento até a unidade de saúde, piora clínica que justifique a internação domiciliar, além da cura e o óbito (BRASIL, 2012a).

Segundo a ANVISA (BRASIL, 2006a), a alta da AD é o “ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de alguns fatores, os quais são: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, pedido do paciente e/ou responsável e óbito”.

Conforme Brasil (2012a), para a realização da alta do SAD é imprescindível a avaliação clínica e discussão do caso entre a equipe, observando os seguintes critérios:

Melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde como a atenção básica; agravo do quadro que justifique internação domiciliar; mudança da área de abrangência; piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos; inexistência de um cuidador, quando este for fundamental para manter o paciente em cuidados domiciliares, solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar; não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados, após tentativas de negociação/repactuação entre equipe/família/cuidador/usuário com o objetivo de reconstruir vínculo; óbito.

1.4 Incapacidade funcional

A AD é uma possibilidade de atenção à saúde aos indivíduos que apresentam algum comprometimento funcional, sendo este temporário ou permanente, que limita ou dificulta os mesmos a se locomoverem aos serviços de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2007a).

Em revisão de literatura Alves, Leite e Machado (2008), identificaram que, embora haja uma diversidade de conceitos e uma variedade de definições acerca de incapacidade e incapacidade funcional, estas não são conflitantes. Durante as últimas décadas o conceito de incapacidade passou por uma grande evolução (INZITARE; BASILE, 2003).

Neste período, destacam-se os modelos de Nagi, em 1976, a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1980), o modelo de Verbrugge e Jette, em 1994 e em 2002 a Classificação

Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS (NAGI, 1976; VERBRUGGE; JETTE, 1994; WHO, 1980, 2002).

De acordo com Baptista (2003) e Hays, Hahn e Marshal (2002), a incapacidade está relacionada a vários aspectos da saúde do indivíduo, tais como as condições físicas, emocionais e mentais. Já a incapacidade funcional diz respeito ao desempenho físico.

Segundo Camargos (2004), a incapacidade é a dificuldade ou inabilidade de desempenhar atividades ou papéis dentro do que é considerado normal pelo ser humano, enquanto a incapacidade funcional é definida como a inabilidade ou dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano, dentro dos padrões normais.

Rosa et al. (2003) define a incapacidade funcional como a presença de dificuldade no desempenho de atividades de vida diária (AVD) ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-la. Para Yuaso e Sguizzatto (2002), incapacidade funcional é a dificuldade ou inabilidade de realizar certas atividades.

Ao debater acerca do processo de incapacidade, três conceitos estão relacionados: a autonomia, definida como autogoverno e que se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões; a independência que se refere a capacidade de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa; a dependência definida como incapacidade de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa (PAPALÉO-NETTO, 2002).

A capacidade funcional é a potencialidade para desempenhar as AVD ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda (FARINATI, 1997).

A avaliação da independência funcional de um indivíduo revela as áreas de disfunção e necessidade que o mesmo apresenta, identifica situações de risco, proporciona a construção de um plano de cuidado singular, além de monitorar o declínio funcional e detectar a necessidade de serviços especializados (CESAR; PASCHOAL, 2003).

Para a avaliação da independência funcional do indivíduo, utilizam-se as medidas das AVD, atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e mobilidade.

As AVD se baseiam no índice de Katz (KATZ et al., 1963) e são os indicadores de incapacidades mais utilizados. Contemplam as tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se, deitar/levantar da cama, usar o sanitário e

atravessar um cômodo caminhando. Quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem para realizar as AVD, mais severa é a sua incapacidade.

Por sua vez, as AIVD são baseadas nas escalas desenvolvidas por Lawton e Brody (1969), que contemplam as tarefas mais necessárias para uma vida independente. Tais atividades são mais complexas do que as AVD, tais como, por exemplo: telefonar, fazer compras, utilizar o transporte, preparar uma refeição, cuidar do próprio dinheiro.

A mobilidade, componente que possui um grau intermediário de complexidade entre a AVD e AIVD, pode ser mensurada, inicialmente, por meio de tarefas mais simples, como por exemplo, transferir-se da cama para a cadeira, e progredindo para tarefas mais complexas, como caminhadas de curta e longa distância, subir e descer escadas, além de outras atividades que exigem resistência e força muscular (GURALNIK; FRIED; SALIVE, 1996).

Para a avaliação da capacidade funcional de pessoas restritas ao ambiente domiciliar, o mais indicado é um instrumento que verifica a “performance” na realização das AVD, uma vez que é neste cenário que o indivíduo consegue ou não desenvolver a capacidade de autocuidado (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

As diferentes fontes de informação para a avaliação das AVD podem ser: indireta (relato de cuidadores e familiares), direta (realizada por profissionais da saúde) assim como o autorrelato do indivíduo. Todas essas fontes possuem seus vieses.

Por exemplo, na forma autorrelato, caso o indivíduo possua déficits cognitivos, o resultado poderá ser distorcido; na forma indireta, o cuidador pode ser influenciado por aspectos subjetivos do cuidado e caso o informante variar, o resultado também poderá ser influenciado.

A forma direta, embora exista a possibilidade do examinador superestimar desempenho do indivíduo é a forma mais utilizada, já que tal superestima não é a conduta usual (APPLEGATE; BLASS; WILLIAMS, 1990; RUBENSTEIN et al., 1984; SEEL; KREUTZER; SANDER, 1997).

Encontram-se na literatura instrumentos propostos a avaliar as AVD, destacando-se o Índice de Barthel, o Índice de Katz de Atividades de Vida Diária, a Medida de Independência Funcional (MIF), dentre outros (DIAS et al., 2011; PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005; RIBERTO et al., 2004).

A capacidade funcional está relacionada com as atividades laborais e sociais até idades mais avançadas e tem uma repercussão significativa na qualidade de vida (QV) (ROSA et al., 2003) havendo estudos que verificaram que a independência funcional está diretamente associada com a qualidade de vida (QV) em idosos institucionalizados (MURAKAMI; SCATTOLIN, 2010; SAVONITTI, 2000).

Segundo estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, dos 28.943 idosos, 69% apresentou pelo menos uma doença crônica, 2% apresentou incapacidade para alimentar-se/tomar banho/ir ao banheiro e 9,5% esteve acamados nas duas últimas semanas da pesquisa (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Há estudos que sugerem a necessidade de políticas públicas baseadas em programas de prevenção e promoção de saúde, específicos e direcionados aos fatores relacionados à incapacidade, bem como, a necessidade de avaliação e monitoramento contínuo da capacidade funcional de idosos para redução dos custos, não apenas com o serviço de saúde, mas também sobre a família, estimulando o envelhecimento saudável e com melhor QV (ALVES et al., 2007; RODRIGUES et al., 2008; ROSA et al., 2003).

Rodrigues et al. (2008) identificaram a interferência de morbidades na capacidade funcional de idosos atendidos em serviço ambulatorial de um hospital escola, em Ribeirão Preto-SP, no período de 2001 a 2002. As morbidades que mais repercutiram em sete ou mais AVD foram acidente vascular encefálico (AVE) (82%), catarata (45,4%), osteoporose (35%) e hipertensão arterial sistêmica (31,8%). As que repercutiram em três ou mais AIVD, foram: AVE (83,4%), catarata (61,9%), cardiopatias (55%) e doença de chagas (47,7%).

Alguns estudos encontraram associações entre doenças crônicas e incapacidade funcional dos idosos (BARDAGE; ISACSON, 2001; FREEDMAN; MARTIN, 2000; KATTAINEN et al., 2004). Alves et al. (2007) investigaram a influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos residentes no Município de São Paulo nos anos de 2000/2001 e revelaram que para essa população, a presença de hipertensão arterial aumenta em 39%, a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50% a chance do idoso ser dependente nas AIVD.

1. 5 Doenças crônicas

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se caracterizam por uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (WHO, 2005).

As principais DCNT são as doenças respiratórias, o câncer, o diabetes e as doenças do aparelho circulatório. Já os fatores de risco que levam a essas doenças são o tabagismo, o consumo de bebida alcoólica, a inatividade física e a alimentação não saudável (ALWAN et al., 2010), entre outros fatores.

Em 1998, as DCNT foram responsáveis por 66% do indicador DALYs (Disability Adjusted Life Years - anos de vida perdidos ajustado por incapacidades) no Brasil. O DALYs é um indicador que mede concomitantemente o impacto dos problemas de saúde e da mortalidade que comprometem a qualidade de vida dos indivíduos.

O DALYs afere os anos de vida perdidos não apenas por morte prematura (YLL-Years of Life Lost – anos de vida perdidos por morte prematura), mas também por incapacidade (YLD-Years Lived with Disability – anos de vida vividos com incapacidade) em relação a uma esperança de vida ideal (SCHRAMM; OLIVEIRA; LEITE, 2004).

Não apenas o aumento no número de doenças crônicas, mas também fatores socioeconômicos e demográficos relativos à saúde, fatores ligados às atividades sociais e à avaliação subjetiva da saúde estão relacionados com maior incapacidade funcional (ROSA et al., 2003).

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem repercussões importantes para o próprio idoso, a família, a comunidade e o sistema de saúde (ALVES et al., 2007).

Segundo a WHO (2008), existe uma importante correlação entre a prevalência de DCNT e fatores de risco com os determinantes sociais, tais como renda, educação, ocupação, acesso aos serviços e aos bens, dentre outros. As DCNT afetam mais as populações de baixa renda, levando as famílias ao maior estado de pobreza em função dos altos custos no tratamento de saúde (WHO, 2011).

Em 2008, as DCNT foram responsáveis por 63% dos óbitos no mundo. No Brasil, 58% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas às quatro principais DCNT citadas anteriormente (SCHMIDT et al., 2011).

As DCNT geram uma maior complexidade de problemas de saúde e dessa forma exige uma alteração na atuação profissional bem como na configuração dos cuidados (GOULART, 2011).

O desafio para o enfrentamento das DCNT no mundo foi debatido na Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2011. Mendes (2012) destaca que as DCNT no Brasil tendem a aumentar, uma vez que a situação de saúde nesse país é caracterizada por uma transição demográfica acelerada e por uma transição epidemiológica de tripla carga de doenças: doenças infecciosas, causas externas e as condições crônicas.

Além do impacto no desenvolvimento econômico e social das nações, as DCNT geram limitações à qualidade de vida e à funcionalidade dos pacientes, devido às sequelas e incapacidades deixadas (GOULART, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde, com a colaboração de várias instituições, elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil: 2011-2022 (BRASIL, 2011a). Os objetivos de tal plano são:

Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção das pessoas portadoras de doenças crônicas (BRASIL, 2011a).

As diretrizes e ações do Plano são: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral. Quanto a este último, destaca-se como principal estratégia do Ministério da Saúde para organizar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências o “Saúde Toda Hora”, que tem como objetivo qualificar e ampliar o acesso integral e humanizado aos usuários em situações de urgências nos serviços de saúde de forma adequada, competente e ligeira. São componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o SAMU, as unidades hospitalares, a AD, dentre outros (BRASIL, 2011a).

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve ser ofertado de forma integral. O modelo vigente, que emprega ações de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso, por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por

implicar visões e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Segundo Malta e Merhy (2010, p. ?):

Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade que necessita.

Uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde nesse sentido foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

Segundo Mendes (2011) as RAS são definidas por:

Arranjos organizativos horizontais de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, com o centro de comunicação na atenção básica, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, tem por objetivo a promoção da integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada.

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.

A organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas corresponde ao terceiro eixo do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, além de servir de guia para a formulação de políticas federais relacionadas ao cuidado das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2012b) e tem por objetivo:

Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas; garantir o cuidado integral às pessoas com doença crônicas; impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas; contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2012b).

Malta e Merhy (2010) ressaltam que o cuidado às DCNT deve incluir mecanismos de responsabilização por parte dos profissionais da saúde, gestores

públicos e operadoras de planos de saúde, os quais levam a uma ação integral na qual não ocorram a interrupção e a segmentação do cuidado.

A AD deve ser inserida na perspectiva da rede de atenção para garantir a continuidade do cuidado bem como ações integrais, por meio de uma melhor articulação e comunicação entre os serviços e os profissionais, a partir da referência e contrarreferência efetivas (ALI, 2013).

Justificativa

As alterações no perfil de saúde da população brasileira, tais como a transição demográfica e o padrão de morbimortalidade geram um aumento das DCNT. Estas levam ao aumento de incapacidade funcional demandando melhorias na qualidade da atenção e práticas inovadoras de cuidado em saúde. Uma modalidade de atenção à saúde que contribui para uma melhor resposta frente às necessidades da população e do SUS é a AD.

Um dos motivos que levou ao interesse por esse tema surgiu da problemática vivenciada durante o ano de 2009 a 2011, enquanto aluno de pós-graduação no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina de Marília, FAMEMA. Nesse período, foram observados entraves na comunicação e nos fluxos de referência e contrarreferência entre os serviços e os profissionais da rede de saúde. Tais fatos geravam uma descontinuidade e fragmentação no processo de cuidado dos indivíduos que necessitavam de AD, principalmente após a alta hospitalar, e também entre os serviços dos diferentes níveis de atenção à saúde. Caso o intervalo de tempo dessa interrupção fosse considerável, dependendo do quadro clínico geral do indivíduo, era possível detectar uma piora importante do grau de incapacidade funcional, acarretando a um maior prejuízo na realização das AVD dos indivíduos que necessitavam de AD.

Estudos que envolvem as questões da incapacidade funcional e AD são necessários, pois nessas áreas são escassos os trabalhos encontrados na literatura. As legislações que norteiam a AD no âmbito do SUS foram publicadas recentemente e estão em constante aprimoramento. Desse modo, o trabalho se justifica pela necessidade de levantar informações acerca das condições do cuidado em saúde dos indivíduos que precisam da AD, para gerar e disseminar informações que subsidiem a tomada de decisões no processo de planejamento, gestão e educação em saúde, com o intuito de promover melhorias nas ações de saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Caracterizar os indivíduos assistidos pela EMAD da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil clínico dos indivíduos assistidos pela EMAD da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP.
- Avaliar a independência funcional dos indivíduos assistidos pela EMAD da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP.

3.1 Tipo de estudo

Este é um estudo epidemiológico do tipo descritivo. Tal tipo de estudo descreve o estado de saúde de uma comunidade ou de uma doença em uma determinada população, a partir de dados rotineiramente coletados (dados secundários) ou coletados diretamente por meio de questionários específicos (dados primários), constituindo-se em fonte importante para uma nova investigação epidemiológica mais detalhada (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010).

O estudo epidemiológico descritivo pretende coletar descrições das variáveis presentes e utilizar os dados para justificar e descrever os aspectos da situação investigada, sem estabelecer entre conexão causal as variáveis (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto-SP, nos distritos de saúde Leste e Sul, onde a EMAD do SAD atua.

3.2.1 Serviço de atenção domiciliar de Ribeirão Preto

A formação do SAD foi fruto de um processo de reflexão, iniciado em 1993, em que se discutiram as práticas e as necessidades emergentes na atenção à saúde, tomando como referência o momento político sanitário em que encontrava o país e o município (PEREIRA, 2001).

Segundo Chayamiti (2008, p. 37), os propósitos do SAD de Ribeirão Preto são:

[...] promover a prestação da assistência integral à saúde da comunidade, a partir do atendimento de um caso-índice (inscrito na Unidade de Saúde), abrangendo a unidade familiar; incentivar o desenvolvimento da responsabilidade da família/cuidador com relação ao autocuidado em saúde e estabelecer mecanismos de integração entre a rede de serviços de saúde e a família. Orientar família/cuidador quanto aos cuidados diários.

Os principais fatores que geraram o aumento da demanda pela assistência domiciliária, em Ribeirão Preto, são: aumento de vítimas de causas externas, aumento das complicações das doenças crônicas, reorganização do SUS,

empobrecimento da população, desemprego e crescimento da população idosa (CHAYAMITI et al., 2007).

De acordo com Chayamiti et al. (2012, p. 129), os critérios de inclusão no SAD de Ribeirão Preto são:

Pessoas com dependência total ou parcial; pessoas com necessidade de cuidados especiais que possam ser desenvolvidos no domicílio; ter cuidador domiciliar; pessoas com doenças transmissíveis que necessitam de cuidados específicos e educação em saúde; pessoas consideradas em iminência de risco ou agravo à saúde detectados pelos profissionais das unidades de saúde, dos programas da atenção básica, bem como instituições da comunidade; presença do cuidador, no domicílio, nos casos de o paciente não ter condições e ou limitações para realizar o autocuidado.

Quanto aos critérios de exclusão do mesmo serviço, a atenção domiciliar não é indicada quando o paciente não apresentar incapacidade; não tiver cuidador; não possuir infraestrutura domiciliar e mínimas condições de moradia e de higiene; apresentar família que não deseja a AD; estiver institucionalizado; estiver instável e necessitando de intervenção hospitalar, além de poder assumir o seu cuidado integralmente, sozinho ou com o apoio da família. Já em relação à alta do paciente, as condições para que tal fato ocorra são: cura ou melhora do quadro do paciente; necessidade de reinternação hospitalar; a família conseguir prestar os cuidados com autonomia; falta de colaboração e adesão às condutas terapêuticas pelo paciente e/ou família; desistência do atendimento; óbito do paciente (CHAYAMITI et al., 2012).

As solicitações para o SAD podem ocorrer provenientes de serviços hospitalares, de unidades de saúde não hospitalares ou, ainda, de locais não vinculados à saúde, tais como domicílios e casas de repouso (ou similares).

A partir do preenchimento dos dados da solicitação para visita domiciliar ao complexo regulador de assistência, um profissional enfermeiro agendará uma visita domiciliar com o intuito de avaliar a indicação ou não de seguimento do SAD, considerando os critérios de inclusão e exclusão (CHAYAMITI et al., 2012).

A figura 1 apresenta as possibilidades de acesso ao serviço de atenção domiciliar bem como o desfecho após a indicação ou não do seguimento com o SAD.

Fonte: Chayamiti et al. (2012).

Figura 1- Fluxograma de acesso ao serviço de atenção domiciliar

Embora o SAD existe desde 1996, há inúmeros desafios à serem enfrentados, tais como, aprender a trabalhar em conjunto com a comunidade, construir a rede de apoio social, apoiar as equipes de saúde, ter a retaguarda efetiva dos demais serviços e integração nos diversos níveis de atenção à saúde (CHAYAMITI, 2008).

No município de Ribeirão Preto, a primeira EMAD iniciou em novembro de 2011 com uma equipe composta por quatro auxiliares/técnicos de enfermagem, um enfermeiro, um fisioterapeuta e um médico, atuando no distrito Leste e Sul. Em junho de 2013, se deu início da primeira EMAP, formada por um assistente social, um fonoaudiólogo e um dentista. Essa equipe atua no distrito Leste e Sul. O SAD possui convênios com duas universidades particulares de Ribeirão Preto as quais atuam no mesmo distrito da EMAD.

3.3 Casuística

A população do estudo foi composta por todos os indivíduos inscritos na EMAD, no período de 01 de janeiro a 12 de agosto de 2013, período referente a última atualização do cadastro, totalizando 69 indivíduos, sendo 45 do distrito sul.

Deste, foram excluídos oito indivíduos, pois três foram a óbito, um recusou a participar do estudo, um foi internado, um mudou de endereço e dois eram crianças, totalizando 37. Já no distrito leste, três foram excluídos, uma vez que um mudou de endereço, um recusou a participar e um era criança, totalizando 21. Dessa forma, a amostra final foi de 58 indivíduos (Figura 2).

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no presente estudo:

- Indivíduos residentes na área de abrangência e inscritos no último cadastro da EMAD da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, SP.
- Indivíduos que consentiram em participar da entrevista.

Os indivíduos cadastrados pela EMAD deverão considerar os critérios preconizados pela Portaria N° 963 de 27 de maio de 2013, para as três modalidades de AD.

Foram excluídos do presente estudo:

-

- Indivíduos que não foram localizados, devido ao óbito, à internação hospitalar e à mudança de endereço, durante o período da coleta de dados.
- Indivíduos menores de 18 anos.
- Indivíduos que não consentiram em participar da entrevista.

Figura 2- Fluxograma de seleção dos participantes do estudo

3.4 Coleta de dados

3.4.1 Delineamento do estudo

1ª etapa – Reunião com a EMAD

Foram realizadas reuniões com a equipe e com o profissional responsável pelo SAD do município de Ribeirão Preto, com o intuito de explicar todas as questões que envolvem esse estudo, além de definir a melhor forma de obter uma relação dos pacientes assistidos pela EMAD.

2ª etapa – Identificação e localização dos participantes

Os participantes foram identificados por meio do nome, do endereço e do telefone, elencados na última atualização do cadastro dos indivíduos assistidos pela EMAD. Logo após, uma entrevista por telefone foi realizada com o intuito de localizá-los, confirmar o endereço e convidá-los a participar do estudo.

Quanto aqueles que não possuíam telefone ou ao buscar o contato, o número desse equipamento constava como fora de serviço, uma visita domiciliar foi realizada com os mesmos objetivos citados no parágrafo anterior.

3ª etapa – Visita de avaliação

Após o aceite dos participantes, uma visita domiciliar foi realizada para leitura e entrega da carta de apresentação (CA) (Apêndice A), leitura e obtenção de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), além de aplicação dos instrumentos para a coleta de dados: formulário para a entrevista (Apêndice C) e Medida de Independência Funcional (MIF) (Apêndice D).

As visitas domiciliares foram realizadas no período de 24 de outubro a 24 de novembro de 2013, em dias e horários, de acordo com a disponibilidade dos participantes e na maioria das vezes, com a presença de um membro da EMAD. Quando isto não era possível, o pesquisador a realizou sozinho.

Por meio de entrevista estruturada dirigida pelo pesquisador ou pela fisioterapeuta que atua na EMAD, ambos devidamente treinados, os instrumentos foram aplicados, entre segunda e sexta-feira, no período das 7:30h e 12h e, 13h e 18h no domicílio dos participantes. Os dados foram obtidos de forma direta.

Quando os indivíduos cadastrados na EMAD não apresentavam condições para responder as perguntas, optou-se pela forma indireta (relato de cuidadores). Um local com privacidade para evitar possíveis interrupções e ruídos foi priorizado,

quando possível. As entrevistas tiveram uma duração de aproximadamente 40 minutos.

Durante as etapas de coleta de dados foram encontradas as facilidades e dificuldades, a seguir.

Facilidades:

- bom relacionamento e cooperação entre os pesquisadores e a equipe do SAD.
- parceria com os serviços de saúde e apoio das equipes de saúde na localização dos doentes e agendamento das entrevistas;
- colaboração dos membros da equipe EMAD e fornecimento do transporte do SAD para realização das visitas;
- reuniões periódicas para discussões operacionais da coleta.

Dificuldades:

- indivíduo não estava na casa no momento da visita, mesmo com esta agendada.
- Indivíduo estava com endereço desatualizado ou incorreto;
- algumas entrevistas realizadas em domicílios de difícil acesso (periferia urbana, favelas) e violência (narcotráfico, assalto);
- recusa em participar da pesquisa.

3.4.2 Instrumentos de coleta de dados

Para a realização deste estudo foram utilizados dois instrumentos cujos objetivos e formas de uso estão descritos abaixo.

3.4.2.1 Formulário para entrevista com o cuidador principal ou com o indivíduo que é assistido pela EMAD (Apêndice C)

Um formulário foi utilizado na entrevista com o cuidador e o paciente no domicílio com o intuito de obter os dados. O pesquisador ou o fisioterapeuta vinculado ao serviço foi quem preencheu o roteiro de entrevista.

Antes do início da aplicação do formulário, este foi pré-testado para verificar a capacidade de obter as informações necessárias, o tempo de aplicação bem como a clareza das perguntas.

O formulário constituiu-se de 5 partes:

Parte I – Identificação – registra dados do cuidador, os quais são nome, sexo, data de nascimento e idade; dados do paciente, os quais são nome, sexo, data de nascimento, idade, endereço e telefone.

Parte II – Diagnóstico – identifica o diagnóstico principal e a classificação deste, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

Parte III – Sequelas e complicações – investiga quais sequelas e complicações o paciente possui.

Parte IV – Acesso à atenção domiciliar – identifica de que forma ocorreu o primeiro contato do paciente com o SAD do município de Ribeirão Preto, de quais os profissionais da EMAD o paciente recebeu ou recebe assistência e se o paciente necessita de medicamentos, equipamentos e de outros profissionais na atenção à sua saúde.

Parte V – Fisioterapia – investiga questões relacionadas ao tratamento de fisioterapia na atenção à saúde do paciente.

3.4.2.2 Medida de Independência Funcional (MIF) (Apêndice D)

A MIF é um instrumento utilizado para avaliar a capacidade funcional que atende a critérios de confiabilidade, precisão, praticidade, validade e facilidade. Ademais, têm como meta, identificar quais os cuidados necessários a serem prestados para que o paciente realize as AVD. Uma escala foi organizada e desenvolvida com o intuito de aferir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas (RIBERTO et al., 2001).

A MIF é uma ferramenta de baixo custo empregada no acompanhamento de pessoas sob processo de reabilitação. Ela permite padronizar a avaliação de incapacidade e dessa forma nortear a gestão do cuidado, tanto no âmbito da definição de políticas públicas até no que diz respeito a assistência à saúde da pessoa com deficiência (RIBERTO et al., 2001; SILVEIRA et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2009). Esta ferramenta é aceita e utilizada internacionalmente (OTTENBACHER et al., 1996).

No Brasil, a MIF foi testada e traduzida por Riberto et al. (2001), apresentando boa confiabilidade para o escore total da MIF e para as suas dimensões. Na literatura é possível encontrar vários estudos que consideram a MIF na avaliação funcional de idosos, em indivíduos com acidente vascular encefálico, lesão medular, esclerose múltipla e doenças cardíacas (BARBETTA; ASSIS, 2010; BORGES et al., 2006; CRUZ; DIOGO, 2009; RIBERTO et al., 2007; SCATTOLIN; DIOGO; COLOMBO, 2007).

A MIF avalia 18 categorias, 5 cognitivas e 13 motoras, pontuadas de um a sete e classificadas quanto ao nível de dependência para a realização da tarefa: independência completa, independência modificada, supervisão, dependência mínima (indivíduo realiza $\geq 75\%$ da tarefa), dependência moderada (indivíduo realiza $\geq 50\%$ da tarefa), dependência máxima (indivíduo realiza $\geq 25\%$ da tarefa) e dependência total. As categorias são agrupadas em seis dimensões: autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura, uso do vaso sanitário), controle de esfíncteres (controle de urina e controle de fezes), transferências (transferência leito-cadeira/cadeira de rodas, transferência vaso sanitário, transferência chuveiro/banheira), locomoção (marcha/cadeira de rodas e escadas), comunicação (compreensão e expressão) e cognição social (interação social, resolução de problemas e memória) (HEINEMANN et al., 1996; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Cada dimensão da MIF é analisada pela soma de suas categorias referentes. Quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. Somando-se os pontos das dimensões da MIF obtém um escore total mínimo de 18 e máximo de 126 caracterizando os níveis de dependência, conforme segue a figura 1 abaixo (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

A versão brasileira da MIF possui boa reprodutibilidade e equivalência cultural (Pearson: 0,87-0,98; ICC:0,87-0,98) (RIBERTO et al., 2001). Para fins de pesquisa ou acompanhamento clínico, é preciso realizar o treinamento formal antes da sua utilização. Sendo assim, para o uso desse instrumento, o autor participou do curso “Aplicação da Medida de Independência Funcional”, ministrado pelo Prof. Dr. Marcelo Riberto, nos dias 14 e 15 de junho de 2013, com carga horária de 8 horas na Universidade de São Paulo (Anexo A).

No presente trabalho foi considerado apenas o domínio motor da MIF. Este já faz parte do protocolo de atendimento de fisioterapia domiciliar do município de

Ribeirão Preto desde 2007 e é baseado nele que a EMAD elabora um plano de cuidado tanto para a manutenção quanto para a recuperação do quadro funcional (RIBEIRÃO PRETO, 2007a).

Após a aceitação do paciente e do cuidador em participar do estudo, uma visita domiciliar foi realizada para a aplicação do domínio motor da MIF pelo pesquisador e pela fisioterapeuta que atua na EMAD, ambos devidamente treinados.

CATEGORIAS	DIMENSÕES	
Alimentação Higiene matinal Banho Vestir-se acima da cintura Vestir-se abaixo da cintura Uso do vaso sanitário	Autocuidados (6-42 pontos)	MIF TOTAL (18-126 pontos) Sub-escores: 18 pontos: dependência completa (assistência total) 19-60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa) 61-103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa) 104-126 pontos: independência completa/ modificada
Controle da urina Controle das fezes	Controle de esfíncteres (2-14 pontos)	
Transferência: leito - cadeira Transferência: vaso sanitário Transferência: chuveiro	Transferências (3-21 pontos)	
Locomoção Escadas	Locomoção (2-14 pontos)	
Compreensão Expressão	Comunicação (2-14 pontos)	
Interação Social Resolução de problemas Memória	Cognição Social (3-21 pontos)	
Pontuação das categorias:		
7- independência completa		
6- independência modificada		
5- supervisão		
4- ajuda mínima (indivíduo realiza ≥75% da tarefa)		
3- ajuda moderada (indivíduo realiza ≥50% da tarefa)		
2- ajuda máxima (indivíduo realiza ≥25% da tarefa)		
1- ajuda total		

Fonte: Ricci, Kubota e Cordeiro (2005).

Figura 3- Pontuações da composição da MIF em categorias, dimensões e MIF total

3.5 Análise dos dados

Uma planilha eletrônica foi elaborada, com a utilização do programa Excel®, para armazenar as variáveis do estudo. Após o preenchimento de todos os dados

coletados, essa planilha foi importada para o aplicativo Stata 9.0, por meio do qual foram realizadas as análises estatísticas.

Após essa etapa, para todas as variáveis, foi realizada a técnica de estatística descritiva, com medidas de dispersão (desvio padrão), e de tendência central (mediana, média), além de gráficos e tabelas, para a análise das variáveis quantitativas referente ao domínio motor da MIF. Para a realização do teste de comparação de médias entre os grupos, utilizou-se o teste t Student e ANOVA one way.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP (Processo HCRP nº 7276/2013) (Anexo B); conforme Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas e a Coordenação do Programa de Serviço de Atenção Domiciliar do município de Ribeirão Preto, SP concordou com o desenvolvimento da pesquisa nessas dependências, conforme despacho no Processo Administrativo 02 2013 038643 6 (Apêndice C).

Todos os participantes assinaram o TCLE, foram esclarecidos quanto ao objetivo e os procedimentos do estudo, a importância das atividades desenvolvidas bem como quanto aos possíveis desfechos. Além disso, foi mencionado que a participação ocorreria por livre e espontânea vontade, com possibilidade de desistência em qualquer momento e assegurado o anonimato.

4.1 Caracterização sócio-demográfica

Da amostra estudada, 30 indivíduos (51,7%) eram do sexo masculino, com média de idade de 70,5 anos, variando entre 22 e 94 anos, 37 (63,8%) pertenciam ao distrito sul e 53 (91,4%) estavam inseridos na modalidade de atenção domiciliar AD2 (Tabela 1).

Tabela 1– Distribuição das características sócio-demográficas dos indivíduos assistidos pela EMAD, segundo sexo, idade, distrito e modalidade de atenção domiciliar - Ribeirão Preto, 2014

Variável	N	%	Média (DP*)	Mediana	Variação observada
Idade	58		70,5 (15,4)	74,5	22-94
22-49	6	10,3			
50-54	2	3,4			
55-59	4	6,9			
60-64	9	15,5			
65-69	4	6,9			
70-74	4	6,9			
75-79	9	15,5			
80 e mais	20	34,6			
Sexo					
Masculino	30	51,7			
Feminino	28	48,3			
Distrito					
Sul	37	63,8			
Leste	21	36,2			

Em relação aos cuidadores, 45 deles (77,5%) eram do sexo feminino, com a média de idade de 53,3 anos variando entre 18 e 84 anos e com o grau de parentesco predominantemente na categoria esposa (37,6%) e filhos (32,1%) (Tabela 2). Das entrevistas realizadas 32 (55,2%) foram respondidas pelos cuidadores.

Tabela 2– Distribuição das categorias sócio-demográficas e grau de parentesco dos cuidadores dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Variável	N	%	Média (DP*)	Mediana	Varição observada
Idade			53,3 (16,8)	53	18-84
18-49	22	39,2			
50-54	7	12,5			
55-59	4	7,2			
60-64	10	17,8			
65-69	2	3,6			
70-74	5	9,1			
75-79	3	5,3			
80 e mais	3	5,3			
Sexo					
Masculino	11	18,9			
Feminino	45	77,5			
Grau de parentesco					
Esposa	21	37,6			
Filho	18	32,1			
Marido	5	8,9			
Nora	3	5,3			
Netos	3	5,3			
Mãe	2	3,6			
Cunhada	2	3,6			
Sobrinhos	1	1,8			
Amigos	1	1,8			

4.2 Diagnóstico

Os 58 indivíduos selecionados para o estudo apresentaram 20 diagnósticos médicos variados, classificados de acordo com a CID10.

Os diagnósticos mais frequentes foram: acidente vascular encefálico (AVE), (19%), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (19%), diabetes mellitus (8.6%), úlcera venosa (8,6%) e fratura de fêmur (6.9%) (Tabela 3).

Tabela 3– Distribuição dos diagnósticos dos indivíduos assistidos pela EMAD, segundo sexo – Ribeirão Preto, 2014

Diagnóstico	Masculino	Feminino	N	%
Acidente vascular encefálico	4	7	11	19
Doença pulmonar obstrutiva crônica	6	5	11	19
Diabetes mellitus	3	2	5	8,6
Úlcera venosa	1	4	5	8,6
Pneumonia	2	2	4	6,9
Fratura de Fêmur	1	3	4	6,9
Úlcera de decúbito	2	1	3	5,3
Síndrome da apneia obstrutiva do sono	1	1	2	3,5
Distrofia muscular	2	0	2	3,5
Broncodisplasia	1	0	1	1,7
Alzheimer	1	0	1	1,7
Parkinson	1	0	1	1,7
Esclerose lateral amiotrófica	1	0	1	1,7
Infecção generalizada	1	0	1	1,7
Fibrilação atrial paroxística	0	1	1	1,7
Tumor cerebral	0	1	1	1,7
Anóxia	1	0	1	1,7
Fibrose Pulmonar	0	1	1	1,7
Doença senil	1	0	1	1,7
Lesão medular	1	0	1	1,7
Total	30	28	58	100,0

4.3 Sequelas e complicações

Todos os participantes do estudo apresentaram pelo menos uma sequela ou complicação da doença. As mais frequentes foram: necessidade de uso de fralda (37,9%), outras complicações (37,9%), oxigenoterapia (34,5%) e feridas (31%), conforme se pode observar na Tabela 4:

Tabela 4– Distribuição das sequelas e complicações dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Sequelas e complicações	N	%
Fralda	22	37,9
Oxigenoterapia	20	34,5
Feridas	18	31
Bipap/CPAP	3	5,1
Amputação	5	8,6
Sonda	5	8,6
Gastrostomia	2	3,4
Traqueostomia	1	1,7
Outros (deformidades, edema)	22	37,9

4.4 Acesso à atenção domiciliar

O primeiro acesso ao SAD predominou por meio de duas possibilidades: demanda espontânea (44,8%) e encaminhamento pelos serviços que compõe a rede de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto (39,7%). Nessa segunda categoria, grande parte foi procedente de hospitais (52,2%) e UBS/Unidades de Saúde da Família (USF) (34,8%) (Tabela 5).

Tabela 5– Distribuição das possibilidades do primeiro acesso ao SAD dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Possibilidade de acesso SAD	N	%
Demanda espontânea	26	48,2
Busca ativa	7	12,1
Serviços que compõem a rede de atenção à saúde	23	39,7
Hospital	12 (52,2%)	
UBS/USF	8 (34,8%)	
Pronto socorro	3 (13%)	
Total	58	100,0

Observou-se que 72,4% dos indivíduos receberam ou recebem visitas do auxiliar/técnico de enfermagem, 87,9% do profissional enfermeiro, 72,4% do médico e 44,8% do fisioterapeuta, conforme se pode verificar na Tabela 6.

Tabela 6– Distribuição das visitas dos profissionais EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Profissionais	N	%
Enfermeiro	51	87,9
Auxiliar/técnico de enfermagem	42	72,4
Médico	42	72,4
Fisioterapeuta	26	44,8

Além disso, a maior parte utiliza equipamentos 53 (91,4%), principalmente, cadeiras de rodas 23 (39,6%), bengala ou andador 19 (32,7%) e cilindro ou concentrador de oxigênio 17 (29,3%) (Tabela 7).

Tabela 7– Distribuição dos equipamentos dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Equipamentos	N	%
Cadeira de rodas	23	39,6
Bengala ou andador	19	32,7
Cilindro ou concentrador de oxigênio	17	29,3
Outros (cama, órteses)	9	15,5
Bipap/CPAP	3	5,1
Aspirador	1	1,7

A maioria desses equipamentos foi obtida por meio do SUS 29 (51%), seguido por meios próprios 13 (26,6%) (Tabela 8).

Tabela 8– Distribuição dos equipamentos dos indivíduos assistidos pela EMAD, segundo forma de obtenção – Ribeirão Preto, 2014

Forma de obtenção	N	%
SUS	29	51
Próprio	13	26,6
Outros (ganhou, emprestado, alugado)	8	16,3
Plano de saúde	3	6,1
Total	53	100,0

4.5 Fisioterapia

Ressalta-se que 24 indivíduos (41,4%) fazem fisioterapia, com uma frequência de 1 a 2 vezes por semana a no mínimo 1 mês e no máximo 6 anos, sendo que 19 (79,2%) a realiza no SUS. Tal serviço foi solicitado predominantemente pelo SAD (45,8%) ou por um médico que não atua no SAD (29,2%).

Considerou-se o fato de fazer fisioterapia, apenas os pacientes que estavam em tratamento no momento da entrevista realizada no domicílio.

Tabela 9– Distribuição dos indivíduos que fazem ou não fisioterapia, segundo frequência por semana, há quanto tempo e local – Ribeirão Preto, 2014

	N	%	Mínima	Máxima
Fisioterapia				
Sim	24	41,4		
Não	34	58,6		
Total	58	100,0		
Frequência por semana			1	2
Há quantos meses			1	72
Local				
SUS	19	79,2		
Plano de saúde	2	8,3		
Próprio	2	8,3		
Outros	1	4,2		
Total	24	100,0		

Dos 34 indivíduos que não fazem fisioterapia, 18 (53%) nunca fizeram, principalmente porque ninguém solicitou ou indicou o mesmo serviço (88,8%) (Tabela 10).

Tabela 10– Distribuição dos motivos dos indivíduos que nunca realizaram fisioterapia – Ribeirão Preto, 2014

Motivos	N	%
Ninguém solicitou/indicou	16	88,8
Agendou, porém não compareceu	1	5,6
Solicitou, sem agendamento até o momento	1	5,6
Total	18	100,0

Dentre os cuidadores dos indivíduos que já fizeram ou fazem fisioterapia, 36 (90%) receberam orientações do fisioterapeuta, e 34 (94,4%) deles as realizam. Na sua maioria os cuidadores foram orientados de forma verbal (80,6%) sobre como realizar a fisioterapia e predominou o exercício motor (47,8%) (Tabela 11).

Tabela 11– Distribuição das variáveis orientações dos cuidadores dos indivíduos que fazem ou já fizeram fisioterapia e são assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Variável	N	%
Receberam orientações		
Sim	36	90,0
Não	4	10,0
Realizam orientações		
Sim	34	94,4
Não	2	5,6
Forma de orientação		
Verbal	29	80,6
Prática	4	11,1
Escrita	3	8,3
Orientado		
Exercícios motores	21	47,8
Exercícios respiratórios	18	40,9
Higiene brônquica	5	11,3

4.6 Avaliação funcional

As definições das atividades das categorias do domínio motor da MIF, que seguem abaixo, foram obtidas do guia para o sistema uniformizado de dados para

reabilitação médica, versão 3.0 de março de 1990 (DIVISÃO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO, 1990).

O domínio motor da MIF apresenta 13 categorias que permitem uma pontuação que varia de 1 a 7. Essas categorias podem ser agrupadas em 4 dimensões: autocuidados, controle de esfínteres, transferências e locomoção. As pontuações variam de 6 a 42, de 2 a 14, 3 a 21 e de 2 a 14, respectivamente.

4.6.1 Dimensões do domínio motor da MIF

4.6.1.1 Dimensão autocuidados

A categoria alimentação inclui: a utilização dos utensílios necessários para levar os alimentos à boca, mastigar e engolir a refeição já devidamente preparada.

Verificou-se que 40 indivíduos (69%) apresentaram independência completa ou independência modificada.

Tabela 12- Pontuação da categoria alimentação dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para alimentação	N	%
1- Dependência total	9	15,5
2- Dependência máxima	1	1,7
3- Dependência moderada	3	5,2
4- Dependência mínima	-	-
5- Supervisão	5	8,6
6- Independência modificada	15	25,9
7- Independência completa	25	43,1
Total	58	100,0

Quanto à higiene pessoal, compreendida como capacidade dos indivíduos realizar a higiene oral (dentes), pentear, lavar as mãos e face e fazer a barba ou maquiagem, 15 (25,9%), 13 (22,4%) e 12 (20,7%) dos indivíduos foram classificados, respectivamente, como independência modificada, independência completa e em dependência total.

Tabela 13- Pontuação da categoria higiene pessoal dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para higiene pessoal	N	%
1- Dependência total	12	20,7
2- Dependência máxima	4	6,9
3- Dependência moderada	5	8,6
4- Dependência mínima	4	6,9
5- Supervisão	5	8,6
6- Independência modificada	15	25,9
7- Independência completa	13	22,4
Total	58	100,0

Em relação à categoria banho, esta inclui lavagem, enxágue e secagem do corpo, desde o pescoço até os pés (com exclusão das costas), seja em banho de imersão, chuveiro ou no leito com uma bacia ou esponja ou luva de banho.

As classificações dos indivíduos que se destacam são: dependência total (25,9%) e independência modificada (17,2%).

Tabela 14- Pontuação da categoria banho dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para banho	N	%
1- Dependência total	15	25,9
2- Dependência máxima	7	12,1
3- Dependência moderada	7	12,1
4- Dependência mínima	5	8,6
5- Supervisão	9	15,5
6- Independência modificada	10	17,2
7- Independência completa	5	8,6
Total	58	100,0

Vestir-se acima da cintura é uma categoria que abarca atividades de vestir-se e despir-se da cintura para cima, assim como colocar ou retirar uma prótese ou órtese da parte superior do corpo, se for o caso.

Tabela 15- Pontuação da categoria vestir-se acima da cintura dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para vestir-se acima da cintura	N	%
1- Ajuda total	12	20,7
2- Ajuda máxima	5	8,6
3- Ajuda moderada	7	12,1
4- Ajuda mínima	3	5,1
5- Supervisão	9	15,5
6- Independência modificada	11	19
7- Independência completa	11	19
Total	58	100,0

Dos 58 indivíduos, 12 (20,7%) foram classificados em dependência total e 11 (19%) em independência completa e 11 (19%) em independência modificada.

Por sua vez, a categoria vestir-se abaixo da cintura contempla atividades de vestir-se e despir-se da cintura para baixo, bem como colocar ou retirar a prótese se for o caso. Observa-se que 18 (31%) dos indivíduos foram classificados em dependência total e 11 (19%) em independência completa.

Tabela 16- Pontuação da categoria vestir-se abaixo da cintura dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para vestir-se abaixo da cintura	N	%
1- Dependência total	18	31
2- Dependência máxima	3	5,2
3- Dependência moderada	6	10,3
4- Dependência mínima	4	6,9
5- Supervisão	7	12,1
6- Independência modificada	9	15,5
7- Independência completa	11	19
Total	58	100,0

A categoria uso do vaso sanitário envolve a realização da higiene perineal e o despir e vestir a roupa antes e depois da utilização do vaso sanitário ou da comadre.

A classificação dependência total e independência modificada foram as que apresentaram as maiores frequências com 34,5% e 20,7% dos indivíduos, respectivamente.

Tabela 17- Pontuação da categoria uso do vaso sanitário dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para uso do vaso sanitário	N	%
1- Dependência total	20	34,5
2- Dependência máxima	1	1,7
3- Dependência moderada	6	10,3
4- Dependência mínima	5	8,6
5- Supervisão	7	12,1
6- Independência modificada	12	20,7
7- Independência completa	7	12,1
Total	58	100,0

4.6.1.2 Dimensão controle de esfínteres

O controle completo e intencional da diurese e a utilização dos equipamentos ou dos meios necessários ao controle vesical estão inseridos na categoria controle de urina.

Tabela 18- Pontuação da categoria controle de urina dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para controle de urina	N	%
1- Dependência total	16	27,7
2- Dependência máxima	10	17,3
3- Dependência moderada	9	15,5
4- Dependência mínima	3	5,1
5- Supervisão	3	5,1
6- Independência modificada	13	22,5
7- Independência completa	4	6,8
Total	58	100,0

Segundo a tabela, 16 (27,7%) foram classificados em dependência total e 10 (17,3%) em dependência máxima.

Já em relação ao controle das fezes, essa categoria inclui o controle intencional e completo da defecação, bem como, a utilização de equipamentos ou meios necessários à defecção.

Conforme é possível verificar na tabela abaixo, 32 (55,2%) dos indivíduos apresentaram independência modificada ou completa.

Tabela 19- Pontuação da categoria controle de fezes dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para controle de fezes	N	%
1- Dependência total	11	19
2- Dependência máxima	4	6,9
3- Dependência moderada	2	3,4
4- Dependência mínima	2	3,4
5- Supervisão	7	12,1
6- Independência modificada	20	34,5
7-Independência completa	12	20,7
Total	58	100,0

4.6.1.3 Dimensão transferências

Transferência leito – cadeira/cadeira de rodas inclui todos os aspectos de uma transferência do e para o leito, para a cadeira, ou cadeira de rodas ou então a passagem para a posição em pé, se a marcha é o modo típico de locomoção, e vice-versa.

Conforme é possível observar na tabela abaixo, 17 (29,4%) e 13 (22,4%) foram classificados em dependência total e independência modificada, respectivamente.

Tabela 20- Pontuação da categoria transferência leito-cadeira/cadeira de rodas dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para transferência leito-cadeira/cadeira de rodas	N	%
1- Dependência total	17	29,4
2- Dependência máxima	5	8,6
3- Dependência moderada	5	8,6
4- Dependência mínima	4	6,9
5- Supervisão	9	15,5
6- Independência modificada	13	22,4
7- Independência completa	5	8,6
Total	58	100,0

Quanto à categoria transferência vaso sanitário, que afere a ação de chegar até o e de retirar-se do vaso sanitário, 18 (31%) foram classificados em dependência total e 12 (20,7%) em independência modificada.

Tabela 21- Pontuação da categoria transferência vaso sanitário dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para transferência vaso sanitário	N	%
1- Dependência total	18	31
2- Dependência máxima	5	8,6
3- Dependência moderada	3	5,2
4- Dependência mínima	4	6,9
5- Supervisão	11	19
6- Independência modificada	12	20,7
7-Independência completa	5	8,6
Total	58	100,0

A categoria transferência chuveiro/banheira inclui atividade de entrar e sair da banheira e/ou do chuveiro. Dentre os 58 indivíduos, 17 (29,3%) e 14 (24,1%) foram classificados, respectivamente em dependência total e independência modificada.

Tabela 22- Pontuação da categoria transferência chuveiro/banheira dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para transferência chuveiro/banheira	N	%
1- Dependência total	17	29,3
2- Dependência máxima	6	10,3
3- Dependência moderada	3	5,2
4- Dependência mínima	4	6,9
5- Supervisão	11	19
6- Independência modificada	14	24,1
7- Independência completa	3	5,2
Total	58	100,0

4.6.1.4 Dimensão locomoção

Essa dimensão avalia as categorias marcha/cadeira de rodas e escadas que são definidas abaixo:

- Marcha/cadeira de rodas: andar a partir da posição de pé, ou utilizar uma cadeira de rodas, uma vez sentado, num piso plano. Deve-se pesquisar qual é o modo mais frequente ou se ambos são igualmente utilizados.

- Escadas: subir e descer 12 a 14 degraus (um lance de escada), em ambiente interior.

Tabela 23- Pontuação da categoria marcha/cadeira de rodas dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para marcha/cadeira de rodas	N	%
1- Dependência total	21	36,3
2- Dependência máxima	2	3,4
3- Dependência moderada	2	3,4
4- Dependência mínima	4	6,9
5-Supervisão	12	20,7
6-Independência modificada	15	25,9
7-Independência completa	2	3,4
Total	58	100,0

Segundo a tabela acima, 27 (46,6%) foram classificados em independência modificada ou supervisão e 21 (36,3%) em dependência total.

Quanto à categoria escadas, 38 (65,5%) apresentam dependência total ou máxima e 9 (15,5%) foram classificados em independência modificada.

Tabela 24- Pontuação da categoria escadas dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Grau de incapacidade para escadas	N	%
1- Dependência total	34	58,6
2- Dependência máxima	4	6,9
3- Dependência moderada	1	1,7
4- Dependência mínima	3	5,2
5- Supervisão	6	10,4
6- Independência modificada	9	15,5
7- Independência completa	1	1,7
Total	58	100,0

Quanto às médias das categorias do domínio motor da MIF, a alimentação e a controle de fezes foram as que apresentaram as maiores médias, 5,3 e 4,6, respectivamente, enquanto a escadas, 2,5, a menor. Já em relação às dimensões, a autocuidado foi a que apresentou a maior média (4,2), seguida pelo controle de esfíncteres (4,0) e a menor foi a locomoção (3,1) (Tabela 25).

Tabela 25– Distribuição das médias das dimensões e categorias do domínio motor da MIF - Ribeirão Preto, 2014.

Dimensões/Categorias	Média (DP)
Autocuidado	4,20 (2,3)
Alimentação	5,34 (2,2)
Higiene pessoal	4,43(2,2)
Banho	3,62 (2,1)
Vestir-se acima da cintura	4,18 (2,2)
Vestir-se abaixo da cintura	3,86 (2,3)
Uso do vaso sanitário	3,72 (2,3)
Controle de esfínteres	4,00 (2,2)
Controle de urina	3,37 (2,1)
Controle de fezes	4,68 (2,2)
Transferências	3,70 (2,2)
Transferência leito-cadeira/cadeira de rodas	3,72 (2,2)
Transferência vaso sanitário	3,70 (2,2)
Transferência chuveiro/banheira	3,68 (2,1)
Locomoção	3,10 (2,2)
Marcha/cadeira de rodas	3,63 (2,2)
Escadas	2,55 (2,1)

A Tabela 26 resume as pontuações e as médias das categorias da MIF motora.

Clique em Layout da Página – Botão Quebras – Inserir Quebras de Seção – próxima página

Tabela 26– Distribuição das pontuações e das médias das categorias do domínio motor da MIF dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Categorias	Pontuação							Total	Média (DP)
	Ajuda total	Ajuda máxima	Ajuda moderada	Ajuda mínima	Supervisão	Independência modificada	Independência completa		
Alimentação	9	1	3	0	5	15	25	310	5,34 (2,2)
%	15,5	1,7	5,2	0	8,6	25,9	43,1		
Higiene pessoal	12	4	5	4	5	15	12	257	4,43 (2,2)
%	20,7	6,9	8,6	6,9	8,6	25,9	22,4		
Banho	15	7	7	5	9	10	5	210	3,62 (2,1)
%	25,9	12,1	12,1	8,6	15,5	17,2	8,6		
Vestir-se acima da cintura	12	5	7	3	9	11	11	243	4,18 (2,2)
%	20,7	8,6	12,1	5,1	15,5	19	19		
Vestir-se abaixo da cintura	18	3	6	4	7	9	11	224	3,86 (2,3)
%	31	5,2	10,3	6,9	12,1	15,5	19		
Uso do vaso sanitário	20	1	6	5	7	12	7	216	3,72 (2,3)
%	34,5	1,7	10,3	8,6	12,2	20,7	12,1		
Controle da urina	16	10	9	3	3	13	4	196	3,37 (2,1)
%	27,6	17,2	15,5	1,2	1,2	22,4	6,8		
Controle das fezes	11	4	2	2	7	20	12	272	4,68 (2,2)
%	19	6,9	3,4	3,4	12,1	34,5	20,7		
Transferência leito-cadeira/cadeira de rodas	17	5	5	4	9	13	5	216	3,72 (2,2)
%	29,4	8,6	8,6	6,9	15,5	22,4	8,6		
Transferência vaso-sanitário	18	5	3	4	11	12	5	215	3,7 (2,2)
%	31	8,6	5,2	6,9	19	20,7	8,6		
Transferência chuveiro/banheira	17	6	3	4	11	14	3	214	3,68 (2,1)
%	29,3	10,3	5,2	6,9	19	24,1	5,2		
Marcha/cadeira de rodas	21	2	2	4	12	15	2	211	3,63 (2,2)
%	36,3	3,4	3,4	6,9	20,7	25,9	3,4		
Escadas	34	4	1	3	6	9	1	148	2,55 (2,1)
%	58,6	6,9	1,7	5,2	10,4	15,5	1,7		

4.6.2 Pontuação do domínio motor da MIF

A somatória das treze categorias da MIF motora permite uma pontuação mínima de 13 e máxima de 91 pontos.

Na amostra analisada, a média e o desvio padrão foram: 50,5 e 25,3, respectivamente. A mediana foi de 58, e o percentil 25% foi de 25 e o de 75% de 73, conforme se pode observar na tabela abaixo.

Tabela 27– Dados da pontuação total do domínio motor da MIF dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

Média (DP)	Mínimo	25%	Mediana	75%	Máximo
50,5 (25,3)	13	25	58	73	91

A menor pontuação do domínio motor da MIF foi 13 e o número de indivíduos que a obtiveram foram 6 (10,3%). A maior pontuação, 91, foi alcançada por 1 indivíduo (1,7%). As frequências e as médias das pontuações da MIF motora estão apresentadas na Tabela 28.

Tabela 28– Distribuição das pontuações do domínio motor da MIF , segundo a frequência e a média dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

MIF motora	Frequência	%	Média
13	6	10,3	1
15	3	5,2	1,15
18	1	1,7	1,38
19	1	1,7	1,46
22	1	1,7	1,69
25	3	5,2	1,92
29	2	3,4	2,23
30	1	1,7	2,30
34	1	1,7	2,61
36	3	5,2	2,76
38	1	1,7	2,92
39	1	1,7	3
45	1	1,7	3,46
46	1	1,7	3,53
48	1	1,7	3,69
55	3	5,2	4,23
59	1	1,7	4,53
60	1	1,7	4,61
62	2	3,4	4,76
68	3	5,2	5,23
69	1	1,7	5,3
70	2	3,4	5,38
71	1	1,7	5,46
73	2	3,4	5,61
74	1	1,7	5,69
77	2	3,4	5,92
78	3	5,2	6
79	2	3,4	6,07
80	1	1,7	6,15
81	1	1,7	6,23
83	1	1,7	6,38
85	1	1,7	6,53
87	1	1,7	6,69
91	1	1,7	7

4.7 Pontuação do domínio motor da MIF, segundo idade e sexo

A média do domínio motor da MIF do sexo masculino foi de 52,1, enquanto no sexo feminino foi de 48,9.

Ao dividir a idade dos participantes do presente estudo em três faixas etárias, de vinte a cinquenta e nove anos, de sessenta a setenta e nove anos e maior do que oitenta anos, as médias do domínio motor da MIF foram, respectivamente, 49,3, 52,8 e 48,3.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias do domínio motor da MIF dos grupos por sexo, por idade nem de um mesmo sexo e de uma mesma idade.

Não foram encontradas associações entre as médias do domínio motor da MIF e as variáveis idade e sexo, conforme são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 29– Distribuição das médias, desvio padrão, da pontuação do domínio motor da MIF, segundo sexo e idade dos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

	Sexo Masculino			Sexo Feminino					
	N	Média (DP*)	IC 95%	N	Média (DP*)	IC 95%	N	Média (DP*)	IC 95%
Idade	30	52,1 (26,8)	42,0 – 62,1	28	48,9 (23,9)	39,6 - 58,2	58	50,5 (25,3)	43,9 – 57,2
20-59	10	48,6 (26,4)		2	53,0 (24,0)		12	49,3 (25,0)	
60-79	13	52,4 (28,7)		13	53,1 (26,6)		26	52,8 (27,1)	
80 ou mais	7	56,4 (27,1)		13	44,0 (22,0)		20	48,3 (24,0)	

4.8 Pontuação do domínio motor da MIF, segundo diagnóstico

Da amostra do presente estudo, 14 indivíduos (24,1%) apresentaram a pontuação do domínio motor da MIF acima do quarto quartil. Destes, 7 (50%) tinham diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica e 2 (14,35%) de diabetes mellitus (Tabela 30).

Quanto aos indivíduos que possuíam as pontuações do domínio motor da MIF abaixo do primeiro quartil, 6 (54,6%) apresentaram o diagnóstico de acidente vascular encefálico e 2 (18,2%) de pneumonia (Tabela 31)

Tabela 30- Distribuição dos diagnósticos dos indivíduos assistidos pela EMAD, segundo pontuação do domínio motor da MIF acima do quarto quartil – Ribeirão Preto, 2014

Diagnósticos	N	%
Doença pulmonar obstrutiva crônica	7	50,0
Diabetes mellitus	2	14,35
Úlcera por decúbito	2	14,35
Síndrome da apneia obstrutiva do sono	1	7,1
Broncodisplasia	1	7,1
Úlcera venosa	1	7,1
Total	14	100,0

Tabela 31- Distribuição dos diagnósticos, segundo pontuação do domínio motor da MIF abaixo do primeiro quartil – Ribeirão Preto, 2014

Diagnósticos	N	%
Acidente vascular encefálico	6	54,6
Pneumonia	2	18,2
Esclerose lateral amiotrófica	1	8,4
Anóxia	1	8,4
Doença senil	1	8,4
Total	11	100,0

4.9 Pontuação do domínio motor da MIF, segundo a fisioterapia

Na tabela 32, é possível observar as médias das pontuações do domínio motor da MIF em relação à realização ou não de fisioterapia bem como em relação a frequência dessa prática, em meses.

A média das pontuações do domínio motor da MIF dos indivíduos que fazem fisioterapia foi menor do que aqueles que não fazem (37,7 x 59,5). Já a média das pontuações do domínio motor da MIF dos que nunca fizeram fisioterapia foi maior do que aqueles que já fizeram fisioterapia (65,3 x 53,1).

Em relação ao tempo, foi possível observar, ao dividir este em três períodos, até seis meses completos, de seis meses a um ano completo e maior do que um ano, que as médias das pontuações do domínio motor da MIF foram: 40,4, 41,1 e 28,8, respectivamente.

As médias das pontuações do domínio motor da MIF e as variáveis “faz” ou “não faz” fisioterapia apresentaram diferença estatisticamente significativa (tabela 32).

Tabela 32- Distribuição das médias do domínio motor da MIF, segundo a frequência e realização ou não de fisioterapia nos indivíduos assistidos pela EMAD – Ribeirão Preto, 2014

	N	Média (DP*)	IC 95%
Fisioterapia			
Faz	24	37,7 (20,0)	29,2 – 46,2
Não faz	34	59,5 (24,9)	50,8 – 68,3
Já fez	16	53,1 (25,3)	39,6 – 66,6
Nunca fez	18	65,3 (23,8)	53,4 – 77,1
Há quanto tempo faz fisioterapia			
(meses) até 6	10	40,4 (19,7)	
6-12	8	41,1 (22,2)	
maior 12	6	28,8 (18,3)	

5.1 Caracterização sócio-demográfica

Dados da literatura revelam que o perfil dos usuários em diferentes tipos de AD caracteriza por indivíduos com idade avançada, baixa escolaridade, que apresentam incapacidade funcional para as AIVD, dependência para as AVD, problemas de saúde crônico-degenerativos, história de hospitalização no último ano, são fisicamente inativos e possuem autopercepção de saúde ruim ou regular (DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011; GASPAR; OLIVEIRA; DUAYER, 2007; RODRIGUES; WATANABE; DEMTL, 2006; THUMÉ et al., 2010;).

O presente estudo buscou caracterizar os indivíduos assistidos pela EMAD do SAD do município de Ribeirão Preto, SP. Verificou-se que 51,7% deles são do sexo masculino e 79,4% são idosos. Tais dados condizem com os trabalhos realizados por Alencar (2013) e Maroldi et al. (2012).

O primeiro encontrou, entre a população identificada e atendida pelo serviço de Internação Domiciliar de um hospital do interior do estado de São Paulo, 57,2% do sexo masculino e 60,7% de idosos. Já o segundo, ao investigar os limites e as possibilidades da internação domiciliar, de promoção da desospitalização e da prevenção da reospitalização, encontrou 52,5% do sexo masculino e 71% acima de 60 anos.

A predominância da população idosa em AD tem relação com aumento da expectativa de vida que pode levar à maior incidência de doenças crônicas, menor autonomia, redução da capacidade funcional, tornando os indivíduos nessa faixa etária com maior necessidade de cuidados domiciliares (CAMPOLINA et al., 2013; FABRICIO et al., 2004; MARQUES; FREITAS, 2009; MENDES, 2001; MORAES, 2012). Outros fatores que contribuem para o envelhecimento populacional e redução da mortalidade geral são: a maior cobertura de saneamento básico, os avanços científicos na área da saúde, os programas de saúde pública, além de um maior desenvolvimento socioeconômico e melhorias que repercutem na renda familiar e na habitação (KIELING, 2009; TURRA, 2012).

No que se refere ao sexo, a maioria dos estudos realizados identificam que os pacientes mais assistidos por serviços de AD são mulheres (BARROS et al., 2011; GARGANO et al., 2004; MARTELLI et al., 2011; SILVA; MUSSE; NEMR, 2009). Tal

fato pode ser justificado devido aos homens estarem sujeitos a trabalhos de maior risco, além da expectativa de vida da mulher, ao nascer, ser superior à dos homens. Em 2012, a expectativa do homem foi de 71 anos, enquanto que a da mulher 78,3 anos (DOUGLAS, 2002; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2014). No entanto, no presente trabalho houve uma discreta maioria de homens.

5.2 Caracterização das modalidades de AD

As condições e os critérios elegíveis para a AD envolvem os aspectos clínicos e administrativos. Caso um indivíduo apresentar indicação para que o cuidado em AD seja realizado, a modalidade (AD1, AD2 ou AD3) na qual ele se enquadra é definida, de acordo com o grau de complexidade e a frequência das visitas domiciliares necessárias para o cuidado ser prestado (BRASIL, 2012a).

A classificação da complexidade assistencial em AD tem a finalidade de auxiliar na organização do SAD, priorizar os indivíduos que demandam maior atenção, além de subsidiar o planejamento das ações da equipe e evitar a duplicidade dos atendimentos (BRASIL, 2012a).

Pires et al. (2013), identificaram variáveis associadas ao tipo de AD em duas UBS em Belo Horizonte, MG. As variáveis indivíduo idoso, com grau de comprometimento clínico, estado emocional triste, com risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão e a semidependência para as AVD influenciaram significativamente a classificação na modalidade AD2. Dos 114 indivíduos avaliados 73,6% foram classificados em AD1 e 26,3% em AD2, enquanto no presente estudo, 91,4% dos indivíduos foram classificados em AD2 e 8,6% em AD3.

Essa discordância pode ser justificada pelo fato do trabalho de Pires et al. (2013) ter sido desenvolvido na AB, enquanto o presente estudo, em um SAD. Assim, conforme a Portaria n. 963 de 27 de maio de 2013 e considerando as características das modalidades AD1, AD2 e AD3 espera-se encontrar sob responsabilidade da equipe da atenção primária um maior número de indivíduos com problemas de saúde controlados/compensados, sem necessidade de atendimento médico frequente e de procedimentos e técnicas de maior complexidade, além de maior espaçamento entre as visitas (BRASIL, 2012a).

Um indivíduo em AD pode ter o seu quadro clínico alterado. Tal fato pode gerar a necessidade de migração entre as modalidades de AD e entre as equipes responsáveis diretamente pelo cuidado, repercutindo na necessidade cada vez maior de integração dos serviços de saúde (BRASIL, 2012a).

Em contraponto, Ali (2013), ao analisar a organização dos serviços de AB e atenção domiciliar na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, observou ações de saúde desarticuladas, usuários dos serviços perdidos na rede, sem informação sobre a continuidade da assistência. Os encaminhamentos entre os serviços eram feitos de maneira informal, não havia um fluxo que organizava o caminho que o usuário deveria percorrer.

Resultados semelhantes, também foram encontrados na pesquisa de Mauchle (2010) que ao avaliar um Programa de Internação Domiciliar, verificou a falta de um sistema de referência e contrarreferência desse serviço com a AB e os outros pontos de atenção.

A pesquisa de Silva et al. (2005), acerca da internação domiciliar no SUS, identificou a ausência de comunicação e integração entre o Programa de Internação Domiciliar com a AB e com os outros serviços de outros níveis de atenção.

Segundo a Portaria nº 2.527, a AD deve ser integrada às RAS por meio de fluxos e protocolos pactuados com os pontos de atenção da rede. É uma modalidade que potencializa a articulação entre os pontos de atenção por meio do cuidado compartilhado, mais horizontal e corresponsabilizando as equipes de atenção básica, equipe dos hospitais e unidades de pronto atendimento e equipes ambulatoriais especializadas (BRASIL, 2011c).

O uso de protocolos visa à obtenção de dados comuns, a avaliação interdisciplinar a identificação de ações prioritárias de atenção, bem como, subsidia a elaboração de um plano de cuidado, norteador a avaliação do cuidado prestado e a tomada de decisão (BRASIL, 2005).

Encontram-se na literatura estudos com diferentes escalas e instrumentos aplicados em indivíduos que recebem AD. Essas ferramentas contemplam aspectos clínicos, socioeconômicos e ambientais (DAL BEN; GAIDZINSKI, 2006; HOSPITAL DA AERONÁUTICA DOS AFONSOS, 2012; INTERRAI, 2011; INTERRAI HOME CARE, 2014; OASIS, 2011; PERROCA; GAIDZINSKI, 2004; SABA, 1991).

Piccini et al. (2006), ao analisarem a efetividade na oferta de serviços básicos e a utilização por idosos em 41 municípios, observaram a pouca frequência de uso de protocolos domiciliares, embora havia a necessidade desses cuidados.

Bohusch (2012), ao caracterizar os usuários de um Programa de Atenção Domiciliar aos acamados em Porto Alegre, reforça acerca da importância da elaboração e da utilização de um protocolo nesse tipo de serviço para o dimensionamento do cuidado a ser ofertado, além do planejamento e da avaliação da assistência.

Um relato de experiência sobre a elaboração de um instrumento de avaliação para eleger indivíduos a um programa de atenção domiciliar incluiu os seguintes itens: identificação do usuário, diagnósticos de doença, avaliação da incapacidade funcional, além dos itens de cuidado assistencial propostos pela Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar (SANTOS et al., 2010).

Esse protocolo, segundo a autora, subsidia a elaboração de um plano de cuidado, além do monitoramento e a avaliação do serviço de AD. Indicação semelhante também se encontra no estudo de Figueiredo (2010). A autora propôs um instrumento para sistematizar a assistência domiciliar na AB, após realizar algumas investigações, tais como a presença de tecnologias disponíveis nas equipes da ESF, avaliar o processo de trabalho das mesmas e discutir com elas acerca da aplicabilidade do instrumento.

Savassi et al. (2012) no seu estudo cujo objetivo é a elaboração de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na AB, destaca a importância da revisão periódica dos parâmetros considerados, além de incorporar no protocolo de atendimento as características epidemiológicas do território.

No manual do SAD do presente estudo, observou-se a presença de protocolos e fluxos de recepção e avaliação das visitas domiciliares, a preocupação e o estímulo à integração dos serviços que compõe a rede de atenção no município e a capacitação dos profissionais envolvidos na AD (RIBEIRÃO PRETO, 2007c).

Porém, não foi encontrado um instrumento para a classificação de risco, considerando as condições clínicas, recursos de saúde e critérios que justificam a necessidade de maior frequência de cuidado.

Considerando a importância da gestão do cuidado em saúde, e o pequeno número de trabalhos cuja temática envolve a EMAD, verifica-se a necessidade de outras investigações que contemplem experiências de integração entre essa equipe com as unidades de atenção primária e a utilização de ferramentas que contribuam para a adequada alteração de modalidades de AD.

5.3 Caracterização dos cuidadores

O cuidador é a pessoa capacitada para ajudar totalmente ou parcialmente o paciente com limitação para realizar as AVD (BRASIL, 2008). Ele pode ser classificado como formal ou informal e principal ou secundário, de acordo com o desempenho do auxílio (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2006).

Durante o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações em AD, tanto aquelas realizadas pelas equipes da AB, como pela EMAD, o cuidador deve ser inserido e capacitado para contribuir no desenvolvimento das atividades.

A presença do cuidador é imprescindível e faz parte dos critérios administrativos, quando o indivíduo apresenta dependência funcional. No entanto, nem todos os indivíduos necessitam de cuidador para serem inseridos na AD (BRASIL, 2013a).

Observou-se, no presente estudo, dois indivíduos sem a presença de cuidador, o predomínio de cuidadores informais, do sexo feminino (80,4%), com a média de idade de 53,3 anos e com o grau de parentesco na categoria esposa (37,6%) e filhos (32,1%).

Esses resultados corroboram com os achados de Pereira et al. (2013), que encontrou 83,9% de cuidadores do sexo feminino, com média de idade de 56,3 anos, dentre os 62 cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. Também Del Duca; Martinez e Bastos, (2012) detectou que a maior parcela de cuidadores de idosos dependentes em comunidade de baixo nível socioeconômico em Porto Alegre eram as(os) esposas(os) e as(os) filhas(os) bem como Klock, Heck e Casarim (2005), que estudaram a assistência domiciliar nos programas saúde da família em três UBS em Pelotas, encontraram 70% de cuidadores informais.

Apesar da alteração social, da inserção da mulher no mercado de trabalho e dos diferentes arranjos familiares, a mulher ainda permanece como a principal cuidadora. Isso ocorre devido ao contexto histórico e cultural do papel da mulher na

sociedade como a responsável por cuidar dos filhos e da casa (FONSECA; PENNA, 2008; NASCIMENTO et al., 2008).

Cattani e Girardon-Perlini (2004) e Pereira et al. (2013) afirmam que, quanto ao grau de parentesco dos cuidadores, a questão dos valores impostos pela cultura familiar está presente e, quando o cônjuge é falecido ou não apresenta condições para assumir o cuidado, este é transferido para os filhos.

Fonseca e Penna (2008) identificaram uma importante parcela de idosos como cuidador, no seu estudo sobre o perfil de cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. Situação semelhante foi encontrada por Pereira et al. (2013) cuja idade dos cuidadores de AVC que apresentaram 75 anos ou mais foi de 51,6%.

No presente estudo, aproximadamente 42% dos cuidadores tem mais do que 60 anos de idade, sendo que a idade máxima foi de 84 anos. Tal fato é preocupante, pois idosos cuidadores já apresentam doenças crônicas e incapacidades funcionais e ao longo do tempo encontram mais dificuldades para cuidar de si e do outro (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006). Entretanto, o número de idosos cuidadores de idosos tende a aumentar, considerando o envelhecimento da população mundial (LAVINSKY; VIEIRA, 2004).

Uma revisão da literatura revelou que o grau de dependência do paciente relacionada à doença, o desgaste físico e psicológico, a imposição do papel de cuidador e a falta de apoio dos outros familiares são os principais fatores causadores de sobrecarga dos familiares cuidadores (BAPTISTA et al., 2012).

Embora as graves repercussões e os prejuízos físicos, mentais e sociais ao cuidador familiar informal nos muitos relatos na literatura (ARAÚJO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2011; PINTO; NATIONS, 2012; SANTOS et al., 2013; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011), é provável que a predominância desse tipo de cuidado é devido ao fator financeiro, pela força cultural da obrigação família, e em alguns casos por trazer segurança e paz junto com os membros da família (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011; DEL DUCA; MARTINEZ; BASTOS, 2012) se mantenha.

Para evitar o adoecimento e a exaustão do cuidador há a necessidade de que os profissionais de saúde compreendam as realidades e as demandas do cuidador, capacitando-o não apenas do ponto de vista técnico, mas também em outras

dimensões do cuidado em que forem identificadas fragilidades (ALENCAR, 2013; BAPTISTA et al., 2012).

Floriani e Schramm (2004) destacam a observação da dinâmica familiar e a observação da forma de organização dos programas de AD para prevenir a sobrecarga dos cuidadores. Em relação à esse último aspecto, uma possibilidade de atenção aos cuidadores são as atividades em grupos caracterizadas pelo compartilhamento das dificuldades e estratégias de enfrentamento por todos os participantes.

Essas atividades podem ser planejadas e coordenadas pelas equipes da AB, considerando que esta está envolvida com a comunidade, possui uma visão ampla do território e dos elementos potencializadores para o cuidado comunitário (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006; BRASIL, 2013c).

Na EMAD do presente estudo, verificou-se que as ações são centradas na família, no estímulo à responsabilização dela no processo de cuidado, além de orientações para reduzir o estresse físico e emocional do cuidador.

A partir das vivências com a EMAD, foi possível constatar a existência de ações coletivas com foco no cuidador, visando à formação técnica relacionado ao cuidado bem como atividades que proporcionam reflexão e relaxamento dos mesmos. Entretanto, isso não é documentado nos prontuários ou em qualquer tipo de registro, dificultando identificar se o cuidador já participou ou não das atividades coletivas.

5.4 Caracterização dos diagnósticos

Os atuais sistemas de saúde possuem o hospital como referência, são desenhados para o tratamento das condições agudas, apresentam a sua organização de atenção à saúde de forma fragmentada, e são centrados no médico e na doença (FEUERWERKER; MERHY, 2008; MENDES, 2012; WHO, 2003).

Entretanto, as doenças crônicas geram altos custos na assistência e são as principais causas de óbitos e incapacidade prematura. Para o seu enfrentamento, são necessárias políticas públicas intersetoriais, atuação de equipes multiprofissionais e formação e capacitação de profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (ANTUNES et al., 2013; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MENDES, 2011; MOREIRA; DUTILHNOVAES, 2011).

A ESF é uma forma de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil e, junto com a implementação das RAS, busca melhores indicadores epidemiológicos, uma atenção à saúde de forma contínua e integral, além de reduzir as inequidades sociais (BRASIL, 2010, 2013a, 2013b, 2013c; THUMÉ et al., 2011).

É nesse contexto que a AD é fundamental, uma vez que ela é um componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergência e está inserida na atenção primária, por meio da ESF (BRASIL, 2012a, 2013b).

No presente estudo, as condições crônicas foram as mais prevalentes (96,5%). Esses resultados condizem com os trabalhos de outros autores (BARROS et al., 2011; ESPINEL-BERMUDEZ et al., 2011; GASPAR; OLIVEIRA; DUYER, 2007; MAROLDI et al., 2012).

Quanto ao diagnóstico, classificado de acordo com o CID 10, o AVE (19%), DPOC (19%), diabetes mellitus (8,6%), úlcera venosa (8,6%) e fratura de fêmur (6,9%) foram os mais encontrados, respectivamente.

Maroldi et al. (2012) identificaram as principais causas de internação da população atendida por um programa de internação domiciliar de um hospital do interior de São Paulo e encontraram 54% de AVE e de câncer, 21% de neuropatias degenerativas, 6% de fraturas e osteomielite, 5% de úlceras varicosas, 4 % de sequelas de paralisia infantil e parada cardiorrespiratória e 5% das seguintes doenças: DPOC, HIV/neurotoxoplasmose e fascite necrosante.

Thumé et al. (2010) encontraram a prevalência de 55% de hipertensão arterial, 28% de queda e 19% de AVC, ao avaliarem os fatores associados a assistência domiciliar recebida pela população idosa na atenção básica, segundo modelo tradicional e ESF. Esses resultados revelam diferenças quanto aos principais diagnósticos dos indivíduos assistidos pela AD.

Isso pode ocorrer devido ao perfil epidemiológico típico de cada região e serviço, considerando que o presente estudo foi desenvolvido no SAD, o segundo em um Programa de Internação Domiciliar e o terceiro na AB.

O AVE é uma das principais causas de internações hospitalares no SUS, de morbimortalidade no mundo, além de ser o diagnóstico de grande impacto para o cuidador e para o indivíduo em programas de AD (ALENCAR, 2013; FABRICIO et al., 2004; MOREIRA; DUTILHNOVAES, 2011; SILVA; MUSSE; NEMR, 2009).

Oliveira et al. (2013), destacam as principais limitações imposta pelo AVE ao indivíduo em programas de assistência domiciliar. Dentre estas, encontram-se o elevado grau de dependência para realizar as AVD e as AIVD e o baixo nível cognitivo.

Apesar do presente estudo não ter quantificado as comorbidades dos indivíduos assistidos pelo SAD, encontram-se na literatura investigações que abordam essa temática e revelam a repercussão das mesmas na sobrecarga dos cuidadores bem como na qualidade de vida dos próprios indivíduos (CASSIS et al., 2007; LACERDA et al., 2011; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

5.5 Caracterização do acesso à AD

O decreto nº 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei 8.080 de 1990 dispõe que o acesso aos serviços de saúde é ordenado pela Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, é preciso estabelecer mecanismos para garantir a acessibilidade da população aos serviços de saúde (VIDAL, 2013).

Enquanto que para alguns autores, a acessibilidade é a característica da oferta dos serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, para outros, o acesso está relacionado à entrada inicial no serviço de saúde (ANDERSEN, 1995 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004; DONABEDIAN, 1973; PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Pode-se considerar que nas últimas décadas ocorreram avanços significativos no acesso aos serviços de saúde para a população brasileira, embora ainda encontram-se desigualdades geográficas e sociais (IBGE, 2010).

Entretanto, o conceito de acessibilidade envolve distintas dimensões, tais como a geográfica, organizacional, sociocultural e econômica. A primeira refere-se ao tempo que se leva para obter a atenção à saúde, enquanto a segunda está relacionada às limitações que surgem na configuração da organizacional dos serviços de saúde.

Já a terceira refere-se aos elementos que determinam a busca de assistência à saúde, como por exemplo, as crenças, a confiança nos profissionais, a percepção subjetiva de saúde e doença, dentre outros (MILLMAN, 1993; DONABEDIAN, 1973 apud STARFIELD 2002).

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012a), o acesso de um indivíduo em um SAD (AD2 e AD3) ou na AB (AD1) pode ocorrer das seguintes formas: pelos serviços que compõe a rede de atenção, demanda espontânea e a busca ativa. No primeiro caso, a indicação de AD para o SAD procede principalmente de serviços de urgência/emergência e hospitais, por meio de fluxos e protocolos previamente acordados.

Já no segundo, familiares e/ou pessoas conhecidas entram em contato telefônico ou direto com o SAD ou com a atenção básica, enquanto no terceiro, a própria equipe de AD (EMAD/EMAP) realiza visitas nos serviços de saúde com o intuito de reconhecer os indivíduos que possuem indicação de AD (BRASIL, 2012a).

Maroldi et al. (2012) verificaram, dentre os pacientes encaminhados para o serviço de internação domiciliar de um hospital do interior do estado de São Paulo, que 75% era procedentes da UBS, 23% ESF e apenas 2% de serviço privado. No que tange à AD na AB (modelo tradicional e ESF), Thumé et al. (2010) constataram a predominância da demanda espontânea (75% solicitação dos familiares) nas solicitações de assistência domiciliar.

No SAD do presente estudo, as solicitações para a AD procedentes em 48,2% de demanda espontânea, 12,1% de busca ativa e 39,7% procedentes de serviços que compõe a rede de atenção, sendo deste 52,2% de hospitais, 34,8% de UBS e 13% de serviço de urgência e emergência (pronto atendimento).

Apesar de não existir na literatura um parâmetro que preconiza a quantidade máxima de demanda espontânea nas solicitações para a AD, sabe-se que um elevado percentual classificado nesse tipo de solicitação revela uma possível dificuldade que o indivíduo apresenta em relação ao acesso aos serviços de saúde bem como as fragilidades na comunicação desses com o SAD (BRASIL, 2012a).

Por exemplo, Oliveira et al. (2013), no seu estudo sobre as competências essenciais de programas de assistência domiciliar para pacientes com AVE, no município de Fortaleza-CE, não encontrou elementos de articulação entre os serviços inseridos em uma mesma rede de atenção.

Não apenas a fragilidade dessa integração, mas também a organização e a dinâmica do processo de trabalho podem interferir no acesso e na utilização dos serviços de saúde (MARTINS, 2006; MOREIRA et al., 2005; SILVA et al., 1995).

Uma das maneiras de superar essas fragilidades é o estabelecimento efetivo do sistema de referência e contrarreferência. Ele proporciona uma melhor articulação e comunicação entre os diferentes profissionais nos distintos serviços de saúde, garantindo uma atenção integral e resolutiva aos usuários (DIAS, 2010; FRATINI, 2007).

Outras estratégias e mecanismos para estabelecer o vínculo entre os distintos serviços e os profissionais são a inclusão da educação permanente, a definição de protocolos e fluxos assistencial e de regulação, além da ampliação dos instrumentos de comunicação, tais como o telefone, e-mail, fax (ALI, 2013; BRASIL, 2012a).

Brasil (2012a) retrata muito bem sobre a complexidade da organização da AD na perspectiva das RAS:

[...] não é um processo que se dá de forma espontânea e sim da forma gradual e com a implementação de dispositivos que ajudem a operacionalizar essa forma de organização. A decisão técnico-política de implantar a AD e a clareza do arranjo que se quer montar a partir de princípios e diretrizes norteadores das ações provocam a capacidade de diálogo entre o conjunto de serviços e trabalhadores que compõem a rede, garantindo a qualificação da assistência prestada e o trabalho de forma integrada entre os serviços segundo as necessidades do usuário (BRASIL, 2012a).

No presente estudo, observa-se uma quantidade elevada de demanda espontânea o que pode sugerir a presença dos nós críticos citados acima. Além disso, verificou-se que uma grande parte dos encaminhamentos de origem dos serviços que compõe a rede de atenção, seguiram parcialmente as recomendações preconizadas por Brasil (2012a).

5.6 Caracterização quanto aos profissionais que realizam AD

A Lei n.º 10.424 de 15 de abril de 2002, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, sobre a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e que dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS, inclui os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo no cuidado integral de pacientes em domicílio (BRASIL, 2002a).

Ao longo dos anos, vários outros profissionais foram inseridos na prática da visita domiciliar. Tal visita é caracterizada pelo deslocamento do profissional até o

domicílio do usuário, visando atenção e educação em saúde e pode ser considerada como um método, uma tecnologia e um instrumento (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Assim, é utilizada pelas equipes de saúde para viabilizar o cuidado das pessoas com algum nível de dependência física ou emocional e com dificuldades de sair do seu domicílio (BRASIL, 2003).

Na atenção básica, a visita domiciliar está incluída nas atribuições de todos os profissionais da equipe da ESF e do NASF, assim como na EMAD. Em um primeiro caso (modalidade AD1), as frequências das visitas devem ser de uma vez ao mês, enquanto em um segundo (AD2 e AD3) de pelo menos uma vez por semana (BRASIL, 2011c, 2012a).

Apesar da recomendação da primeira visita para a avaliação do paciente e admissão no SAD ser preferencialmente realizada por todos os profissionais da EMAD (BRASIL, 2012a), no presente estudo, observou-se o predomínio dos seguintes profissionais, respectivamente: enfermeiro (87,9%), seguido pelo técnico/auxiliar de enfermagem e médico (72,4%) e logo após, o fisioterapeuta (44,8%).

Estudos feitos por Fialho, Pagluca e Soares (2002), Marlière, Rios e Sguizzaerdi (2001), Silva, Musse e Nemr (2009) e Thumé et al. (2010) destacam a grande participação da equipe de enfermagem nas visitas domiciliares, além de equipes multiprofissionais nos diversos serviços de AD no SUS e na saúde suplementar, visando o acesso e o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe, além de ações de promoção a saúde e prevenção de agravos.

Alencar (2013), alerta sobre a importância de meios de transporte na sistematização da visita domiciliar. Na sua investigação sobre a contribuição da internação domiciliar para promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS, a autora percebeu uma diferença importante entre os números de visitas domiciliares durante a pesquisa, devido à ausência de transporte, ocasionando, assim, um prejuízo na continuidade do cuidado.

Biscione et al. (2013) destacam o efeito do intervalo das visitas domiciliares no seu estudo sobre a avaliação da efetividade da AD de uma cooperativa de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Segundo eles, visitas domiciliares regulares de profissionais de saúde aumentam o tempo livre de internações, isto é, quanto menor o intervalo de visitas, maior o tempo livre de internação.

No SAD do presente estudo, verificou-se a presença regular de viaturas que transportavam tanto os funcionários, como os materiais que seriam utilizados no domicílio. A logística do transporte era previamente planejada, considerando as prioridades e as visitas programadas bem como a distribuição dos endereços no território.

Tais fatos favorecem a otimização do tempo em relação ao deslocamento do serviço até o domicílio do indivíduo assistido pela EMAD, além de proporcionar uma melhor condição de trabalho ao profissional.

Apesar das vantagens e dos benefícios que a visita domiciliar multiprofissional pode oferecer, encontram-se na literatura trabalhos que relatam as dificuldades das equipes da ESF em realizar tal atividade (MANFRINI; BOEHS, 2004; RIBEIRO, 2004).

Isso ocorre devido à inabilidade e capacidade referente às ferramentas para se trabalhar com as famílias em domicílio, além das fragilidades nos processos de trabalho das equipes (FEUERWERKER; MERHY, 2008; GAÍVA; SIQUEIRA, 2011; GIACOMOZZI, 2007).

Cunha e Sá (2013), ao analisarem os processos de trabalho em relação à visita domiciliar de equipes da estratégia de saúde da família, identificaram a precariedade do trabalho e a dificuldade das equipes em lidar com a demanda espontânea e a programa, como fatores limitadores para realizar a visita domiciliar.

O excesso de atribuição dos profissionais, a falta de recursos humanos e apoio para exames diagnósticos e serviços especializados de referência, a predominância de ações na perspectiva biomédica, com ênfase nos casos agudos e o desgaste físico e mental desencadeado diante do enfrentamento de realidades complexas, como por exemplo, situação de extrema pobreza e violência, também contribuem para a não efetivação da AD nas equipes da ESF (ALI, 2013; ROMANHOLI; CYRINO, 2012; TAVARES, 2012; TRAD; ROCHA, 2011).

Considerando as limitações e as inúmeras responsabilidades da AB, bem como, o a implantação recente do Programa Melhor em Casa, há a necessidade de investigações que contemplem a relação entre estes diferentes serviços quanto à capacidade de se organizarem e responderem ao preconizado pelo novo arranjo da AD na perspectiva da RAS.

5.7 Caracterização das sequelas, complicações e necessidades de tecnologias em saúde

Vários estudos relatam que o envelhecimento da população gera um aumento nas doenças crônicas levando à incapacidades e complicações (BARROS, 2012; BARROS et al., 2011; BONARDI; SOUZA; MORAES, 2007; SILVA et al., 2012).

Investigações em determinadas regiões destacam que os indivíduos que necessitam de AD apresentam baixo nível econômico, sendo esta variável associada a prevalência do cuidador informal (KEMPER, 1992; THUMÉ et al., 2011).

Embora existam estudos que demonstram a redução de iniquidades sociais, principalmente devido a viabilização de acesso aos bens e serviços de saúde pela AD (GALVÃO et al., 2011; GIOVANELLA et al., 2009; MARTELLI et al., 2011; PAZ; SANTOS, 2003), há autores que referem uma sobrecarga financeira, física e emocional para as famílias que possuem indivíduos em AD (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Para que o tratamento dos indivíduos em AD ocorra de forma integral e adequada, é necessário que o SAD disponibilize equipamentos, insumos e medicamentos (BRASIL, 2012a).

Segundo Brasil (2011e), que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas devem nortear a oferta de procedimentos terapêuticos em regime domiciliar. Além disso, essa Lei define próteses, órteses, bolsa coletora e equipamentos médicos como produtos de interesse para a saúde.

As tecnologias assistivas contemplam uma variedade de equipamentos, serviços, estratégias e práticas com o objetivo de reduzir as dificuldades encontradas por pessoas com deficiência e otimizar a funcionalidade dentro ou fora do domicílio (COOK; HUSSEY, 1995; FERREIRA, 2010).

Andrade e Pereira (2009), em uma revisão da literatura acerca do desempenho funcional e o uso de dispositivos de tecnologia assistiva, encontraram um aumento na capacidade funcional, autonomia e na qualidade de vida de idosos que utilizam um arsenal de recursos.

Por sua vez, Silva et al. (2012), ao analisar o perfil dos cuidadores familiares e o nível de conhecimento acerca dos cuidados a serem prestados aos pacientes

dependentes, verificaram que 35,2% dos acompanhantes não tinham condições de obter o material de cuidado em casa, tal como gaze, soro, dieta, etc. Nesse mesmo estudo, entre os 17 indivíduos dependentes, 14 apresentavam traqueostomia, 12 tinham curativos em úlcera por pressão, 9 possuíam sonda entérica e 6 apresentavam gastrostomia, 4 tinham coletor urinário e 1 sonda vesical de demora.

No presente trabalho, as sequelas e complicações mais frequentes foram o uso de fraldas (37,9%) e outras complicações (37,9%), oxigenoterapia (34,5%) e feridas (31%). A grande necessidade de fraldas corrobora com os achados de Marcucci et al., (2012).

Eles constataram, dentre os pacientes acamados no território da coordenadoria regional de saúde sul da cidade de São Paulo, 86% usam fraldas, 8,5% usam dispositivos urinários, 1% depende de oxigenioterapia, 1% traqueostomizado, 3% recebem dieta por sonda nasoentérica/gastrostomia transdérmica e 0,5% colostomizados.

No estudo de Maroldi et al. (2012), o serviço de internação domiciliar de um hospital no interior do Estado de São Paulo fornecia materiais e insumos específicos para o cuidado.

Esses achados diferem dos encontrados por Marcucci et al. (2012), Marques e Freitas (2009) e Oliveira et al. (2011) e que constataram a dificuldade para aquisição de equipamentos e artefatos de apoio para a assistência domiciliar.

Pires et al. (2013), ao identificar as variáveis relacionadas ao tipo de AD em duas UBS de Belo Horizonte, MG, observou a ausência, no domicílio, de equipamentos. Dentre estes, destacam-se: cadeira de rodas (31,7%), cadeira de higiene (32,8%), cama hospitalar (53,5%), colchão casca de ovo (51,2%), andador (44,4%), além de bengalas (31,25%) e materiais para curativos (58,3%). No estudo para verificar a medida de independência funcional em idosos portadores de doenças crônicas, 30% deles necessitavam de auxílio na locomoção, sendo que 17,5% utilizavam bengalas (AMARAL, 2010).

O presente estudo não verificou a necessidade de equipamentos, mas sim a presença dos mesmos e a forma de aquisição. Observou-se que 91,4% utilizavam equipamentos, sendo os mais frequentes a cadeira de rodas (39,6%), bengala ou andador (32,7%) e o cilindro ou concentrador de oxigênio (20,3%). O

SUS (51%) foi identificado como a principal fonte pela qual os usuários obtiveram os equipamentos, seguido por meios próprios (26,5%) e outras formas (16,3%).

Durante a coleta de dados do presente trabalho, observou-se a falta de alguns recursos de interesse para a saúde dos indivíduos. Alguns desses eram supridos parcialmente pelos objetos elaborados pelos próprios indivíduos ou suas famílias para facilitar e favorecer a assistência à saúde. A habilidade bem como a criatividade de desenvolver dispositivos para facilitar a realização das atividades de vida diária, foram elementos interessantes de se observar.

5.8 Caracterização quanto à fisioterapia

A atuação da fisioterapia no domicílio propicia uma praticidade e comodidade para a família e o paciente quando este está restrito ao leito ou apresenta alguma incapacidade físico-funcional. Não apenas traz maior segurança para o paciente e conforto por ele estar próximo à sua família, mas também proporciona ao profissional conhecer a realidade deles e favorece o treinamento para as AVD (SILVA; DURÃES; AZOUBEL, 2011).

Silva, Santos e Bonilha (2014) reforçam a necessidade de implantação de serviços de AD no SUS com fisioterapeutas, em um estudo sobre a percepção dos usuários dos serviços de fisioterapia ambulatorial no município de Campo Grande.

Segundos esses autores, há uma grande parcela de pessoas com deficiência sem acesso aos serviços de fisioterapia devido às barreiras geográficas e às dificuldades financeiras e de deslocamento.

No presente estudo, 41,4% dos indivíduos faziam fisioterapia e dentre estes, 79,2% realizavam no SUS. A frequência identificada foi de 1 a 2 vezes por semana, por 1 mês a 6 anos. Tal serviço foi solicitado predominantemente pelo SAD (45,8%) e por um médico que não atua no SAD (29,2%).

Quando os cuidadores dos indivíduos ou esses que fazem ou já fizeram fisioterapia foram questionados sobre a evolução do quadro motor, 42,5% referiram muita melhora e 42,5% referiram pouca melhora. Dos 34 indivíduos que não faziam fisioterapia, 18 (53%) nunca fizeram, principalmente porque ninguém solicitou ou indicou o mesmo serviço (88,8%).

Encontram-se na literatura, estudos que aferem o efeito do tratamento de fisioterapia em domicílio incluindo apenas algumas doenças específicas (FERREIRA

et al., 2005; GÓIS; BERESFORD, 2006; GONÇALVES; ROSEIRO, 2004; GRABOWSKI, BERTOLINE, 1999; LIRIAL et al., 2012; MELLO JÚNIOR et al., 2003; NOGUEIRA, 2000; POZZA et al., 2006; TRELHA et al., 2005).

Nesses estudos, verificaram-se benefícios relacionados à transferência, mobilidades ativas, redução de sintomas, como a dispnéia, além de melhora na qualidade de vida e nas AVD e AIVD dos pacientes. Ashworth et al. (2005) ao compararem os efeitos do treinamento em programas ambulatoriais e domiciliares, observaram que nos primeiros há melhores efeitos em curto prazo, enquanto no segundo, há melhores resultados e maior adesão.

Há poucos trabalhos que avaliam especificamente o tratamento de fisioterapia em programas de atenção domiciliar multiprofissional onde há uma heterogenidade de diagnósticos e de severidade de doenças crônicas.

Góis e Veras (2006) afirmam que há necessidade de investigações sobre a contribuição da fisioterapia domiciliar em alguns grupos de doenças específicas. Segundo esses autores, no seu estudo, cujo objetivo era verificar a prevalência dos tipos de fisioterapia realizada em um grupo de pacientes em atendimento domiciliar no Estado do Rio de Janeiro, apenas 23% dos pacientes apresentaram melhora de 35% dos fatores relacionados ao quadro de restrição no leito.

Alencar, Henemann e Rothenbuhler (2008) avaliaram a capacidade funcional dos pacientes atendidos em um programa de atenção domiciliar e analisaram a contribuição da fisioterapia. Dentre os principais benefícios verificados, encontram-se a redução da queixa da dor em 60%, e melhora na mobilidade ativa de membros inferiores bem como na dependência nas transferências posturais.

Thumé et al. (2010), ao avaliar os fatores associados à assistência domiciliar recebida pela população idosa na ESF, identificou que após o atendimento 36% da situação de saúde dos idosos apresentaram uma pequena melhora e 29% uma considerável melhora. Já no estudo de Gargano et al. (2004), 59% dos pacientes atendidos no programa de internação domiciliar da rede pública de saúde do município de Santa Maria, receberam alta com melhora do quadro clínico geral.

Ansai et al. (2013), ao avaliarem o desempenho físico em idosos assistidos por uma assistência domiciliar interdisciplinar em uma ano, mostraram uma perda progressiva de desempenho físico e força de preensão palmar. Os idosos participantes desse estudo possuíam capacidade de compreensão e eram

independentes para marcha, além de receberem treinamento e orientações fisioterapêuticas específicos sobre transferências, locomoção, postura, adaptações no lar e informações relacionadas ao ganho de QV ao paciente e ao cuidador.

Vass et al. (2009) verificaram redução do declínio funcional em 90 idosos longevos, após avaliarem os efeitos de um programa educacional interdisciplinar durante visitas domiciliares em 3 anos. Esses achados corroboram com Gill et al. (2002) que demonstraram uma menor deficiência em equilíbrio, força muscular e mobilidade no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle, no seu estudo sobre os efeitos do exercício físico domiciliar em 188 idosos frágeis.

O início precoce do tratamento de fisioterapia, quando indicado, é mais efetivo no estágio agudo de algumas doenças específicas (GOIS; VERAS, 2006; REBELATTO; MORELLI, 2004). Na fase crônica, há poucos trabalhos que discutem a influência do tratamento de fisioterapia.

Fernandes et al. (2014), ao avaliar a independência funcional de indivíduos na fase crônica após AVE e verificar a relação com o tratamento fisioterapêutico, não encontrou uma melhora na funcionalidade nos pacientes submetidos à fisioterapia para a maioria dos itens avaliados.

O tempo que o paciente leva para iniciar a fisioterapia, se esta foi realizada durante a internação, a frequência e a duração das sessões, além das técnicas utilizadas são variáveis que interferem no prognóstico do paciente (ANSAL et al., 2013; BENVENUTO et al., 2008).

Soma-se a isso as limitações dos instrumentos e escalas utilizados no desenho dos estudos, o que dificulta nas investigações o controle dessas variáveis ao mesmo tempo (KWON et al., 2004; MAO et al., 2002).

As barreiras e as dificuldades quanto ao acesso aos serviços de fisioterapia, além da burocracia e a forma que o trabalho é organizado influenciam na continuidade do cuidado e, conseqüentemente, na resolutividade da atenção (BEATTIE et al., 2005; MACHADO; NOGUEIRA, 2008; SILVA; SANTOS; BONILHA, 2014).

Apesar do julgamento referente à atenção prestada aos usuários ser passível de influência devido à preocupação de prejuízo do atendimento, da relação de dependência com o profissional de saúde e o baixo nível de escolaridade, variável não verificada no presente estudo (FRÉZ; NOBRE, 2011; MACHADO; NOGUEIRA,

2008) notou-se que houve uma considerável melhora do quadro motor, segundo os cuidadores e os pacientes.

Entre os cuidadores dos indivíduos que já fizeram ou fazem fisioterapia, 36 (90%) receberam orientações do fisioterapeuta, 34 (94,4%) deles as realizam, sendo que essas foram orientadas na maioria das vezes de forma verbal (80,6%) e predominou o exercício motor (47,8%). Os relatos de medo, estresse, insegurança e desconhecimento dos cuidadores acerca do manejo do cuidado em domicílio foram descritos em estudos brasileiros (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005; MAFFIOLETTI; LOYOLA; NIGRI, 2006; MARQUES; FREITAS, 2009; OLIVEIRA et al., 2011).

O sucesso do tratamento e a recuperação do agravo pode estar relacionado a habilidade do cuidador em ofertar apoio adequado ao paciente (BOCCHI; ANGELO, 2005; LUI; ROSS; THOMPSON, 2005).

Silva et al. (2012), no seu estudo sobre o perfil dos cuidadores familiares e o nível de conhecimento acerca dos cuidados a seres prestados aos pacientes dependentes, identificou que 35,2% dos cuidadores familiares não sabiam cuidar. Os mesmos autores sugerem a realização de capacitação dos cuidadores familiares de indivíduos portadores de doenças crônicas como um meio de melhorar a reabilitação desses pacientes bem como reduzir o número de iatrogenia proporcionado por um cuidado não adequado, o que pode até gerar reinternações.

Oliveira et al. (2013), ao caracterizar os cuidados executados pelos cuidadores, verificou que entre os cuidadores participantes do estudo, 50,8% referira ter aprendido a cuidar a partir das orientações dos profissionais e 26,2 relataram ter aprendido sozinhos. Além disso, 52,2% relataram que ainda apresentavam dúvida sobre o cuidado com o paciente.

Já Oliveira, Garanhani e Garanhani (2011), além de observar a ausência de orientações sistematizadas, encontraram uma limitação e redução do conteúdo dos discursos de orientação ao paciente e ao cuidador, limitando esses a apenas informações sobre a doença, o risco de morte, a higiene, o transporte e a alimentação.

Uma proposta encontrada para superar essas lacunas é a educação em saúde. A abordagem dessa ferramenta deve não apenas limitar às orientações técnicas e curativas, mas também proporcionar ações de prevenção e promoção de saúde tanto para o paciente como para o cuidador.

A valorização do diálogo entre o profissional, a família e o paciente, o saber e as crenças destes, além de todo o contexto social e cultural também são fundamentais no processo de construção da autonomia dos sujeitos envolvidos e uma assistência compartilhada e eficaz (EUZÉBIO; RABINOVICH, 2006; MARTINS et al., 2007; RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009).

Medeiros, Pivetta e Mayer (2012) e Oliveira e Délboux (2012), afirmam que para ocorrer uma mudança significativa no perfil de mortalidade e morbidade da população, cabe aos profissionais de saúde agregarem ações baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, tais como a participação e o controle social, ações intersetoriais, etc.

O fisioterapeuta atua na AD no SUS por meio da EMAD do SAD e na atenção básica pelo NASF (BRASIL, 2012a). Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que a prática profissional sofre influência da formação obtida de uma profissão.

Almeida (2013) na sua dissertação de mestrado, cujo objetivo é identificar no processo formativo da graduação em fisioterapia a existência de componentes que conduzem à integralidade da assistência à saúde, verificou que os fisioterapeutas possuem deficiências na formação para o SUS e principalmente para a atuação na atenção básica.

Tal fato é devido ao contexto do surgimento e a evolução da fisioterapia focada na reabilitação, dependente de tecnologias duras, formação tradicionalmente biomédica, especializada e com o saber técnico fragmentado, ainda praticado na maioria das instituições de ensino (BISPO JÚNIOR, 2010; NOGUEIRA-MARTINS, 2006; RODRIGUES et al., 2008).

A atuação do fisioterapeuta deve superar a execução de técnicas e métodos e ampliar o seu escopo de ação. Isso se dá por meio do envolvimento no âmbito do planejamento, implementação, controle e execução de políticas, programas, cursos pesquisas e eventos em saúde pública, além da participação de câmaras técnicas de padronização de procedimentos em saúde coletiva, promoção da saúde e prevenção das incapacidades funcionais (ACIOLE; BATISTA, 2013; BARBOSA; FERREIRA; FURBINO, 2010; BISPO JÚNIOR, 2010; DAVID et al., 2013).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), para a atuação no SUS, espera-se profissionais com um adequado conhecimento sobre Políticas Públicas de Saúde, com habilidade de resolver demandas de forma crítica e reflexiva, trabalhar em

equipe multiprofissional e ofertar atenção à saúde individual e coletiva de forma holística.

Neste sentido, entre as principais estratégias para avançar na formação de profissionais generalistas com a visão integral dos indivíduos e com a concepção ampla do processo saúde-doença, encontram-se as Diretrizes Curriculares, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a integração ensino-serviço-comunidade (MEDEIROS; PIVETA; MAYER, 2012; PONTES; SILVA JÚNIOR; PINHEIRO, 2011; VOGT, 2006).

No SAD do presente estudo, observa-se que o fisioterapeuta apresenta um protocolo com as atribuições, objetivos, a população alvo e os critérios de inclusão e exclusão descritos.

Fato interessante é a presença não apenas de atividades de educação em saúde e adaptações domiciliares, mas também de elementos que favorecem a integração e a comunicação entre os distintos serviços e profissionais, além do uso de um instrumento que avalia a incapacidade funcional dos indivíduos assistidos pela EMAD. Essa ferramenta é utilizada para priorizar a demanda, nortear as ações e monitorar a incapacidade funcional, parâmetros fundamentais na organização do processo de trabalho.

5.9 Avaliação funcional

Não só o envelhecimento, mas também as DCNT geram uma redução da capacidade funcional. A avaliação desta, por meio de instrumentos e escalas, revela o grau de dependência do indivíduo para desempenhar as AVD bem como o risco de morte (GOULART, 2011; MENDES, 2012; RAMOS; SIMÕES; ALBERT, 2001; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005; SCHMIDT et al., 2011).

A capacidade funcional pode ser utilizada como um indicador para nortear o planejamento, o monitoramento e a avaliação de atenção e gestão à saúde na AD e em outros tipos de serviço de saúde (AIRES; PASKULIN; MORAES, 2010; NOGUEIRA et al., 2010; NUNES et al., 2009; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Encontram-se, na literatura, estudos que avaliam a capacidade funcional, principalmente de idosos, no âmbito domiciliar e hospitalar, no ambulatório de

geriatria, na AB e em instituições de longa permanência. As escalas e os instrumentos mais utilizados são o Índice de Barthel, o Índice de Katz, o MIF, o Older Americans Resources and Services, o Functional Autonomy Measurement System bem como escala de autopercepção de desempenho de AVD (ALVARENGA, 2008; COELHO et al., 2011; DEL DUCA; SILVA; HALLA, 2009; MONTEIRO; FARO, 2010; RODRIGUES et al., 2008; THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005; TORRES et al., 2010a, 2010b; TRELHA et al., 2005).

Devido a essa diversidade de instrumentos e a variedade das populações desses estudos, não há um consenso acerca de como caracterizar e avaliar a incapacidade funcional, o que gera dificuldades para comparar os resultados entre os estudos (SILVA, 2013).

É importante ressaltar que não foram encontrados estudos que avaliam a capacidade funcional por meio da MIF de indivíduos assistidos por uma EMAD. Neste trabalho, a discussão sobre a avaliação da incapacidade funcional será norteadada pelos trabalhos que consideram a MIF como instrumento de aferição. Optou-se por investigar apenas o domínio motor da MIF, uma vez que esse já é o instrumento utilizado pela EMAD.

Deste modo, no presente estudo, a média do domínio motor da MIF foi de 50,5 ($\pm 25,3$). Lopes et al. (2007), ao verificarem os fatores associados à independência funcional em um Programa de Atenção Domiciliar ao idoso, encontraram uma média do domínio motor da MIF de 41,0 ($\pm 24,3$). Nesta pesquisa, 50% dos indivíduos eram acamados.

Médias elevadas foram identificadas nos estudos de Amaral (2010) e Gomes Neto e Castro (2012). O primeiro, ao avaliar a medida de independência funcional de indivíduos portadores de doença crônica de um Programa de Atenção Domiciliar de uma empresa, encontrou a média de 77,6 ($\pm 20,6$). Para participar desse estudo, os sujeitos deveriam possuir como patologia de base a hipertensão arterial e diabetes.

Gomes Neto e Castro (2012), por sua vez, ao compararem a incapacidade funcional e a qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários, encontraram a média do domínio motor da MIF no primeiro grupo de 89,9 ($\pm 2,7$) e no segundo de 78,2 ($\pm 14,4$). Segundo os mesmos autores, a atividade física está relacionada a uma manutenção da capacidade funcional do indivíduo e repercute em uma melhor qualidade de vida.

Apesar do presente estudo não investigar o nível de atividade física, há na literatura inúmeros trabalhos que indicam o impacto positivo do exercício na redução das limitações físicas e consequentemente um melhor desempenho funcional. (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2008; DANTAS, 1999; FRANCHI; MONTENEGRO JUNIOR, 2005; PATERSON; WARBURTON, 2010; SANTINI; BLESSMANN, 2003).

A variável idoso ativo e o fato desses autores incluírem apenas indivíduos com a capacidade de deambular independentemente, pode justificar o melhor desempenho nas AVDs e consequentemente uma maior média da MIF motora.

Pelleteiro et al. (2013), ao avaliarem a capacidade funcional e a QV dos idosos frequentadores de um Programa Saúde da Família da cidade de Feira de Santana na Bahia, identificaram que 64% dos indivíduos investigados apresentaram independência completa para as categorias de autocuidado, controle de esfíncteres, transferências e locomoção.

De acordo com esses autores, usuários que necessitavam de atendimento domiciliar ou de cuidador não foram incluídos nessa investigação. Alvarenga (2008) analisou a capacidade funcional, o estado de saúde e a rede de suporte social do idoso atendido na AB no município de Dourados no Mato Grosso do Sul e verificou que a média do domínio motor da MIF foi de 85,5 ($\pm 10,3$) e que as dimensões desta foram: 40,1 ($\pm 5,0$) (autocuidado), 13,3 ($\pm 1,6$) (controle de esfíncteres), 20,2 ($\pm 2,2$) (transferências) e 11,9 ($\pm 2,6$) (locomoção). Idosos incapazes de se comunicar não participaram dessa pesquisa.

Achados semelhantes foram encontrados por Coutinho et al. (2012), os quais avaliaram a capacidade funcional de idosos ativos, lúcidos sem diagnóstico médico neurológico e/ou psiquiátrico restritivo, independente de equipamentos de monitoramento e sustentação à vida e aparente independência nas AVD, em atendimento em um centro de reabilitação de referência no município de Niterói no estado do Rio de Janeiro. Os autores observaram as seguintes médias das dimensões do domínio motor da MIF: autocuidado, 41,6 ($\pm 1,3$); controle de esfíncteres, 13,4 ($\pm 1,2$); transferências, 20,7 ($\pm 1,3$) e locomoção de 13,2 ($\pm 1,4$).

No presente estudo, a dimensão autocuidado também apresentou a maior média: 25,1. Controle de esfíncteres, transferências e locomoção apresentaram, respectivamente, 8,0; 11,1 e 6,2.

Observa-se que todas as médias do presente trabalho-se apresentam bem abaixo ao dos outros estudos. Esses resultados podem estar relacionados com a severidade dos diagnósticos dos indivíduos, além da dificuldade ou impossibilidade dos mesmos deslocarem até o serviço de saúde. Esta característica do perfil dos indivíduos assistidos pela EMAD pode também ter influenciado nas menores médias obtidas pelas dimensões transferências e locomoção.

Dantas et al. (2013) ao investigarem o desempenho funcional e a presença de doenças crônicas e agravos em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência em Recife, encontraram, entre as categorias do domínio motor da MIF, o item escada como a atividade mais comprometida e a de melhor desempenho a alimentação. Resultados semelhantes também foram verificados por outros estudos (FERREIRA et al., 2011; MURAKAMI; SCATTOLIN, 2010; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Neste trabalho, na dimensão autocuidado, 69%, 48,3% e 38% dos indivíduos foram classificados como independência modificada/completa nas categorias alimentação, higiene pessoal e vestir-se acima da cintura, respectivamente. Já para banho, uso do vaso sanitário e vestir-se abaixo da cintura, 38%, 36,2% e 36,2% foram classificados como dependência total/máxima, respectivamente.

A referida dimensão também foi a que apresentou a maior média, 4,2 ($\pm 2,3$), sendo a categoria alimentação como a de melhor desempenho para os indivíduos assistidos pela EMAD, 5,3 ($\pm 2,2$). A elevada média dessa categoria nos indivíduos com diferentes diagnósticos pode ser justificada por essa ação não exigir deslocamento bem como requerer pouco desempenho visual, cognitivo e motor (DANTAS et al., 2013).

Resultados semelhantes também foram encontrados em estudos que utilizaram a MIF em populações com doenças crônicas e em doenças específicas. (AMARAL, 2010; GREVE et al., 2007; OLLER et al., 2012; RABEH; CALIRI, 2010; SILVA et al., 2012; VIANA et al., 2008).

A literatura traz que os transtornos mentais estão associados e repercutem de forma significativa na incapacidade funcional (SILVA, 2013). O déficit cognitivo reflete em um pior desempenho em todas as categorias da MIF, sendo que nos danos cognitivos leves, os prejuízos são identificados nas AIVD, enquanto nos

estágios mais avançados nas AVD (EID; KAIRALLA; CAMPORA, 2012; NIEGOVAN et al., 2001; SUH et al., 2004).

Talmelli et al. (2010) encontraram um maior nível de dificuldade na realização das atividades principalmente da categoria autocuidado, ao investigarem a influência do nível de independência funcional de idosos com doença de Alzheimer.

Apesar do presente estudo não ter avaliado o desempenho cognitivo nem a presença de transtornos mentais, considerando que aproximadamente 42% dos indivíduos são idosos e 19% apresentam AVE, a influência do desempenho cognitivo e possível presença de transtornos mentais podem ter reduzido, mais ainda, as médias das categorias do autocuidado.

Vale a pena ressaltar que o AVE é uma doença que leva à sequelas neurológicas e que no presente estudo, 50,0% daqueles indivíduos que apresentaram a pontuação do domínio motor da MIF abaixo do primeiro quartil, possuem AVE como diagnóstico.

Na dimensão controle de esfíncteres, 44,8% dos indivíduos foram classificados como dependência total/máxima e 55,2% dos indivíduos foram classificados como independência modificada/completa para as categorias controle de urina e controle de fezes, respectivamente. A média da primeira foi de 3,3 ($\pm 2,1$), enquanto da segunda 4,6 ($\pm 2,2$).

Não apenas as alterações fisiológicas do envelhecimento podem influenciar no controle da diurese (VOYTAS, 2002). Busato Junior e Mendes (2007) encontraram uma alta prevalência de incontinência urinária (IU) em idosos institucionalizados e verificaram que a imobilidade e o baixo desempenho cognitivo associam-se com perdas de urina.

Achados semelhantes também foram identificados por Offermans et al. (2009) que também identificou como fator de risco para a IU o fato de estar acamado, na revisão sistemática da literatura sobre a prevalência da IU e fatores de risco em instituições de longa permanência. Jeres-Roig, Souza e Lima (2013), em uma revisão integrativa da literatura, recomendam que o exercício físico deve estar inserido nas medidas de prevenção e tratamento da IU.

Quanto à dimensão transferências, 38,0%, 39,6% e 39,6% foram classificados como dependência total/máxima para transferência leito-cadeira/cadeira de rodas, transferência vaso sanitário e transferência chuveiro/banheiro. As médias dessas

categorias foram semelhantes: 3,7 ($\pm 2,2$); 3,7 ($\pm 2,2$); 3,6 ($\pm 2,1$), respectivamente. Achados diferentes foram encontrados no estudo de avaliação da medida de dependência funcional em um Programa de Atenção Domiciliar de uma empresa: entre os indivíduos portadores de doença crônica 87,5% apresentaram independência completa e modificada para as categorias transferência leito-cadeira/cadeira de rodas e para o vaso sanitário (AMARAL, 2010).

Em relação à dimensão locomoção, 39,7% e 65,5% foram classificados em dependência total/máxima para marcha/cadeira de rodas e escadas. A dimensão locomoção obteve a menor média, 3,1 ($\pm 2,2$) e a categoria escadas foi a que apresentou o pior desempenho dentre os indivíduos da amostra, 2,5 ($\pm 2,1$).

Achados semelhantes também foram encontrados em outros estudos que utilizaram a MIF em populações com diagnósticos específicos (GREVE et al., 2007; HSIEH et al., 2010; MORTARI et al., 2009; OLLER et al., 2012; RABEH; CALIRI, 2010; SILVA et al., 2012; STINEMAN et al., 1996).

No âmbito hospitalar, Curzel, Forgiarini Junior e Rieder (2013), também encontraram menores pontuações na dimensão locomoção e maiores na dimensão autocuidados, ao avaliarem e compararem a medida de independência funcional após a alta imediata da unidade de terapia intensiva (UTI) e 30 dias após esse período. Segundo os mesmos autores, o atendimento fisioterapêutico que foi realizado por todos os participantes tanto na UTI, como após a alta dessa unidade, pode ter influenciado no desfecho do estudo, pois o tratamento interfere na independência funcional do indivíduo após o período da internação (CLINI et al., 2011; DANTAS et al., 2012; FRANÇA et al., 2012; NEEDHAM 2008; PORTA et al., 2005; SCHWEICKERT et al., 2009).

Encontram-se na literatura estudos que utilizaram a MIF e comprovaram a melhora do desempenho funcional em indivíduos em processo de reabilitação. (DORNER et al., 2007; LAZOWSKI et al., 1999; MAKITA; NAKADAIRA; YAMAMOTO, 2006; PRZYBYLSKI et al., 1996; RABEH; CALIRI, 2010).

Radosavljevic et al. (2014) avaliaram o nível de independência funcional por meio da MIF motora, em três momentos (admissão, alta e 30 dias após a alta) em indivíduos maiores de 65 anos com fratura de fêmur inseridos em um programa de reabilitação. Eles observaram o aumento das pontuações do domínio motor da MIF

ao longo dos três períodos avaliados, principalmente em dois grupos etários: de 65-74 anos e 75-84 anos.

Tais achados sugerem que programas de reabilitação devem ser indicados por um período após a alta, para aumentar e preservar a capacidade funcional motora em indivíduos com fratura de fêmur.

Diferentemente no presente estudo, ao compararmos as pontuações do domínio motor da MIF em relação à realização ou não de fisioterapia, verifica-se que aqueles que fazem fisioterapia apresentaram uma média menor (37,7) do que aqueles que não fazem fisioterapia (59,5). Já em relação àqueles que nunca fizeram fisioterapia, a média do domínio motor da MIF foi maior (65,3) do que aqueles que fizeram fisioterapia (53,1).

Em relação ao tempo, foi possível observar, ao dividir este em três períodos (até seis meses completos, de seis meses a um ano completo e maior do que um ano) que as médias do domínio motor da MIF foram 40,4, 41,1 e 28,8, respectivamente.

O acesso ao serviço de fisioterapia, bem como o início precoce, a duração, a frequência e a intensidade do tratamento são variáveis que interferem na independência funcional do indivíduo. Além disso, a situação de saúde pré-doença, a severidade desta, a singularidade do plano de cuidado e a participação do indivíduo no tratamento também impacta no nível de desempenho funcional (ARIZON et al., 2010; LENZE et al., 2004; PEIRIS; SHIELDS; NICHOLAS, 2013).

Crocker et al. (2013) ao realizarem uma revisão sistemática sobre o efeito da reabilitação física em idosos que necessitam de cuidados domiciliares ou residem permanentemente no hospital, observaram, nos trabalhos que incluíram a MIF, o aumento nos valores dessa escala, além de melhores desempenhos na realização das AVD.

Apesar disso, eles sugerem outras investigações para esclarecer a relação custo benefício, quais intervenções são mais adequadas e por quanto tempo a melhora física obtida permanece.

A literatura revela recomendações acerca da influência de algumas variáveis no aumento do valores das médias do domínio motor da MIF em indivíduos em processo de reabilitação e em doenças específicas, como por exemplo, AVE, fratura de fêmur e lesão raquimedular (JONES; MILLER; PETRELLA, 2002;

RADOSAVLJEVIC et al., 2014; TEETER et al., 2012; VEERBEEK; WEGEN; KWAKKEL, 2014).

O fato do presente estudo contemplar informações de indivíduos que nunca fizeram fisioterapia ou que, se fizeram, estavam em fases distintas no processo de tratamento, além de apresentarem diagnósticos e severidade diferentes, pode ter gerado os referidos achados que não condizem com a literatura.

Além dos benefícios relacionados à humanização da atenção, à gestão dos leitos hospitalares e a redução da demanda dos serviços de urgência e emergência, a implantação de serviços de AD proporciona o aumento do acesso aos serviços de saúde para os indivíduos que apresentam dificuldades de deslocamento, que pode ocorrer devido à existência de barreiras geográficas, fragilidade no apoio logístico e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção (BRASIL, 2012a, 2014; SILVA; SANTOS; BONILHA, 2014).

Em relação a esse último aspecto, apesar do Caderno de Atenção Domiciliar destacar as perdas funcionais e a dependência para a realização das AVD como um dos critérios para a inclusão e para o desligamento nas modalidades AD1/AD2 e AD3, não há estabelecido um instrumento para aferir tal limitação no desempenho funcional. Cada SAD deve eleger e adotar escalas de acordo com o contexto do seu serviço (BRASIL, 2012a).

No presente estudo, na dimensão locomoção, 29,3% e 17,2% dos participantes apresentaram independência modificada/completa, respectivamente, nas categorias marcha/cadeira de rodas e escadas, isto é, esses indivíduos não precisam de ajuda para locomoção.

O presente estudo não verificou todos os outros critérios clínicos, socioeconômicos e ambientais que também interferem na inclusão ou desligamento da AD. Dessa forma, não é possível afirmar que os participantes do estudo poderiam ser classificados em AD1 ou até mesmo desligados do programa de AD, considerando a possibilidade e capacidade suficiente de se locomover até um outro serviço de saúde.

Apesar disso, independência completa/modificada na categoria locomoção pode interferir nos critérios de migração entre as modalidades de AD bem como repercutir em diferentes arranjos de fluxos assistencial e de regulação.

Observa-se, portanto, a importância da adoção e utilização de instrumentos validados que aferem detalhadamente a incapacidade funcional nos protocolos do SAD, não apenas para subsidiar a definição de qual modalidade de AD o indivíduo deve ser classificado, mas também para nortear o processo de trabalho da equipe.

5.10 Caracterização do domínio motor da MIF, segundo diagnóstico, idade e sexo

Em relação aos indivíduos que apresentaram as médias do domínio motor da MIF acima do quarto quartil, 50% possuem o diagnóstico de DPOC. As idades variam entre 49 e 85 anos, 85,7% pertencem ao distrito sul, 85,7% são classificados na modalidade AD2, sendo que 57,1% é do sexo masculino.

A variação dos valores do domínio motor da MIF observada foi de 78 a 91 com a média de 82 ($\pm 5,1$). As categorias com a maior média, 6,57 ($\pm 0,49$), foram: alimentação, higiene pessoal, vestir acima da cintura, uso do vaso sanitário, transferência leito-cadeira/cadeira de rodas e transferência vaso sanitário.

A categoria com a menor média foi escadas, 5,0 ($\pm 1,9$). Em relação à distribuição da dependência funcional nas categorias do domínio motor da MIF, verificou-se que a maioria dos participantes concentra-se nos níveis seis e sete, isto é, são classificados em independência modificada e independência completa.

Resultados semelhantes também foram encontrados por Ferreira (2010) no seu estudo sobre a caracterização de 84 idosos com DPOC atendidos em um ambulatório de um hospital. Na dimensão autocuidado, destacaram-se no nível de independência completa 66 (78,6%) e 63 (75,0%) dos idosos nas categorias alimentação e uso do vaso sanitário, respectivamente; na dimensão controle de esfíncteres, atingiram o nível de independência completa 78 (93,0%) e 74 (88,1%) nas categorias controle de urina e de fezes, respectivamente, e, na dimensão locomoção, 46 (54,8%) e 27 (32,1%) se enquadraram no nível de independência modificada nas categorias marcha/cadeira de rodas e escadas, respectivamente.

A fisioterapia respiratória e a oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) são tratamentos não farmacológicos que possibilitam a melhor funcionalidade de indivíduos com DPOC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2002).

O II Consenso Brasileiro de DPOC e o Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2006) preconizam a reabilitação pulmonar com a atuação de uma equipe multiprofissional como tratamento, visando reduzir os sintomas e a intolerância ao exercício (GOLD, 2008; JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008). Há vários trabalhos que evidenciam a diminuição da dispnéia e o aumento da capacidade para o exercício em indivíduos com DPOC (PASQUAL et al., 2009; PRYOR; WEBBER, 2002; ZANCHET; VIEGAS; LIMA, 2005).

No presente estudo, ao perguntar para os indivíduos com DPOC se eles fazem ou não fisioterapia, apenas 1 respondeu que realiza reabilitação pulmonar há um mês, 2 vezes na semana em um serviço do SUS.

Dentre os 6 indivíduos que não faziam fisioterapia no momento da pergunta, 3 já realizaram tal tratamento por 2 meses até 1 ano, com a frequência de 2 a 3 vezes por semana nos serviços do SUS e afirmaram que obtiveram melhora significativa para realizar as AVD, após a reabilitação. Em relação aos 3 indivíduos que nunca fizeram fisioterapia, os mesmos alegaram o desconhecimento da indicação do tratamento e relataram que “ninguém solicitou” o mesmo.

Quanto à ODP, todos os indivíduos utilizam um cilindro ou concentrador de oxigênio, sendo estes obtidos por meio do SUS. Há um acompanhamento rotineiro da equipe EMAD, principalmente de um médico pneumologista. Além disso, verificou-se a utilização de critérios científicos para a inclusão ou não do uso de ODP, fluxos e diretrizes estabelecidos e monitoramento dos casos, por parte da equipe, além de um guia para o usuário e seus familiares com ações educativas, como por exemplo, a abordagem de aspectos acerca da segurança bem como do manejo dos equipamentos no ambiente domiciliar (RIBEIRÃO PRETO, 2007b).

Embora a presente investigação não tenha considerado a classificação dos graus da DPOC (GOLD, 2008), variável que pode influenciar as limitações para o desempenho das AVD (FERREIRA, 2010; HAJIRO et al., 1999; VELLOSO; JARDIM, 2003), o bom desempenho revelado pelo domínio motor da MIF pode estar relacionado com uso de ODP em 100% dos participantes, com a adequada gestão do cuidado proporcionado pela EMAD, além da presença do tratamento de fisioterapia realizado em algum momento pelos indivíduos.

É importante ressaltar que em 2013, um segundo fisioterapeuta, além do profissional da EMAD, foi inserido para acompanhar os pacientes em ODP. Outro fator observado, durante a presente investigação, foi as adaptações estruturais domiciliares desenvolvidas para realizar as AVD.

Dentre os indivíduos que apresentaram as pontuações do domínio motor da MIF abaixo do primeiro quartil, 6 (54,6%) tem o diagnóstico de AVE. As idades deles variam entre 63 e 87 anos, 66,6% pertencem ao distrito sul, 100% são classificados na modalidade AD2, sendo que 66,6% é do sexo feminino.

A variação do domínio motor da MIF foi de 13 a 19 com a média de 14,3 ($\pm 2,2$). A categoria com a maior média foi alimentação 1,6 ($\pm 1,4$). Este achado também se apresenta em outros estudos, tais como os de Riberto et al. (2007) e Viana et al. (2008). E pode ser justificado pelo fato da nutrição ser essencial para a sobrevivência (RIBERTO et al., 2007).

A menor média, 1,0 (0), foi encontrada nas seguintes categorias: banho, vestir abaixo da cintura, uso do vaso sanitário, controle da urina e das fezes, transferência leito-cadeira/cadeira de rodas, transferência vaso sanitário e transferência chuveiro/banheira, marcha/cadeira de rodas e escadas. Ademais, quanto à distribuição da dependência funcional nas categorias do domínio motor da MIF, verificou-se que a maioria dos participantes concentra-se no nível um, isto é, são classificados em dependência total.

Encontram-se trabalhos que apresentam as categorias marcha/cadeira de rodas e escadas como a menor média do domínio motor da MIF em indivíduos com AVE (BENVEGNU, et al, 2008; RIBERTO et al., 2001; VIANA et al., 2008). Esses achados ocorrem devido aos hemiplégicos apresentarem maior dificuldade para realizar as atividades que envolvem a dimensão locomoção (BENVEGNU et al., 2008), pois, após o AVE, há uma alteração na velocidade e mobilidade do pé bem como respostas musculares reduzidas e atrasadas (WEERDESTeyN et al., 2008).

Segundo alguns autores, a etiologia da doença, o hemicorpo acometido, a extensão da lesão, o estado neurológico, o tempo de sequela e o tempo de diagnóstico e início de fisioterapia podem influenciar o comprometimento funcional em AVE (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011; GRANGER; HAMILTON; FIEDLER, 1992; MONTEIRO et al., 2013; NUNES; PEREIRA; SILVA, 2005; SILVA et al., 2011; YAVUZER et al., 2001).

Todas essas variáveis não foram verificadas, exceto quanto à realização de fisioterapia. Entre os 6 indivíduos, 50% realizavam fisioterapia no SUS no momento da entrevista por 17 meses a 2 anos, enquanto que os outros, já realizaram fisioterapia em algum momento, por 4 meses há 1 ano. Além disso, todos os cuidadores receberam orientações, sendo estas 100% de forma verbal e prática referente ao aspecto motor.

A literatura afirma que o início precoce de fisioterapia em indivíduos pós-AVE é fundamental para a recuperação da incapacidade funcional. Se houver demora em iniciar o tratamento ou se este não acontecer o desempenho físico e, conseqüentemente, a funcionalidade serão impactados negativamente (BOCCHI; ANGELO, 2005; RIBERTO et al., 2007).

Benvegna et al. (2008) ao avaliar a evolução da capacidade de independência funcional em indivíduo após-AVE submetidos ao tratamento de fisioterapia na fase hospitalar (fase aguda) e ambulatorial (fase crônica), encontraram um aumento estatisticamente significativo nas categorias da MIF apenas no primeiro caso.

Fernandes et al. (2014) ao avaliar a incapacidade funcional de indivíduos na fase crônica após-AVE e verificar a sua relação com o tratamento fisioterapêutico, não encontraram um aumento estatisticamente significativo nas pontuações da MIF para os indivíduos que faziam fisioterapia.

A literatura aponta as comorbidades, a renda família e o nível de escolaridade como fatores associados à incapacidade funcional e determinantes no grau de dependência do idoso (COTTA et al., 2009; ROSA et al., 2003; THUMÉ et al., 2010; URSINE; CORDEIRO; MORAES, 2011).

Maus hábitos alimentares, história de internação hospitalar, situação conjugal, quantidade de uso de medicamentos, doenças crônicas, além do isolamento social e solidão também influenciam negativamente na autonomia dos idosos (ARAÚJO; BACHION, 2005; NOGUEIRA et al., 2010; TORRES et al., 2010a). Entre os fatores protetores, encontram-se a atividade física e a ocupação (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; FIEDLER; PERES, 2008; SILVA et al., 2010).

Diferentemente dos estudos de Bennemann (2002), Cruz (2004), Diogo e Cruz (2009), Ferreira et al. (2011), Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), Monteiro (2007) e Nunes et al. (2009), o presente estudo não encontrou diferença significativa entre o grau de comprometimento funcional o avanço da idade.

Tal achado corrobora com o estudo de Guedes e Silveira (2004) que ao avaliarem funcionalmente os idosos institucionalizados nos asilos da cidade de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul também não verificaram a relação entre a idade e o nível de independência funcional.

Crocker et al. (2013) verificaram, nos estudos que utilizaram a MIF, que a reabilitação física leva a uma melhor independência funcional em idosos até 85 anos do que naqueles maiores dessa idade.

Quanto à relação entre o sexo e a incapacidade funcional, não houve uma diferença significativa no presente estudo. Achados semelhantes foram encontrados na literatura (AMARAL, 2010; MONTEIRO, 2007). Crocker et al. (2013) em uma revisão sistemática da literatura sobre o efeito da reabilitação física em idosos não encontraram diferenças nos valores da MIF segundo sexo.

Esses achados contrariam os trabalhos desenvolvidos por Micanto e Freitas (2007) que observaram em idosos institucionalizados na cidade de Caxias do Sul (RS) níveis inferiores de capacidade funcional das mulheres em relação aos homens e de Melzer et al. (1999), os quais afirmam que em pesquisas acerca da prevalência da incapacidade funcional, a taxa desta é maior nas mulheres. Outros trabalhos também encontraram achados semelhantes à esses dois últimos estudos (ROSA et al., 2003).

O presente estudo apresenta alguns vieses, como por exemplo, os de memória e informação. É possível que ambos tenham ocorrido no momento da aplicação do formulário, principalmente quando os participantes foram questionados acerca do acesso à atenção domiciliar e da realização de fisioterapia.

Nestas partes do instrumento, há perguntas que se referem a situações do passado, fato que requer uma adequada memória dos participantes para respondê-las. Além disso, observou-se que eles apresentavam lacunas de conhecimento quanto à organização, disposição e denominação dos serviços e profissionais de saúde.

Por exemplo, havia desentendimentos se determinado profissional de saúde que realizava a atenção domiciliar era da ESF ou da EMAD. Para minimizar esse viés, durante as entrevistas, algumas questões foram investigadas com mais detalhamento.

Outra importante limitação do estudo é o fato de não ter sido aplicado um instrumento para avaliar a cognição dos participantes. Conforme identificado, para uma significativa quantidade dos idosos assistidos pela EMAD e, até mesmo dos idosos cuidadores, a presença de déficits cognitivos podem ter influenciado os resultados.

No que tange à avaliação da incapacidade funcional, 55,2% das entrevistas foram respondidas pelos cuidadores. Apesar de a literatura afirmar que há uma boa concordância nas pontuações da MIF, quando comparadas às medidas obtidas pelo profissional (forma direta) e pelo cuidador (forma indireta), os resultados são passíveis de sofrerem influência por aspectos subjetivos e por padrões de dependência do cuidado (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

6 Considerações Finais

O programa de atenção domiciliar no âmbito do SUS avança na promoção da universalidade do acesso, bem como, na equidade e integralidade do cuidado, por meio da inserção e da valorização de diferentes tecnologias em saúde e através de arranjos organizacionais inovadores coerentes com o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro.

A partir da metodologia proposta, os objetivos do presente estudo foram atingidos. A caracterização dos participantes assistidos pela EMAD é importante, pois instrumentaliza o serviço para o planejamento e a operacionalização de ações individuais e coletivas condizentes com as necessidades dos usuários e com o preconizado pelas Políticas Públicas de Saúde.

Apesar dos resultados obtidos não poderem ser generalizados por se tratar de uma população específica, este estudo possibilitou uma série de reflexões acerca dos desafios para se efetivar a AD.

Considerando as diretrizes do Programa Melhor em Casa, observou-se a necessidade de se ter registrado no prontuário um instrumento específico para nortear a classificação e as possíveis migrações entre as diferentes modalidades de AD. Além disso, informações acerca da atenção ao cuidador, como por exemplo, de quais atividades coletivas ele já participou, quais temas foram abordados, entre outros aspectos, também precisam ser registrados.

Ficou evidente a importância de se potencializar a integração e a comunicação do serviço de atenção domiciliar com os outros pontos da rede de atenção.

Quanto à incapacidade funcional dos participantes e o perfil dos mesmos, os resultados apontam para a importância da avaliação do fisioterapeuta em todos os indivíduos cadastrados na EMAD, para a utilização de um instrumento que avalie a capacidade funcional e para a necessidade da prática desse profissional estar em consonância com os princípios e as diretrizes do programa.

Espera-se que novos estudos sejam desenvolvidos nessa temática, visando o fortalecimento e a expansão da AD no SUS.

Referências

ACIOLE, G. G.; BATISTA, L. H. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 10-9, 2013.

AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAES, E. P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 11-7, 2010.

ALENCAR, V. A. **Contribuições da internação domiciliar para promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

ALENCAR, M. C. B.; HENEMANN, L.; ROTHENBUHLER, R. A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar. **Fisioterapia em Movimento**, v. 21, n. 1, p. 11-20, 2008.

ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, C. C.; RAMOS, L. R. Fatores associados a qualidade de vida de idosos com osteoartrite de joelho. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, p. 326-32, 2008.

ALI, S. Y. **Atenção domiciliaria**: proposta de reorganização dos serviços de saúde a partir da atenção primária na regional de Ceilândia. 2013. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

ALMEIDA, S. M. **A formação do fisioterapeuta sob a perspectiva da integralidade**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

ALVARENGA, M. R. M. **Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde, e da rede de suporte social do idoso atendido na atenção básica**. 2008. 236 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-30, 2007.

ALVES, L. C.; LEITE, J. D. A C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-207, 2008.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 1-11, 2010.

ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress countries. **The Lancet**, v. 376, p. 1861-8, 2010. Disponível em:

<[http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol376no9755/PIIS0140-6736\(10\)X6158-X](http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol376no9755/PIIS0140-6736(10)X6158-X)>. Acesso em: 1 abr. 2013.

AMARAL, J. G. **Medida de independência funcional de idosos portadores de doença crônica**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Guarulhos, São Paulo, 2010.

AMARAL, N. N. et al. Assistência domiciliar á saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 111-7, 2001.

ANSAI, J. H. et al. Evolução de desempenho físico e força de preensão palmar em idosos assistidos por um programa de assistência domiciliar interdisciplinar em um ano. **Fisioterapia Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 197-202, 2013.

ANTUNES, F. P. et al. Desigualdades sociais na distribuição espacial das hospitalizações por doenças respiratórias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1346-56, 2013.

APPLEGATE, W. B.; BLASS, B. P.; WILLIAMS, T. F. Instruments for the functional assessment of older patients. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 322, p. 1207-14, 1990.

ARAÚJO, J. S. et al. A obrigação de (des) cuidar: representação social sobre o cuidado à sequelados de Acidente Vascular Cerebral por seus cuidadores. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 98-105, 2012.

ARAÚJO, L.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Famílias cuidadoras de idosos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 452-8, 2011.

ARAÚJO, L. A. O.; BACHION, M. M. Nursing diagnoses of the pattern of mobility in the elderly attended by the Family Health Program. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 53-61, 2005.

ARAÚJO, T. L. et al. O. Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1147-53, 2013.

ARIZON, Z. et al. Gender differences influence the outcome of geriatric rehabilitation following hip fracture. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 50, p. 86-91, 2010.

ASHWORTH, N. L. et al. Home versus center based physical activity programs in older adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 1, p. CD004017, 2005.

BAPTISTA, B. O. et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 521-30, 2012.

BAPTISTA, D. B. D. A. **Idosos no município de São Paulo**: expectativa de vida ativa e perfis multidimensionais de incapacidade a partir da SABE. 2003. Dissertação (Mestrado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

BARBETTA, C. D.; ASSIS, R. M. Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de medida de independência funcional (MIF) na lesão medular: revisão de literatura. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 176-81, set. 2008.

BARDAGE, C.; ISACSON, D. G. Hipertension and health-related quality of life. An epidemiological study in Sweden. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 54, p. 172-81, 2001.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-30, 2010.

BARROS, L. N. **Atenção Domiciliar na regional de saúde de Sobradinho/DF**: perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análises de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito no período de 2003 a 2010. 2012. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília DF, 2012.

BARROS, M. B. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-68, 2011.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1957-68, 2009.

BEATTIE, P. et al. Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy. **Physical Therapy**, v. 85, n. 10, p. 1046-52, 2005.

BENNEMANN, R. M. **Avaliação do estado nutricional de idoso com e sem distúrbios cognitivos, residentes em instituição geriátrica do município de Bragança Paulista, SP**. São Paulo, 2002.

BENVEGNU, A. B. et al. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequela de acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Ciência e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 71-7, 2008.

BISCIONE, F. M. et al. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, s73-80, 2013. Suplemento 1.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1627-36, 2010.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidado familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 729-38, 2005.

BOHUSCH, G. **Caracterização dos usuários do programa de atendimento domiciliar aos acamados do centro de saúde IAPI/Porto Alegre**. 2012. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Escola de Enfermagem, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BORGES, J. B. C. et al. Avaliação da intensidade da dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 393-402, out. 2006.

BONARDI, G.; SOUZA, V. B. A.; MORAES, J. F. D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-44, 2007.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia básica**. São Paulo, Ed. Santos, 2010.

BOURDIN, G. et al. The feasibility of early physical activity in intensive care unit patients: a prospective observational study. **Respiratory Care**, v. 55, n. 4, p. 400-7, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Dispõe sobre os requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 mar. 1998. Seção 1, n. 58, p. 106.

_____. Lei nº 10424/GM, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulos VI e artigo 19-I à lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Estabelece no âmbito do sistema único de saúde, o atendimento e a internação domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 1 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/GM nº 249, de 16 de abril de 2002. Estabelece a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002b. n. 72. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas/portaria>. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Consulta Pública nº 81, de 14 de outubro de 2003. Aprovou o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de assistência domiciliar nas modalidades de atendimento e internação domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, out. 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 1 abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 520, de 25 de março de 2004. Institui grupo de trabalhos por representantes dos órgãos abaixo relacionados, para elaborar proposta de Política de Atenção Domiciliar, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da**

União, Brasília, DF, mar. 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/0/1/110-avaliacao_atencao_basica_e_saude.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 11, de 30 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jan. 2006a. Seção 1. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 629, de 25 de agosto de 2006. Descentraliza para os gestores Estaduais/Municipais de saúde, o registro das habilitações no SCNES, para os estabelecimentos aptos a realizarem procedimentos referentes aos cuidados prolongados, Internação Domiciliar, planejamento familiar/esterilização, cuidados intermediários neonatal, e de cirurgia por videolaparoscopia, após as devidas deliberações na instância da Comissão Intergestores Bipartite. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ago. 2006b. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2529/GM, de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006c. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em: 1 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.818, de 08 de novembro de 2006. Restabelece na tabela do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), o grupo de código 85.100 12-9 Internação Domiciliar e seus respectivos procedimentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006d. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, DF, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 29 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022**. Brasília, DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Define a atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, 25 ago. 2011b. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 out. 2011c. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a política nacional da atenção básica, estabelecendo revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para Estratégia Saúde da Família (EACS) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, DF, 2011e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 21 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2012a. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefini a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 14 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo melhor em casa**. Brasília, DF, 2013b. v. 1, 19 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2013c. v. 2.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013d. Seção 1, n. 116, p. 37. Disponível em:

<http://siabi.trt4.jus.br/biblioteca/direito/legislacao/atos/federais/prt_ms_2013_1208.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Competência: jul. 2013e. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 15 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Atenção Domiciliar já está presente em 135 municípios**. 2013f. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/programa-de-atencao-domiciliar-ja-esta-presente-em-135-municipios?fb_action_ids=540616842698791&fb_action_types=og.likes&fb_source=other_multiline&action_object_map=%7B%22540616842698791%22%3A263346563819764%7D&action_type_map=%7B%22540616842698791%22%3A%22og.likes%22%7D&action_ref_map=%5B%5D%7D> Acesso em: 5 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de apoio à gestão estratégica (SAGE)**. 2014. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em: 8 abr. 2014.

BUSATO JUNIOR, W. F. S.; MENDES, F. M. Incontinência urinária em idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. **ACM Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 49-54, 2007.

CAMARGOS, M. C. S. **Estimativa de expectativa de vida livre de e com incapacidade funcional**: uma aplicação do método Sullivan para idosos paulistanos. 2000. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-29, 2013.

CASSIS, S. V. A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 6, p. 497-501, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n6/a15v53n6.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2014.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/812/929>>. Acesso em: 15 mar. 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CESAR, C. L. G.; PASCHOAL, S. M. P. Uso dos serviços de saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **Saúde bem estar e envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo- uma abordagem inicial**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 227-37.

CHAYAMITI, E. M. P. C. **Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em assistência domiciliar em um distrito de saúde de Ribeirão Preto**. 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHAYAMITI, E. M. P. C. et al. Dificuldades para o uso de inovações: assistências às pessoas com feridas crônicas nas unidades de saúde de Ribeirão Preto. **Revista Estima**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 22-8, jul.- set. 2007.

_____. Protocolo para acesso ao serviço de atenção domiciliar. In: SANTOS, J. S. et al. **Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CLINI, E. M. et al. Functional recovery following physical training in tracheotomized and cronicallly ventilated patients. **Respiratory Care**, v. 56, n. 3, p. 306-13, 2011.

COELHO, P. M. et al. Comparação da capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v. 10, n. 1, p. 49-56, 2011.

COOK, A. M.; HUSSEY, S. M. **Assistive technologies: principles and practices**. St, Louis: Mosby – Year Book, 1995.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Elder's community capacity to develop daily life activities and daily instrumental life activities. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35-43, 2006.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A. S.; ROCHA, V. M. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1341-48, 2011. Suplemento 1.

COTTA, R. M. M. et al. Social sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics users of the Family Health Program in the city of Teixeira, Minas Gerais State. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1251-60, 2009.

COUTINHO, L. A. C. R. et al. Alterações nas atividades de vida diária no idoso ativo segundo o protocolo de Medida de Independência Funcional. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**, v. 4, n. 6, p. 9-18, 2012. Suplemento.

CROCKER, T. et al. Physical rehabilitation for older people in long-term care. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 2, p. CD004294, 2013.

CRUZ, K. C. T. **Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico com idade maior ou igual a 55**

anos. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. D. Avaliação da capacidade de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 666-72, fev. 2009.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. Home visits within the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF): the challenges of moving into the territory. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan./mar. 2013.

CURZEL, J.; FORGIARINI JUNIOR, L. A.; RIEDER, M. M. Avaliação da independência funcional após alta da unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 2, p. 93-8, 2013.

DAL BEN, L. W.; GAIDIZNSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 100-8, 2006.

DANTAS, C. M. et al. Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 24, n. 2, p. 173-8, 2012.

DANTAS, C. M. H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 914-20, 2013.

DANTAS, E. H. M. **Flexibilidade alongamento e flexionamento**. 4. ed. Rio de Janeiro: Shape, 1999. p. 47-53.

DAVID, M. L. O. et al. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 120-9, 2013.

DEL DUCA, G. F.; MARTINEZ, A. D.; BASTOS, G. A. N. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1159-65, 2012.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLA, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

DEL DUCA, G. F.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 113-20, 2011.

DIAS, C. F. **O sistema de referência e contrarreferência na estratégia de saúde da família no município de Bauru**: perspectiva dos gestores. 2010. 258 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2010.

DIAS, E. G. et al. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 45-51, 2011.

DIOGO, M. J. D. E.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 97-102, 2005.

DIVISÃO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO. **Treinamento para utilização da MIF**. Compilação do material da UDS: guia para o sistema uniformizado de dados para reabilitação médica (versão 3.0). São Paulo, 1990.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DORNER, T. et al. The effect of structured strength and balance training on cognitive function in frail, cognitive impaired elderly long-term care residents. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 19, n. 5, p. 400-5, 2007.

DOUGLAS, C. R. Envelhecimento: características e fisiologia geral. In: DOUGLAS, C. R. **Tratado de fisiologia aplicada à fonoaudiologia**. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p. 731-57.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

DYER, P. The home health challenge: reducing acute care hospitalization. National effort aims to improve care, educate patients. **Journal of the Arkansas Medical Society**, v. 102, n. 4, p. 108-9, 2005.

ESPINEL-BERMUDEZ, M. C. et al. Impacto de un programa de atención domiciliar al enfermo crónico em ancianos: calidad de vida y reingreso hospitalarios. **Salud Pública de México**, México, v. 53, n. 1, p. 17-25, 2011.

EID, N. T.; KAIRALLA, M. C.; CAMPORA, F. Avaliação do grau de dependência para as atividades de vida diária de idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n. 1, p. 19-23, 2012.

EUZÉBIO, C. J. V.; RABINOVICH, E. P. Compreendendo o cuidado familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Temas em Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 63-79, 2006.

FABRICIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 721-6, 2004.

FARINATI, P. T. V. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, n. 1, p. 1-9, 1997.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do Distrito Sanitário - Projeto GERUS**. Brasília, DF: MS/FNS, 1995. p. 114-20.

FERNANDES, M. B. et al. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. **Fisioterapia e Movimento**, v. 25, n. 2, p. 333-41, 2014.

FERREIRA, F. N. et al. Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. **Revista Saúde Comunidade**, v. 1, n. 1, p. 35-43, 2005.

FERREIRA, T. C. R. et al. Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 9-20, 2011.

FERREIRA, V. C. **Independência funcional do idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica**. 2010. 163 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 3, p. 180-8, 2008.

FIALHO, A. V. M.; PAGLIUCA, L. M. F.; SOARES, E. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barmum. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 715-20, 2002.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-15, 2008.

FIGUEIREDO, N. V. F. **Tecnologias para assistência domiciliar na atenção básica**: em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da equipe de saúde da família. 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 986-94, 2004.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador família do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1175-80, 2008.

FRANÇA, E. E. et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 24, n. 1, p. 6-22, 2012.

FRANCHI, K. M. B.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M. B. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 18, p. 152-6, 2005.

FRANCO, T. B. et al. **Assistência domiciliar na saúde suplementar: revelando os processos de trabalho**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/implantacaoad/textos/ad_na_saude_suplementar_revelando_os_processos_de_trabalho.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2014.

FRATINI, J. R. G. **Avaliação de um programa de referência e contrareferência em saúde**. 2007. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

FREEDMAN, V. A.; MARTIN L. G. Contribution of chronic conditions to aggregate changes in old-age functioning. **American Journal of Public Health**, *Cidade*, v. 90, p. 1775-60, 2000.

FRÉZ, A. R.; NOBRE, M. I. R. S. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioterapia e Movimento**, v. 24, n. 3, p. 419-28, 2011.

GAÍVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A. Prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 697-704, 2011.

GALVÃO, C. R. et al. Análise de indicadores de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas: estratégia de redução de custos. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 427-37, 2011.

GARGANO, F. et al. Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 48, n. 2, p. 90-4, 2004.

GASPAR, J. C.; OLIVEIRA, M. A. C.; DUAYER, M. F. F. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 619-28, 2007.

GERBER, V.; ARAÚJO, J. C. O. **Efeitos do tratamento domiciliar de técnicas fisioterapêuticas convencionais e atuais em pacientes pediátricos que apresente quadro de hipersecreção**. Disponível em: <<http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/03a/vanessag/artigovanessagerber.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

GIACOMOZZI, C. M. **As práticas de cuidado domiciliar à saúde desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

GILL, T. M. et al. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 347, n. 14, p. 1068-74, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

GIOVÂNI, F. D. D.; THUMÉ, E.; HALLA, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 113-20, 2011.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). **Global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD**. 2008. Disponível em: <<http://www.goldcopd.org>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

_____. **Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/respiratory/copd/GOLD_WR_06.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2014.

GÓIS, A. L. B.; BERESFORD, H. A incidência da doença de Parkinson em idosos na assistência de condutas e comportamentos motores em domicílios do Rio de Janeiro. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 177-80, 2006.

GÓIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, n. 2, p. 49-61, 2006.

GOMES NETO, M.; CASTRO, M. F. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 18, n. 4, p. 234-7, 2012.

GONÇALVES, J. M.; ROSEIRO, M. N. V. Home care e fisioterapia: proposta de intervenção no paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **Reabilitar**, São Paulo, v. 6, n. 23, p. 51-8, 2004.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégia para o controle e desafio e para o sistema único de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2013.

GRABOWSKI, J. L.; BERTOLINE, S. M. M. G. Fisioterapia respiratória em fibrose cística: estudo de caso. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 3, n. 3, p. 251-6, 1999.

GRANGER, C. V.; HAMILTON, B. B.; FIEDLER, R. C. Discharge outcome after stroke rehabilitation. **Stroke**, v. 23, n. 7, p. 978-82, 1992.

GREVE, P. et al. Correlações entre mobilidade e independência funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 20, n. 4, p. 117-24, 2007.

GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GUEDES, J. M.; SILVEIRA, R. C. R. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo-RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 10, n. 21, p. 10-21, 2004.

GURALNIK, J. M.; FRIED, L. P.; SALIVE, M. E. Disability as a public health outcome in the aging population. **Annual Review of Public Health**, v. 17, p. 25-46, 1996.

HAJIRO, T. et al. A comparison of the level of dyspnea vs disease severity in indicating the health-related quality of life of patients with COPD. **Chest**, v. 116, n. 6, p. 1632-7, 1999.

HAYS, R D.; HAHN, H.; MARSHALL, G. Use of SF-36 and other health-related quality of life measures to assess persons with disabilities. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 83 p. 4-9, 2002. Supplement 12.

HEINEMANN, A. W. et al. Relationships between impairment and physical disability as measure by the Functional Independence Measure. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 74, p. 566-73, 1996.

HOSPITAL DA AERONÁUTICA DOS AFONSOS. **Protocolo de atendimento do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do Hospital da Aeronáutica dos Afonsos (HAAF)**. 2012. Disponível em: <www.haaf.aer.mil.br/sad.htm>. Acesso em: 2 fev. 2012.

HSIEH, R. L. et al. Changes in physical functional performance and quality of life in hemodialysis patients in Taiwan: a preliminary study. **Journal of Nephrology**, v. 23, n. 1, p. 41-8, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. 2014. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 mar. 2014.

INTERRAI. 2011. Disponível em: <<http://www.interrai.org>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

INTERRAI HOME CARE. **Instrumento de Avaliação em Assistência Domiciliar**: a ser validado no Brasil. 2014. Disponível em: <www.interrai.org>. Acesso em: 2 fev. 2014.

INZITARE, D.; BASILE, A. M. Activities of daily living and global functioning. **International Psychogeriatrics**, v. 15, p. 225-9, 2003. Supplement 1.

JARDIM, J.; OLIVEIRA, J.; NASCIMENTO, O. II Consenso Brasileiro de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, p. s1-s42, 2004.

JETTE, A. M. How measurement techniques influence estimates of disability in older populations. **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 7, p. 937-42, 1994.

JERES-ROIG, J.; SOUZA, D. L. B.; LIMA, K. C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 865-79, 2013.

JONES, G. R.; MILLER, T. A.; PETRELLA, R. J. Evaluation of rehabilitation outcomes in older patients with hip fractures. **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 11, p. 489-497, 2002.

KATTAINEN, A. et al. Impact of cardiovascular diseases on activity limitations and need for help among older persons. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 57, p. 82-8, 2004.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 188, n. 21, p. 914-9, 1963.

KEMPER, P. The use of formal and informal home care by the disable elderly. **Health Services Research**, v. 27, n. 4, p. 421-51, 1992.

KI, S. U. et al. Age-associated gait patterns and the role of lower extremity strength—results from the Baltimore Longitudinal Study of Aging. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 2, p. 474-9, 2012.

KIELING, R. I. **Janela de oportunidade demográfica**: um estudo sobre os impactos econômicos da transição demográfica no Brasil. 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 14, p. 237-45, 2005.

KNOW, S. et al. Disability measures in stroke: relationship among the Barthel index, the Functional Independence Measure, and the Modified Rankin Scale Stroke. **Stroke**, Baltimore, v. 35, n. 4, p. 918-23, 2004.

KWONG, P. W. et al. Urinary incontinence and quality of life among older community-dwelling Australian men: the CHAMP study. **Age Ageing**, v. 39, n. 3, p. 349-54, 2010.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio-ago. 2006.

LACERDA, S. M. et al. Qualidade de vida de idosos atendidos em Programa de Assistência Domiciliária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 329-42, 2011.

LAVINSKY, A. E.; VIEIRA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 41-5, 2004.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment o folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-86, 1969.

LAZOWSKI, D. A. et al. A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. **Journal of Gerontology**, v. 54, n. 12, p. M621-8, 1999.

LENZE, E. et al. The Pittsburgh rehabilitation participation scale: reliability and validity of a clinician-rated measure of participation in acute rehabilitation. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 85, n. 3, p. 380-4, 2004.

LEUNG, F. W.; SCHNELLE, J. F. Urinary and fecal incontinence in nursing home residents. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 37, n. 3, p. 697-707, 2008.

LIMA, A. A.; SPAGNUOLO, R. S.; PATRÍCIO, K. P. Revendo estudo sobre a assistência domiciliar ao idoso. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 343-51, abr./jun. 2013.

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

LIRIAL, R. L. et al. La rehabilitación y fisioterapia domiciliaria en las prótesis de rodilla. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 35, n. 1, p. 99-113, 2012.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOPES, B. L. et al. Independência funcional e os fatores que influenciam no âmbito de assistência domiciliária ao idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 285-300, 2007.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-7, 2008.

- LUI, M. H.; ROSS, F. M.; THOMPSON, D. R. Supporting family caregivers in stroke care: a review of the evidence for problem solving. **Stroke**, v. 36, n. 11, p. 2514-22, 2005.
- MACHADO, N. P.; NOGUEIRA, N. P. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 12, n. 5, p. 401-8, 2008.
- MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D.; NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1085-92, 2006.
- MAKITA, M.; NAKADAIRA, H.; YAMAMOTO, M. Randomized controlled trial to evaluate effectiveness of exercise therapy (Takizawa Program) for frail elderly. **Environmental Health and Preventive Medicine**, v. 11, p. 221-7, 2006.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.
- MANFRINI, G. C.; BOEHS, A. E. Entrevista com a família: uma estratégia para conhecer e para cuidar. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 1, p. 49-56, 2004.
- MAO, H. F. et al. Analysis and comparison of the psychometric properties of three balance measures for stroke patients. **Stroke**, v. 33, n. 4, p. 1022-7, 2002.
- MARCUCCI, R. M. et al. **Perfil dos usuários em assistência domiciliar no SUS**: coordenadoria regional sul da cidade de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2012.
- MARLIÈRE, G. L. L.; RIOS, I. J. A.; SGUIZZAERDI, A. Atendimento fonoaudiólogo em "Home Care". In: HERNANDEZ, A. M.; MARCHESAN, I. **Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar**. São Paulo: Revinter, 2001. p. 169-75.
- MAROLDI, M. A. C. et al. Internação domiciliar: caracterização de usuários e cuidados. **CuidArte Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 24-9, 2012.
- MARQUES, G. Q.; FREITAS, I. B. A. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 825-32, 2009.
- MARTELLI, D. R. B. et al. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 147-57, 2011.
- MARTINS, A. A. et al. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma cooperativa médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 125-35, 2009.

MARTINS, G. P. **Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba**: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção 2006. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 254-62, 2007.

MAUCHLE, V. P. V. **O programa de internação domiciliar do Estado da Bahia**: um estudo sobre sua avaliabilidade. Salvador. 90 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

MEDEIROS, P. A.; PIVETTA, H. M. F.; MAYER, M. S. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. **Trabalho e Educação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 407-26, 2012.

MELLO JÚNIOR, W. A. et al. Protocolo domiciliar para reabilitação do ligamento cruzado anterior. **Revista do Joelho**, 2003.

MELZER, D. M. C. et al. Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. **British Medical Journal**, v. 318, p. 1108-11, 1999.

MENDES, E. V. **As redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2013

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

MICANTO, P. C.; FREITAS, C. R. Qualidade de vida de idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul-RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 127-38, 2007.

MILLMAN, M. **Access to health care in America**. Washington, DC: National Academies Press, 1993.

MONTEIRO, C. R. **Independência funcional dos idosos vítimas de fraturas**: da hospitalização ao domicílio. 2007. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 719-24, 2010.

MONTEIRO, R. B. C. et al. Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após Acidente Vascular Encefálico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2017-27, 2013.

MOR, V. et al. Risk of functional decline among well elders. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 42, p. 895-904, 1989.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília, DF, Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 2012.

MOREIRA, M. L.; DUTILHNOVAES, H. M. Internações no Sistema de Serviços Hospitalares SUS e não SUS: Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 3, p. 411-22, 2011.

MOREIRA, R. P. et al. Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnóstico de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 425-430, 2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a02.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

MOREIRA, R. S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-75, 2005.

MORRIS, P. E. Moving our critically ill patients: mobility barriers and benefits. **Critical Care Clinics**, v. 23, n. 1, p. 1-20, 2007.

MORTARI, D. M. et al. Independência funcional de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. **Inspirar**, v. 1, n. 3, p. 39, 2009.

MURAKAMI, L.; SCATTOLIN, F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Medica Herediana**, v. 21, p. 18-26, 2010.

NAGI, S. Z. An epidemiology of disability among adults in the United States. **Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society**, v. 54, n. 4, p. 439-67, 1976.

NEEDHAM, D. M. Mobilizing patients I the intensive care unit: improving neuromuscular weakness and physical function. **JAMA: Journal of The American Medical Association**, Chicago, v. 300, n. 14, p. 1685-90, 2008.

NIEGOVAN, V. et al. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. **Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 10, p. M638-43, 2001.

NOGUEIRA, J. A. **Fisioterapia no contexto da assistência domiciliar terapêutica**: estudo de pacientes com AIDS. 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

NOGUEIRA, S. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 4, p. 322-9, 2010.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Formação: saberes e fazeres humanizados. **Boletim da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 109-18, 2006.

NUNES, M. C. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 3, n. 5, p. 376-82, 2009.

NUNES, S.; PEREIRA, C.; SILVA, M. G. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. **EssFisiOnline**, v. 1, n. 3, p. 3-20, 2005.

OASIS. 2011. Disponível em: <http://www.cms.gov/homeHealthQualityInits/12_HHQIOASISDataSet.asp>. Acesso em: 13 de abril de 2014.

OFFERMANS, M. P. et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systemic review. **Neurourology and Urodynamics**, v. 28, n. 4, p. 288-94, 2009.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Competências essenciais de programas de assistência domiciliar para pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 317-25, 2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a02.pdf>. Acesso e, 22 jan. 2014.

OLIVEIRA, B. C.; GARANHANI, M. L.; GARANHANI, M. R. Cuidador de pessoas com acidente vascular encefálico – necessidades, sentimentos e orientações recebidas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 43-9, 2011.

OLIVEIRA, S. G. et al. Dinâmica de organização dos cuidadores familiares do paciente terminal em internação domiciliar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 674-81, 2011.

OLLER, G. A. S. A. O. et al. Independência funcional em pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 8, 2012.

OTTENBACHER, K. J. et al. The reliability of the Functional Independence Measure: a quantitative review. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, n.77, p. 1226-32, 1996.

PAIXÃO, J. R. C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2005.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e**

gerontologia: fundamentos, clínica e terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-91, 2005.

PASQUAL, F. et al. Use of functional independence measure in rehabilitation of inpatients with respiratory failure. **Respiratory Medicine**, v. 103, p. 471-6, 2009.

PATERSON, D. H.; WARBURTON, D. E. R. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's physical activity guidelines. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 7, p. 38, 2010.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 5, p. 538-41, 2003.

PEIRIS, C. L.; SHIELDS, N.; TAYLOR, N. F. Additional Saturday rehabilitation improves functional independence and quality of life and reduces length of stay: a randomized controlled trial. **BMC Medicine**, v. 11, p. 262, 2013.

PELLETEIRO, A. A. et al. Perfil da capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos: um estudo de caso no PSF em Feira de Santana – BA. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 1-20, 2013.

PENCHANSKY, D. B.; THOMAS, J. W. The concept of access- definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, p. 127-40, 1981.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar - potência para a (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. 256 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-92, 2013.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Análise da validade de constructo do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 83-91, jan./fev. 2004.

PERRONI, G. G. G. **Capacidade funcional de indivíduos idosos portadores de doença de Alzheimer**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

PICCINI, R. X. et al. Necessidade de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-67, 2006.

PINTO, J. M. S.; NATIONS, M. K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no nordeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 521-30, 2012.

PIRES, M. R. G. M. et al. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648-56, 2013.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTES, A. L. M.; SILVA JÚNIOR, A. G.; PINHEIRO, R. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. p. 251-76.

PORTA, E. et al. Supported arm training in patients recently weaned from mechanical ventilation. **Chest**, v. 128, n. 4, p. 2511-20, 2005.

PORTAL HOME CARE. 2013. Disponível em: <<http://www.portalthomecare.com.br/home-care/historia-do-home-care>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

POZZA, A. M. et al. Conduta fisioterapêutica na esclerose lateral amiotrófica. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 124, n. 6, p. 350-4, 2006.

PRYOR, J. A.; WEBBER, B. A. **Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PRZYBYLSKI, B. R. et al. Outcomes of enhanced physical and occupational therapy service in a nursing home setting. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 77, p. 554-61, 1996.

RABEHL, S. A. N.; CALIRI, M. H. L. Capacidade funcional em indivíduos com lesão de medula espinhal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 321-7, 2010.

RADOSAVLJEVIC, N. et al. Evaluation on functional recovery by motor functional independence measure test in elderly after hip fracture in Serbia. **Acta Médica Portuguesa**, v. 27, n. 1, p. 88-91, 2014.

RAMOS, L. R.; SIMÕES, E. J.; ALBERT, M. S. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-years follow-up. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 49, p. 1168-75, 2001.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia geriátrica**. São Paulo: Manole, 2004. p. 37-247.

REIS, L. A. et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 3, p. 415-26, 2009.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de atendimento de fisioterapia**. Ribeirão Preto, 2007a.

_____. **Protocolo de atendimento em oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP)**. Ribeirão Preto, 2007b. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/sad/protocolo-odp.pdf>> Acesso em: 30 mar. 2014.

_____. **Manual do serviço de Assistência Domiciliar**. Ribeirão Preto, nov. 2007c. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/sad/manual-sad.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2013.

RIBEIRO, C. A. **Assistência domiciliar**: uma “nova” modalidade de atenção à saúde. Disponível em: <<http://www.unimeds.com.br/conteudo/MEo1.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 644-58, 2004.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M. et al. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-6, 2004.

_____. Independência funcional em pessoas com lesões encefálica adquiridas sob reabilitação ambulatorial. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 87-94, maio 2007.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-62, 2005.

RODRIGUES, L. S.; ALENCAR, A. M. P. G.; ROCHA, E. G. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 271-7, 2009.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 643-8, 2008.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DEMTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 493-500, 2006.

ROMANHOLI, R. M. Z.; CYRINO, E. G. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio de fazer. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 693-704, 2012.

ROMERO, D. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 777-94, 2002.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, p. 40-8, 2003.

RUBENSTEIN, L. Z. et al. Systematic biases in functional status assessment of elderly adults: effects of different data source. **Journal of Gerontology**, v. 39, p. 686-91, 1984.

SABA, V. **Home health Care Classification (HHCC) of nursing diagnoses and interventions**. Tradução de Heimar F. Marin. São Paulo: Centro de Informática em Enfermagem, 1991.

SANTINI, J.; BLESSMANN, E. L. Benefícios da atividade física na saúde do idoso. **Corpo em Movimento**, Canoas, v. 1, n. 1, p. 103-15, 2003.

SANTOS, E. A. et al. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus, residentes nas zonas rural e urbana. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 393-400, 2013.

SANTOS, S. O. et al. **Crêterios de elegibilidade e plano mnimo de acompanhamento integrado no servo de assistncia domiciliar do Campo Limpo**: relato de experincia. So Paulo: Secretaria de Sade, 2010.

SAVONITTI, B. H. R. A. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados**. 2000. 139 f. Dissertao (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de So Paulo, So Paulo, 2000.

SAVASSI, L. C. M. et al. Proposta de um protocolo de classificao de risco para atendimento domiciliar individual na ateno primria sade. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, n. 2, p. 151-7, 2012.

SCATTOLIN, F. A. A.; DIOGO, M. J. D.; COLOMBO, R. C. R. Correlao entre instrumentos de qualidade de vida relacionada sade e independncia funcional entre idosos com insuficincia cardaca. **Cadernos de Sade Pblica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2705-15, jul. 2007.

SCATTOLIN, F. A. A.; COLOMBO, R. C. R.; DIOGO, M. J. D. Preditores de independncia funcional em idosos portadores de insuficincia cardaca. **Acta Fisitrica**, So Paulo, v. 14, n. 4, p. 219-25, 2007.

SCHMIDT, M. I. et al. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, 2011. Disponvel em:

<[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/abstract)>. Acesso em: 1 abr. 2013.

SCHWEICKERT, W. D. et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. **Lancet**, London, v. 373, n. 9678, p. 1874-82, 2009.

SCHRAMM, J. M.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 897-908, 2004.

SEEL, R. T.; KREUTZER, J. S.; SANDER, A. M. Concordance of patients' and family members' rating of neurobehavioral functioning after traumatic brain injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.78, p.1254-1259, 1997.

SILVA, G. A. et al. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional – MIF. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 929-36, 2012.

SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-7, 2005.

SILVA, L. M. V. et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde – avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 72-84, 1995.

SILVA, L. W. S.; DURÃES, A. M.; AZOUBEL, R. Fisioterapia domiciliar: pesquisa sobre o estado da arte a partir do Niefam. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 495-501, 2011.

SILVA, M. A.; SANTOS, M. L. M.; BONILHA, L. A. S. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 75-86, 2014.

SILVA, R. A. et al. Evolução cognitiva e funcional após Acidente Vascular Encefálico: estudo de seguimento. **Brazilian Journal of Health**, v. 2, n. 2/3, p. 104-14, maio/dez. 2011.

SILVA, S. A. **Depressão e incapacidade funcional do idoso**: um estudo de base populacional. 2013. 151 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SILVA, S. L. B.; MUSSE, R. I. P.; NEMR, K. Assistência domiciliar na cidade de Salvador-BA: possibilidade de atuação fonoaudióloga em motricidade orofacial. **Revista CEFAC**, v. 11, n. 1, p. 94-101, 2009.

SILVA, T. O. et al. Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 392-8, 2010.

SILVEIRA, L. et al. Medida de independência funcional: um desafio para a enfermagem. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 70-83, jul./dez. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. I Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). **Jornal de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 26, n. 1, p. 1-50, 2002.

_____. **Temas em revisão-oxigenioterapia domiciliar prolongada**. 2008. Disponível em: <www.sbpt.org.br>. Acesso em: 30 mar. 2014.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. **Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice**. 2. ed. Lisboa: Ambar, 2006.

STINEMAN, M. G. et al. The Functional Independence Measure: test of scaling assumptions, structure and reability across 20 diverse impairment categories. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitaion**, v. 77, p. 1101-8, 1996.

STARLFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

SUH, G. H. et al. A longitudinal study of Alzheimer's disease: rates of cognitive and functional decline. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 19, n. 9, p. 817-24, 2004.

TALMELLI, L. F. S. et al. Functional Independence level and cognitive déficit in elderly individuals with Alzheimer's disease. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 933-9, 2010.

TAVALORI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O. O desenvolvimento do home health care no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, v. 9, n. 3, p. 15-8, 2000.

TAVARES, R. R. **Organização da atenção domiciliar ao portador de patologias crônicas**: análise de experiências de equipes de saúde da família do município de Aracaju. 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

TEETER, L. et al. Relationship of physical therapy inpatient rehabilitation interventions and patient characteristics to outcomes following spinal cord injury: the SCIR rehab project. **Journal of Spinal Cord Medicine**, v. 35, n. 6, p. 503-26, 2012.

TEIXEIRA, M. C. T. V. et al. Medida de independência funcional em adultos com paralisia cerebral: relação com habilidades cognitivas e perfil comportamental. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 162-7, jul. 2009.

THOBER, E.; CREUTZBER, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 4, p. 438-43, 2005.

THUMÉ, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1102-11, 2010.

_____. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 5, p. 868-74, 2011.

TORRE, I. S.; VERGEL, L. L. H. Ventaja del igreso em ell hogar como forma de atención ambulatoria. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 14, n. 5, p. 494-8, 1998.

TORRES, G. V. et al. Relação entre funcionalidade e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequitibá (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 19-30, 2010a.

_____. Avaliação da capacidade de realização das atividades cotidianas em idosos residentes em domicílio. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 466-75, 2010b.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-80, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-8, 2004. Suplemento 2.

TRELHA, C. S. et al. Capacidade funcional de idosos restritos ao domicílio, do conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Londrina/PR. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 37-46, 2005.

TURRA, C. M. Os limites do corpo: a longevidade em uma perspectiva demográfica. **Revista da UFMG**, Belo horizonte, v. 19, n. 1-2, p. 156-81, 2012.

UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S.; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 689-24, 2011.

URSINE, P. G. S.; CORDEIRO, H. A.; MORAES, C. L. Prevalence of housebound elderly people in the urban region of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2953-62, 2011.

VASS, M. et al. A feasible model for prevention of functional decline in older home dwelling people-the GP role. A municipality-randomized intervention trial. **Family Practice**, v. 26, n. 1, p. 56-64, 2009.

VEERBEEK, J. M.; WEGEN, E. V.; KWAKKEL, G. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. **Public Library of Science**, v. 9, n. 2, p. 879-87, 2014.

VELLOSO, M.; JARDIM, J. R. Metabolic and ventilatory parameters of four activities of daily living accomplished with arms in COPD patients. **Chest**, v. 123, n. 4, p. 1047-53, 2003.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. **Social Science & Medicine**, v. 38, n. 1, p. 1-14, 1994.

VIANA, F. P. et al. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequela de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família em Goiânia. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v. 11, n. 1, p. 1809-23, 2008.

VIDAL, T. B. **O acesso avançado e a sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VOGT, M. S. L. **Os princípios andragógicos no contexto do processo ensino-aprendizagem da fisioterapia**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

VOYTAS, J. The role of geriatricians and family practioner in the treatment of overative bladder and incontinence. **Reviews in Urology**, v. 4, p. S44-9, 2002. Supplement 4.

WEERDESTeyN, V. et al. Falls in individuals with stroke. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, v. 45, n. 8, p. 1195-214, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International classification of impairment, disabilities, and handicaps**: a manual classification relating the consequence of disease. Geneva, 1980. Disponível em <<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455478>>. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. **Toward a common language for function, disability and health**: ICF. Geneva, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. **The world health report**: shaping the future. Geneva, 2003.

_____. **Preventing chronic disease**: a vital investment. Geneva, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/>. Acesso em: 30 set. 2013.

_____. **Closing the gap in generation health equality through action on the social determinants of health**. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html>. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2013.

YAVUZER, G. et al. Rehabilitation of stroke patients: clinical profile and functional outcome. **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 80, n. 4, p. 250-255, 2001.

YUASO, D. R.; SGUIZZATTO, G. T. Fisioterapia em pacientes idosos. In: PAPALÉO-NETTO, M. (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 331-47.

ZANCHET, R. C.; VIEGAS, C. A. A.; LIMA, T. A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 31, n. 2, p. 118-24, 2005.

Anexos

ANEXO A – Certificado do treinamento

CERTIFICADO

Certificamos que **Guilherme Barbosa Shimocomaqui** concluiu o curso de “**Aplicação da Medida de Independência Funcional**”, ministrado pelo **Prof Dr. Marcelo Riberto**, nos dias 14 e 15 de junho de 2013, com carga horária total de 08 horas.

Este curso foi promovido pela Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto com apoio do Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia.

Ribeirão Preto, 15 de junho de 2013.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Diretor-Executivo da FIERP

Prof. Dr. Marcelo Riberto
Coordenador do Curso

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 23 de outubro de 2013

Ofício nº 3875/2013
CEP/MGV

PROCESSO HCRP nº 7276/2013

Prezados Pesquisadores,

O trabalho intitulado **“CARATERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS ASSISTIDOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD) DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - SP”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 376ª Reunião Ordinária realizada em 21/10/2013, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Terceira versão atualizada em 08 de outubro de 2013.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa. De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Atenciosamente.

DRª MÂRCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
GUILHERME BARBOSA SHIMOCOMAQUI
PROF. DR. AMAURY LELIS DAL FABBRO (Orientador)
Depto. de Medicina Social

ANEXO C – Autorização para o desenvolvimento da pesquisa no SAD **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 3027/13
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 16 de setembro de 2013.

Prezado Orientador,
Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro
Prezado pesquisador
Guilherme Barbosa Shimocomaqui

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro** e a Coordenadora do Programa de Serviço de Atenção Domiciliar – **Emília Maria P. C. Chayamiti**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS ASSISTIDOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD) DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde. Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 038643 6.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Serviço de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e a concordância da SMS-RP como instituição co-participante.

Cordialmente,

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Fernanda Cristina Padial
CRB-8/8168

APÊNDICE A – Carta de Apresentação

Pesquisa: Caracterização dos indivíduos assistidos pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do município de Ribeirão Preto-SP.

Meu nome é Guilherme Barbosa Shimocomaqui, sou fisioterapeuta mestrando da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, do Departamento de Medicina Social do Programa de Saúde na Comunidade.

Eu e o Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro realizamos uma pesquisa com pacientes assistidos pela EMAD. O objetivo da minha visita a seu domicílio é colher informações sobre sua saúde.

Caso você optar em participar de nossa pesquisa, você deverá responder um questionário. Suas informações são muito importantes e ao final da entrevista daremos algumas orientações que poderão auxiliar você e sua família.

Muito obrigado por sua participação e atenção.

Guilherme B. Shimocomaqui

Fisioterapeuta

Crefito 3 – 132907

APÊNDICE B – Termo de Consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto: Caracterização dos indivíduos assistidos pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do município de Ribeirão Preto-SP.

Pós-Graduando: Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Orientador: Prof. Dr. Amaury Lellis Del Fabro

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa que será desenvolvido no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Ribeirão Preto-SP.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA PESQUISA

As alterações no perfil de saúde da população brasileira, tais como a transição demográfica e o padrão de morbimortalidade geram um aumento das DCNT. Estas levam ao aumento de incapacidade funcional o que demanda por melhorias na qualidade da atenção e práticas inovadoras de cuidado em saúde. Uma modalidade de atenção à saúde que contribui para uma melhor resposta frente às necessidades da população e do SUS é a Atenção Domiciliar (AD).

Estudos que envolvem as questões da incapacidade funcional e AD são necessários, pois nessas áreas são escassos os trabalhos encontrados na literatura. As legislações que norteiam a AD no âmbito do SUS foram publicadas recentemente e estão em constante aprimoramento. O trabalho se justifica pela necessidade de levantar informações acerca das condições do cuidado em saúde dos indivíduos que precisam da AD, gerar e disseminar informações que subsidiem a tomada de decisões no processo de planejamento, gestão e educação em saúde, para com isso promover melhorias nas ações de saúde.

Baseado nas informações acima descritas, é que se justifica o presente projeto de pesquisa, cujo objetivo geral é caracterizar os indivíduos assistidos pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do município de Ribeirão Preto-SP.

Já os objetivos específicos são: descrever o perfil clínico e avaliar a capacidade funcional dos indivíduos assistidos pelo SAD da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP.

PESSOAS QUE PARTICIPARÃO DESSA PESQUISA

Participarão desse estudo, pessoas maiores de 18 anos de idade que são assistidos pela EMAD do município de Ribeirão Preto-SP.

PROCEDIMENTOS A QUE TODOS SERÃO SUBMETIDOS

Após a aceitação do paciente e do cuidador em participar do presente estudo, uma visita domiciliar será realizada com o objetivo de aplicar o formulário de entrevista e a avaliar a capacidade funcional.

O formulário de entrevista visa obter dados sobre o paciente e o cuidador e possui 5 (cinco) partes: identificação, diagnóstico, sequelas e complicações, acesso à atenção domiciliar e fisioterapia.

A avaliação da capacidade funcional será realizada por meio da escala de medida da incapacidade funcional (MIF) e visa obter informações acerca dos aspectos motores do paciente.

Ambos procedimentos serão realizados pelo pós-graduando, em um único dia, no próprio domicílio do paciente, e possuem duração de 20 minutos cada, totalizando 40 minutos.

BENEFÍCIOS ESPERADOS E RISCOS.

Todos os procedimentos submetidos aos voluntários do presente estudo não prejudicam a saúde.

Os principais benefícios esperados com essas avaliações são obter informações e dados sobre as condições do cuidado em saúde dos indivíduos assistidos pela EMAD do município de Ribeirão Preto-SP, para promover melhorias nas ações de saúde.

Embora há uma mínima possibilidade do estudo trazer risco, este pode ocorrer, como por exemplo, à possibilidade de violação de confidencialidade dos dados.

OUTRAS INFORMAÇÕES

- O(a) Sr(a) tem a garantia de receber qualquer informação adicional ou esclarecimentos que julgar necessário, a qualquer tempo do estudo.
- A sua recusa em participar ou desistir do estudo não lhe causará quaisquer tipos de prejuízos, presente ou futuro, no que diz respeito ao atendimento e/ou tratamento que o(a) Sr(a) necessite realizar.
- As informações obtidas através deste estudo serão estritamente confidenciais, estando garantidos o seu anonimato e privacidade na apresentação ou divulgação dos resultados.

Não haverá qualquer despesa financeira para o(a) Sr(a) para a realização do referido exame. Não haverá pagamento, bem como nenhuma outra forma de compensação equivalente aos voluntários pela participação na pesquisa;

Colocamo-nos à disposição dos voluntários para responder a qualquer pergunta ou esclarecer qualquer dúvida sobre o presente estudo. Considerando-se, que os responsáveis pelo estudo são o pós-graduando e fisioterapeuta Guilherme Barbosa Shimocomaqui e o médico Prof. Dr. Amaury Lellis Del Fabro, eles poderão ser encontrados no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP, através do telefone (16) 3602-2516.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“Caracterização dos indivíduos assistidos pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do município de Ribeirão Preto-SP”**.

Eu discuti com o Guilherme Barbosa Shimocomaqui sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim, quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados e os esclarecimentos necessários. Ficou também claro que minha participação é isenta de despesas, com relação às avaliações do estudo, e que não receberei nenhum auxílio financeiro ou pagamento pela minha participação.

Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, incluindo o meu atendimento nesse serviço.

Tendo lido, compreendido e estando suficientemente esclarecido sobre os propósitos a que fui convidado a participar; Eu, _____, RG: _____, concordo com o presente termo de consentimento pós-informação, datando e assinando abaixo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Prof. Dr. Amaury Lellis Del Fabro

APÊNDICE C – Formulário para entrevista com o paciente ou com o cuidador principal

Responsável pela aplicação:

Data:

Nº:

Entrevistado:

Modalidade de AD:

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO

CUIDADOR

- 1) Nome:
- 2) Sexo:
 - 2.1 masculino ()
 - 2.2 feminino ()
- 3) Data de nascimento:
- 4) Idade:

PACIENTE

- 1) Nome:
- 2) Sexo:
 - 2.1 masculino ()
 - 2.2 feminino ()
3. Data de nascimento:
4. Endereço:
5. Telefone:

PARTEII- DIAGNÓSTICO

1. Diagnóstico principal:

PARTE III - SEQUELAS E COMPLICAÇÕES

1. Quais sequelas e complicações o paciente apresenta?
() traqueostomia () sonda () feridas () amputações () oxigenioterapia
() CPAP/BIPAP () fralda () gastrostomia () outros:

PARTE IV - ACESSO ATENÇÃO DOMICILIAR

1. Como ocorreu o primeiro acesso ao SAD?

- () demanda espontânea do paciente/família () busca ativa do SAD () pelos serviços que compõe a rede de atenção à saúde: () outros
- 1.1 Se, pelos serviços que compõe a rede de atenção à saúde, qual foi?
2. Quais profissionais da EMAD o paciente recebeu ou recebe assistência?
() Auxiliar/técnico de enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta
3. O paciente necessita de equipamentos?
() Sim () Não
- 3.1. Se sim, qual(is)?
- 3.2. Como obteve? () SUS () Plano de saúde () Próprio () outros

PARTE V - FISIOTERAPIA

1. Faz fisioterapia: () sim () não
- 1.1 Se sim, quem solicitou o serviço de fisioterapia:
- 1.2. Onde faz fisioterapia: () SUS () plano de saúde () serviço particular () outros:
- a. Há quanto tempo (meses):
- b. Qual a frequência por semana (dias):
- 2 Se não, já fez fisioterapia: () sim () não
- 2.1 Se não fez, por que não?
- 2.2. Por quanto tempo (meses):
- 2.3. Qual frequência (por semana):
3. Quadro motor: () mesma situação () melhorou pouco () melhorou muito () curou
4. O cuidador recebeu do fisioterapeuta orientações sobre como cuidar ou auxiliar o paciente: () sim () não
- 4.1 Se sim, quais?
- 4.2 Esta(s) orientação foi: () escrita () verbal () prática () outros:
- 4.3 O cuidador realiza as orientações: () sim () não

APÊNDICE D – Domínio motor da Medida de Independência Funcional (MIF)

Nome:
Local da aplicação:

Data da aplicação:
Aplicador:

	FUNÇÕES MOTORAS	pontos
1. autocuidado	A comer	
	B aprontar-se	
	C banho	
	D vestir-parte superior	
	E vestir-parte inferior	
	F toalete	
2. controle dos esfíncteres	G controle da bexiga	
	H controle do intestino	
3. transferências	I cama, cadeira, cadeira de rodas	
	J vaso sanitário	
	K chuveiro, banheira	
4. locomoção	L deslocamento horizontal/marcha, c.rodas	
	M deslocamento vertical/escadas	