

Perfil clínico-demográfico dos pacientes inseridos em um programa de assistência domiciliária no município de São Paulo

Carina Corrêa Bastos

Naira Dutra Lemos

Andréia Nóbrega Mello

RESUMO: o objetivo do estudo é identificar as características clínicas e demográficas de pacientes inseridos no Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso (PADI) no período de março de 2003 a março de 2004. Foi realizado um estudo transversal descritivo, no qual se analisou o perfil clínico-demográfico de idosos através de questionário baseado no material de avaliação multiprofissional inicial do programa.

Palavras-chave: idoso; assistência domiciliária; perfil clínico-demográfico.

ABSTRACT: The objective of this paper is to identify clinical and demographic characteristics of patients assisted by Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso – PADI (Homecare Program for the Aged) from March 2003 to March 2004. The demographic clinical profile of the elderly was analysed through a cross-section and descriptive study in which a questionnaire based on the primary multi-professional evaluation of the program was used.

Keywords: aged person; homecare; demographic clinical profile.

Introdução

O envelhecimento populacional já pode ser considerado uma realidade mundial (Lemos, 2003). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), são considerados idosos, nos países em desenvolvimento,

os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. No Brasil, a lei nº 8.842/94, em seu artigo 2, inciso I, adota essa mesma faixa etária como início do processo de envelhecimento (Brasil, 1994).

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento deu-se lentamente, acompanhando uma situação de evolução econômica, de crescimento do nível de bem-estar e redução das desigualdades sociais (Moreira, 1998). Nos países em desenvolvimento, esse processo de envelhecimento ganhou maior importância com o crescimento acelerado da população idosa em relação à população em geral, fato que pôde ser atribuído às melhores condições sanitárias, à profilaxia de doenças, ao surgimento de novas drogas e ao planejamento familiar (Moragas, 1997).

No final da década de 1960, houve um rápido declínio da fecundidade no Brasil. A taxa de fecundidade total passou de 5,8 filhos, em 1970, para aproximadamente 2,3 filhos, por mulher, em 2000 (Carvalho e Garcia, 2003). O nível de fecundidade, em 2000, está bem próximo daquele de reposição, ou seja, que produz crescimento nulo da população a longo prazo. O nível de fecundidade de parte da população já está abaixo do nível de reposição, sendo que o nível médio do país deverá continuar a cair, havendo claras indicações de rápido declínio no Nordeste e em grupos mais pobres da população. Assim, a população brasileira entra em um sustentado processo de desestabilização de sua estrutura etária, com estreitamento continuado da base da pirâmide e, conseqüentemente, envelhecimento da população (Camarano, 1999; Wong, 2001). O Brasil está passando por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso. De 6,3% da população total, em 1980, as pessoas com 60 anos ou mais passarão a representar 14% em 2025 – em números absolutos, uma das maiores populações de idosos do mundo (Ramos et alii, 1993). Acredita-se que, em 2025, o Brasil deverá ocupar o sexto lugar no *ranking* mundial da população idosa. O último censo populacional (IBGE, 2000) revelou o número de 14.536.029 idosos, correspondendo a 8,56% da população total do país, e a cidade de São Paulo apresentou o número de 972.199 idosos, ou seja, 9,32% da população da cidade, a qual perfazia o total

de 10.434.252 habitantes. Uma conseqüência importante dessa transição demográfica é o envelhecimento da população economicamente ativa (PEA). Estudos sobre as perspectivas de crescimento de tal faixa da população no Brasil indicaram que o segmento que mais cresceu no período entre 1980 e 1990 foi o que abrangeu cidadãos entre 25 e 49 anos. Entre 2000 e 2020 será o segmento correspondente a pessoas acima de 50 anos, confirmando a tendência de envelhecimento da PEA (Barreto e Giatti, 2003)

O envelhecimento da população brasileira afeta diretamente a economia e o sistema de saúde (Berquó,1999). Dessa maneira, o aumento da população idosa vem constituindo mais um problema social a ser enfrentado, já que, no Brasil, não se dispõe de recursos suficientes, na área social ou de saúde, o que já favorecia outros países quando se depararam com a questão do envelhecimento populacional (Silvestre, 2002). O processo de envelhecimento é acompanhado por mudanças da morbi-mortalidade, com aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas, as quais ocasionam o acréscimo de pessoas incapacitadas e dependentes de cuidados de longa duração (processo de “transição epidemiológica”)(Albuquerque, 2002). A grande maioria dos idosos (85%) apresenta, pelo menos, uma doença crônica, enquanto que os outros 15%, pelo menos cinco. Essas pessoas recorrem a hospitais, ocupando leitos com internações prolongadas e reinternações, consumindo grande parte dos recursos da área da saúde. Dessa maneira, os programas de atendimento domiciliar aparecem como uma das alternativas para o enfrentamento da crise no setor da saúde (ibid.).

Assistência domiciliar é o serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por uma equipe interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia. (Carletti e Rejani,1996)

A assistência domiciliária é uma forma de desospitalizar os pacientes, seja abreviando seu período de internação, seja reduzindo o número de readmissões (Jacob Filho, 2000). Atualmente, mais e mais pessoas têm recebido alta hospitalar para receberem cuidados e reabilitação em seu domicílio. Essas pessoas são geralmente idosas, algumas vezes bastante frágeis e apresentando alguma deficiência funcional. A idéia por trás dessa abordagem tem sido fazer o idoso sentir-se melhor em um ambiente natural. Alguns relatam: “Assim que eu chegar em casa, vou ficar bem” (Tamm, 1999).

A assistência domiciliária foi utilizada como estratégia para atingir os indivíduos residentes na região Centro-Sul na época em que o Brasil se desenvolvia, tendo sido propiciada, então, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, em 1942. Assim, os programas de atendimento domiciliário brasileiros estiveram desde o início ligados à área de saúde pública, com o objetivo de promoção de saúde e prevenção de doenças. O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo implantou o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) na década de 1970. Já nos anos 90, a emergência política de questões ligadas à responsabilidade do poder público junto às pessoas dependentes acelerou a discussão sobre a necessidade de implementação de programas de assistência domiciliária. Então, em 1994, o Ministério da Saúde propôs a criação do programa Saúde da Família, baseado na experiência de Cuba, que usou comunitários para desenvolver essa prática. Surge, então, em 1996, a iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde (Santos, SP) de implantar um programa de atendimento domiciliário, o Programa de Internação Domiciliar, PID. Posteriormente, programas semelhantes foram implantados em outros municípios, como Londrina (PR) e Quixadá (CE). Foram criados também o Programa de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público de São Paulo e o Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (Duarte e Diogo, 2000).

Outro programa de assistência domiciliária implantado em SP, em 1999, foi o Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso (PADI), criado no complexo Unifesp (Universidade Federal de São Paulo/Escola

Paulista de Medicina), mais precisamente na Disciplina de Geriatria. O PADI tem como metas prestar assistência a idosos no domicílio, através de equipe multidisciplinar, visando a recuperação e/ou manutenção clínica, bem como a capacitação de cuidadores e familiares para a prestação de assistência de boa qualidade ao idoso, sob a supervisão da equipe técnica do programa. Esse programa estabelece alguns critérios para inclusão de pacientes: possuir um cuidador, residir em um raio de até 8 km do Hospital São Paulo, necessitar de cuidados que possam ser prestados com segurança em domicílio, concordar em participar do programa, aceitando, assim, as regras estabelecidas e as orientações da equipe.

A assistência domiciliária compreende visitas realizadas pelo profissional de saúde e/ou equipe à residência do paciente com a finalidade de avaliar suas necessidades e as dos familiares, bem como as do ambiente em que vivem e, dessa forma, estabelecer um plano assistencial que vise a recuperação e/ou reabilitação do idoso, maximizando a independência. As visitas são realizadas sistematicamente e programadas de acordo com a necessidade do paciente e a disponibilidade do programa a que está ligado. Conta-se, também, com o cuidador como responsável pela continuidade da assistência em domicílio. O cuidador é a pessoa que assume a responsabilidade pelo idoso no contexto domiciliar, representando o elo entre paciente/família e equipe interprofissional. Os cuidadores, geralmente, são mulheres idosas ou de meia idade que cuidam do cônjuge, dos pais, dos sogros e, eventualmente, de outros parentes idosos. Muitas têm que conciliar tal cuidado com funções profissionais e domésticas. A atribuição do papel de cuidadores a determinadas pessoas não é arbitrária e deve obedecer normas sociais de parentesco, gênero e idade e a dinâmica das relações familiares (Neri, 2002).

O objetivo da assistência em gerontologia é a manutenção dos idosos na familiaridade, conforto e dignidade de seus lares pelo maior tempo possível. A equipe interprofissional trabalha para reduzir o impacto causado pelas doenças nos idosos (Duarte e Diogo, 2000). É impossível compreender completamente a situação de um paciente idoso sem conhecer o ambiente em que ele vive (Keenan e Hepburn,

1997). No atendimento domiciliário, cabe ressaltar a importância e o significado da estrutura familiar para cada um de seus membros e, em especial, para os idosos que são os prováveis responsáveis pela existência e configuração dessa estrutura. É importante lembrar que cada família possui uma cultura própria, permeada de valores construídos e de significado único para cada contexto. Por isso, é importante que a equipe e/ou profissional da saúde respeite esses valores, não transpondo seus próprios valores para o contexto familiar do paciente (Duarte e Diogo, 2000). Quanto mais idosa a pessoa, maior o significado pessoal dos objetos em sua casa. São esses objetos que ajudam o idoso a recordar sua vida, a reviver sentimentos do passado, a criar um sentimento de posse, de estabilidade e continuidade. É através das coisas do dia-a-dia e do valor simbólico que as acompanha que o passado permanece misturado com o presente (Tamm, 1999).

Objetivo

Identificar as características clínicas e demográficas de pacientes inseridos no Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso (PADI) da disciplina de Geriatria da Universidade Federal de São Paulo no período de março de 2003 a março de 2004.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com idosos inseridos no PADI, no período de março de 2003 a março de 2004.

População estudada

Foram analisados os dados dos idosos inseridos no PADI no período de março de 2003 a março de 2004, contidos em prontuários.

Critérios de inclusão

- Idosos inseridos no PADI no período de março de 2003 a março de 2004.

Procedimento e instrumento

O perfil dos idosos inseridos no PADI no período estipulado foi analisado através de um protocolo composto por 27 questões elaborados pela pesquisadora, tendo como base o material de avaliação multiprofissional inicial utilizado pelo programa, a fim de coletar os dados socioeconômicos, funcionais, cognitivos e clínicos dos idosos. Dessa forma, através desse questionário pôde-se elaborar o perfil clínico-demográfico dos idosos inseridos no PADI nesse período de um ano, por conter questões diretas e de fácil aplicação.

Este trabalho foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo.

Variáveis

As variáveis utilizadas no estudo foram: sociodemográficas, clínicas e funcionais.

Procedimento estatístico

Foi realizada análise descritiva dos dados. As variáveis qualitativas foram apresentadas em freqüências relativas (percentuais) e freqüências absolutas (N) das classes de cada variável, na forma de tabelas.

Para as variáveis quantitativas/numéricas foram utilizadas médias e medianas e desvios-padrão, mínimo e máximo para indicar a variabilidade dos dados.

Alguns dados não foram encontrados nos prontuários, sendo especificado, nas tabelas, o número correspondente.

Resultados

Dados sociodemográficos

Participaram do estudo 22 pacientes do PADI inscritos no período de março de 2003 a março de 2004. As mulheres representaram 86,4% dos pacientes inscritos, sendo a idade média dos idosos 83 anos \pm 11,88, sendo a idade mínima 57 e a máxima 97 anos. Quanto ao estado civil, 59,09% dos pacientes eram viúvos, ou seja, mais da metade da população estudada; 27,27% eram casados e 13,64%, solteiros. Quanto ao grau de escolaridade, constatou-se que 50% dessa população apresentava 1-4 anos de estudo, enquanto apenas 4,5% apresentava 14 anos ou mais, com média de 1 ano \pm 1,07, não tendo sido, porém, analisado o grau de escolaridade por sexo. A renda média mensal dos idosos analisados foi de 2-4 salários mínimos (59,09%). Com relação à naturalidade, 31,8% era de São Paulo (capital) e os demais provenientes do interior do estado, das outras regiões do país, inclusive de outros países (9,09%). Em relação à moradia, 72,72% dos pacientes do PADI residiam com família multigeracional.

Dados clínicos

A média de hipóteses diagnósticas foi 3,0 \pm 1,18, com o máximo de 6 e o mínimo de 1 hipótese.

A frequência de medicamentos foi: 13,6% dos pacientes não faziam uso de medicamento e 4,5% faziam uso de 8 drogas (máximo de medicamentos utilizados). A média de medicamentos utilizados foi 3 medicamentos \pm de 2,45.

Em relação à contratura muscular, 55% dos pacientes do PADI apresentaram essa condição e 65% apresentaram alguma deformidade.

Dados funcionais

Mais da metade dos pacientes estudados (70,59%) sofreram uma ou mais quedas no ano anterior ao da adesão ao programa e, no que se refere à hospitalização, 66,67% dos idosos inseridos no PADI sofreram internação no último ano antes de sua inserção no programa. Os resultados quanto à mobilidade do idoso, o uso de dispositivo de auxílio à marcha, tipo de dispositivo de auxílio à marcha, teste de equilíbrio Romberg (olhos abertos e olhos fechados), comprometimento das estratégias de tornozelo, quadril, tronco e passo atrás podem ser analisados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização funcional dos idosos inseridos em programa de assistência domiciliária

Variáveis funcionais	Ocorrência	Percentual válido (%)
Mobilidade		
deambulante	3	15
anda com ajuda	10	50
uso de cadeira de rodas	2	10
acamado	5	25
total	20	100,0
Uso de dispositivo de auxílio à marcha		
sim	11	52,39
não	10	47,61
total	21	100,0
Tipo de dispositivo de auxílio à marcha		
andador	7	63,63
bengala	1	9,09
cadeira de rodas	3	27,28
total	11	100,0
Equilíbrio romberg – 30"		
(olhos abertos)		
sim	3	15
não	10	50
não aplicável	7	35
total	20	100,0

Tabela 1 (continuação)

Variáveis funcionais	Ocorrência	Percentual válido (%)
Equilíbrio romberg – 30" (olhos fechados)		
sim	2	10
não	11	55
não aplicável	7	35
total	20	100,0
Estratégia de tornozelo comprometida		
sim	9	45
não	4	20
não aplicável	7	35
total	20	100,0
Estratégia de quadril comprometida		
sim	8	40
não	5	25
Não aplicável	7	35
total	20	100,0
Estratégia de tronco comprometida		
sim	10	50
não	3	15
Não aplicável	7	35
total	20	100,0
Estratégia de passo atrás comprometida		
Sim	7	35
Não	6	30
Não aplicável	7	35
total	20	100,0

Discussão

As características sociodemográficas dos idosos estudados mostraram-se compatíveis com a literatura em relação à população de programas de assistência domiciliária. A idade média dos pacientes inclusos no PADI, no período estipulado, é superior a outras comunidades de idosos, podendo estar associada à condição de fragilidade daqueles idosos, bem como a algum comprometimento funcional que os impeçam de sair de seu domicílio. Em um estudo analisando sobre

o perfil dos idosos em área metropolitana na região Sudeste do Brasil, observou-se que a idade média deles era 69 anos, sendo que apenas 10% dessa população possuía idade superior a 80 anos (Ramos et alii, 1993). Essa média torna-se maior considerando-se os idosos restritos ao ambiente domiciliar, a exemplo da amostra desta pesquisa, na qual a média de idade foi de $83 \pm 11,88$ anos com 59,1% dessa população apresentando idade superior a 80 anos. Tais dados assemelham-se a outros programas de assistência domiciliária nos quais a porcentagem dos idosos com idade superior a 80 anos é de 40,8% (Yuas e Sguizzato, 2000) e 31% (Netto e Tieppo, 2000).

Neste trabalho, houve predominância do sexo feminino (86,36%) e da condição de viuvez (59,09%), semelhante a outros estudos realizados sobre assistência domiciliária (Hellstrom e Hallberg, 2000; Munson, 1999; Stoddart et alii, 2002). O grau de escolaridade, no qual observaram-se 50% dos idosos apresentando 1-4 anos de estudo, mostra-se compatível com o resultado de outros estudos sobre assistência domiciliária que comprovaram a conclusão da primeira fase do ensino fundamental, ou seja, curso primário, pela maior parte da amostra estudada (Albuquerque, 2002). No entanto, esse resultado difere daquele de uma pesquisa realizada no distrito de São Paulo, baseado em uma amostra populacional aleatória, na qual constatou-se que 21% apresentavam o nível primário incompleto e 26% o nível primário completo (Ramos et alii, 1993). A renda média mensal dos idosos analisados foi de 2-4 salários mínimos (59,09%) e, em sua maioria, naturais da cidade de São Paulo (31,8%), diferindo de outras pesquisas, nas quais a renda média era de 1,5 salários mínimos e a maioria da população estudada originava-se do interior do estado (41%) (Albuquerque, 2002). Em relação à moradia, 72,72% dos pacientes do PADI residiam com família multigeracional, o que se observa, também, em outras pesquisas (Ramos et alii, 1993; Ramos, 2003). Esse quadro de arranjo domiciliar, no qual o idoso reside com filhos e, muitas vezes, com filhos e netos, contrasta com o que se observa nos países desenvolvidos, onde menos de 5% dos idosos vive em domicílios com os filhos e, muito raramente, com netos. Também, a maior parte dos idosos reside apenas com o cônjuge ou só,

enquanto que, em São Paulo, apenas 10% dos idosos vivem sós (Ramos, 2003). Nos domicílios multigeracionais, pode-se levantar a hipótese de que antes de ser uma opção cultural ou humanitária pode ser uma maneira de sobreviver, situação que pode isolar o idoso e colocá-lo mais dependente do que se ele tivesse morando só (Ramos, 1992).

A média de hipóteses diagnósticas verificada neste estudo (média 3) correlaciona-se com outros estudos, também com média 3 (Hellstrom e Hallberg, 2000), tendo sido predominantes doenças cardiovasculares (77,3%), o que também pôde ser observado em outras pesquisas sobre o mesmo assunto (Pedreira et alii, 2002; Munson, 1999). As doenças cardiovasculares estão entre as mais comuns em idosos. Esse fato é motivado pelo envelhecimento e estilo de vida permanentemente sedentário (Hood, 1995). A alta prevalência de doenças crônicas associadas às suas incapacidades assemelha-se à situação em países mais desenvolvidos, pois trata-se de uma conseqüência natural do envelhecimento populacional, o que é bastante preocupante, já que essa grande demanda de idosos pode ser insuportável para o sistema de saúde, principalmente no que se refere a leitos de longa permanência (Ramos et alii, 1993).

Em relação à contratura muscular, 55% dos pacientes do PADI apresentaram essa condição e 65% apresentaram alguma deformidade, podendo estar relacionada à imobilidade no leito, à própria situação de permanecer no domicílio sem realizar atividade física ou mesmo devido à condição incapacitante de alguma doença.

A porcentagem de hospitalização dos idosos inseridos no PADI, no último ano antes de sua inserção no programa, foi de 66,67%. O programa de assistência domiciliária tem como uma de suas metas desospitalizar os pacientes, seja abreviando seu período de internação, seja reduzindo o número de readmissões (Jacob Filho, 2000), fato observado em um estudo de 2004, no qual os pacientes após um ano de atendimento domiciliar tiveram um aumento de não internação de 38% (Gioacchino et alii, 2004). Porém, a mobilidade dos idosos desse programa é comprometida, pois 50% deles precisam de ajuda para deambular, seja de terceiros ou de algum dispositivo de auxílio

à marcha, fato também observado em outros estudos sobre a mesma condição funcional (68,8%) (Hellstrom e Hallberg, 2000). Em 34% dos indivíduos com mais de 85 anos não institucionalizados, observa-se algum déficit de mobilidade. Esse déficit pode ser atribuído à redução da sensibilidade sensorial, das funções integrativas do SNC ou fraqueza motora (Hazzard, 1999). No caso do PADI, o dispositivo de auxílio à marcha mais utilizado por esses idosos foi o andador, com 63,63%, o que pode estar relacionado a uma maior estabilidade oferecida pelo dispositivo, bem como alívio da sustentação do peso, completa ou parcialmente, sobre um membro inferior (O'Sullivan, 1993).

Mais da metade dos pacientes estudados (70,59%) sofreram uma ou mais quedas no último ano antes de aderirem ao programa. O problema de quedas pode estar associado com a necessidade de usar serviços domiciliares especiais, de acordo com algumas pesquisas (Stoddart et alii, 2002). Idosos apresentam um risco maior de acidentes resultando em hospitalização ou queda, comparado a um grupo de outra faixa etária. Em uma pesquisa realizada com idosos no Reino Unido, observou-se que, no ano de 1999, houve 647.721 acidentes com atendimentos emergenciais e 204.424 admissões hospitalares devidas a quedas de idosos com 60 anos ou mais (McInnes et alii, 2004). As estatísticas a respeito de lesões e acidentes com idosos indicam que as quedas são a sétima causa principal de morte de pessoas com mais de 75 anos. O índice de quedas de pessoas com 65 anos ou mais é de no mínimo 33% ao ano, sendo as mulheres mais propensas a quedas do que os homens (Campbell et alii, 1981; Nevitt et alii, 1989). As causas de quedas são múltiplas, incluindo fatores ambientais extrínsecos (presença de degraus, tapetes que não sejam antiderrapantes, superfícies escorregadias e iluminação inadequada) e intrínsecos como aspectos fisiológicos, musculoesqueléticos e psicossociais. Esses últimos incluem depressão e ansiedade, medo de cair e circunstâncias que favorecem o isolamento social, como morar só ou não sair de casa pelo menos uma vez por semana (Nevitt et alii, 1989).

Os resultados do teste de equilíbrio Romberg com olhos abertos e fechados foram positivos, com porcentagem de 50% e 55%, respecti-

vamente. Na condição de olhos abertos, houve um comprometimento grande, podendo estar associado ao fato da redução da base de sustentação, na qual o paciente tinha que permanecer em ortostatismo primeiro com os pés afastados, depois com pés juntos; em seguida, com os pés juntos novamente, mas com meio pé à frente do outro e, por último, com um pé encostado atrás do outro, em uma mesma linha (Paula et alii, 1999). A pequena base de sustentação, juntamente com a diminuição da sensibilidade tátil e da sensação de toque leve, da pressão e da vibração, mediados pelos órgãos terminais de Meissner e os corpúsculos de Paccini, que ocorrem com o envelhecimento (Bruce, 1980), contribuíram para esse comprometimento no teste com olhos abertos. Já com os olhos fechados, sendo o teste realizado nas mesmas posições, houve comprometimento maior porque as informações visuais foram retiradas, restando apenas as informações vestibulares e sensoriais para manter o controle postural. Porém, como há redução na função vestibular com o envelhecimento, a qual apresenta uma perda de 40% das células ciliares e nervosas (Rosenhall e Rubin, 1975) e uma diminuição da sensibilidade tátil, como anteriormente citado, torna-se mais difícil manter o equilíbrio com os olhos fechados.

As estratégias de tornozelo são mais comprometidas (45%) comparadas às do quadril (40%), podendo estar associadas a condições patológicas como fraqueza do músculo do tornozelo ou perda da função sensorial periférica (Shumway-Cook e Woolacott, 2003), razão pela qual, em situações em que precisem assegurar o equilíbrio, os idosos usam a estratégia que envolve os movimentos do quadril e não os do tornozelo, com frequência muito maior do que os jovens (Horak et alii, 1989; Manchester et alii, 1989).

Na estratégia do passo atrás, houve um comprometimento de 35% dos idosos, podendo estar associado à perda mais acelerada das fibras musculares tipo II (contração rápida) comparadas às do tipo I no envelhecimento (Timiras, 1994), razão que pode explicar a lentidão dos idosos nessa estratégia de controle postural.

Para a realização desta pesquisa, observou-se dificuldade na coleta de dados dos pacientes nos prontuários do PADI pelo fato de muitos

deles estarem incompletos. A falta desses achados nas tabelas pode ser facilmente observada, onde em algumas variáveis o N foi inferior a 22 (número total de prontuários analisados). Por essa razão, não foi possível a realização de um estudo mais completo.

Conclusão

O processo de envelhecimento é acompanhado pelo aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, sendo que 85% dos idosos apresentam, pelo menos, uma dessas doenças (Silvestre, 2002). Essa situação ocasiona, então, o aumento de pessoas dependentes de cuidados de longa duração, originando internações prolongadas e reinternações que consomem grande parte dos recursos da área de saúde. Dessa maneira, os programas de atendimento domiciliário surgem como uma das alternativas para o enfrentamento da crise no setor da saúde (Albuquerque, 2002). Dentre esses programas, foi criado, em 1999, o Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso (PADI), com o objetivo de prestar assistência a idosos em domicílio.

O grupo de idosos do PADI analisado no momento de inserção no programa era composto por indivíduos apresentando elevado número de doenças, dificuldade de deambulação, iminente risco de quedas e grande número de internações, caracterizando a necessidade de assistência de terceiros, sendo considerados, assim, pacientes com perfil para inserção em Programa de Assistência Domiciliária.

Assim, é de extrema importância a implantação da estrutura funcional de um programa de assistência domiciliária através do qual é oferecido atendimento interprofissional a idosos que não têm condições físicas de deixar o domicílio, proporcionando-lhes condições de ter uma velhice melhor assistida, o que resulta em melhor qualidade de vida.

Referências

ALBUQUERQUE, S. (2002). Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica. *Qualidade de vida*, ano 4, n. 35, pp. 1-4.

- BARRETO, S. e GIATTI, L. (2003). Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, pp. 759-771.
- BERQUÓ, E. (1999). “Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil”. In: NERI, A. L. e DEBERT, G.G. (eds.). *Velhice e sociedade*. Campinas, Papirus.
- BRASIL (1994). Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
- BRUCE, McC. (1980). The relation of tactile thresholds to histology in the fingers of the elderly. *J Neurol neurosurg Psyatry*, v. 43, pp. 730-734.
- CAMARANO, A. A (1999). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- CAMPBELL, J. et alii (1981). Falls in old age: a study of frequency and related clinical factors. *Age & Aging*, v. 10, pp. 264-279.
- CARLETTI, S. M. e REJANI, M. I (1996). “Atenção domiciliária ao paciente idoso”. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo, Atheneu.
- CARVALHO, J. A. e GARCIA, R. (2003). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, pp. 725- 733.
- DUARTE, Y. e DIOGO, M. (2000). “Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico”. In: DUARTE, Y. e DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo, Atheneu.
- GIOACCHINO, C. et alii (2004). Home care prevents cognitive and functional decline in frail elderly. *Arch. Gerontol. Geriatr*, Suppl., n. 9, pp.121-125.
- HAZZARD, W. (1999). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4 ed. New York, Mc Graw Hill.
- HELLSTROM, Y. e HALLBERG, R. (2000). Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health and Social Care in Community*, v. 9 n. 2, pp. 61-71.

- HOOD, D. (1995). *Fundamentos e prática da enfermagem: atendimento completo ao paciente*. 8 ed. Tradução de Regina Garcez. Porto Alegre, Artes Médicas.
- HORAK et alii (1989). Influence of central set on human postural responses. *J Neurophysiol*, v. 62, pp. 841-853.
- IBGE (2000). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Consultado em janeiro de 2007.
- JACOB FILHO, W. (2000). Doenças degenerativas e a assistência domiciliar. *Adesão ao tratamento*, Edição Especial, pp. 19-23.
- KEENAN, J. e HEPBURN, K. (1997). "Home Care". In: HAM, R. J. e SLOANE, P. D. *Primary care geriatrics: a case-based approach*. St. Louis, Mosby.
- LEMONS, N. (2003). *Avaliação do impacto subjetivo da Doença de Alzheimer no cuidador primário*. Tese de mestrado. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo.
- MANCHESTER, D. et alii (1989). Visual, vestibular and somatosensory contributions to balance control in older adult. *J Gerontol*, v. 44, pp. 118-127.
- MCLNNES, E. et alii (2004). Evidence Review on Older people's Views and Experiences of Falls Prevention Strategies. *First Quarter, Worldviews on Evidence-Based Nursig*.
- MORAGAS, R. (1997). *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo, Paulinas.
- MOREIRA, M. (1998). O envelhecimento da população brasileira em nível regional: 1940-2050. In: XI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAL. *Anais...* Caxambu. Associação Brasileira de Estudos Populacionais, pp. 3030-3124.
- MUNSON, M. (1999). Characteristics of Elderly Home Health Care Users: Data from the 1996 National Home and Hospice Care Survey. Vital and Health Statistics of the Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics. *Advance Data*, n. 309, pp. 1-12.

- NERI, A. L. (2002). “Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais”. In: NERI, A. L e SOMMERHALDER, C. *As várias faces do cuidado e do bem-estar*. São Paulo, Alínea.
- NETTO, M. e TIEPPO, A. (2000). “Serviço de assistência domiciliária da clínica geronto- geriátrica do Hospital Servidor Público Municipal de São Paulo”. In: DUARTE, Y. e DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo, Atheneu.
- NEVITT, M. et alii (1989). Risk factors for recurrent nonsyncopal falls. *JAMA*, v. 261, pp. 2663-2668.
- O’SULLIVAN, S. (1993). *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 2 ed. São Paulo, Manole.
- PAULA, J. et alii (1999). *Mobilidade do idoso: uma proposta para uma avaliação inicial*. Dissertação de mestrado. Campinas, SP, Universidade Estadual de Campinas.
- PEDREIRA, L et alii (2002). Perfil clínico-demográfico de idosos em internamento domiciliar. *Nursing*, v. 5, n. 54, pp. 25-27.
- RAMOS, L. R. (1992). “Family support for the elderly in São Paulo, Brazil”. In: *Family support for the elderly: the international experience*. Nova York, Oxford University Press.
- (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19 (jun.), n. 3, pp. 1-9.
- RAMOS, L. R. et alii (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, v. 27, n. 2, pp. 87-94.
- ROSENHALL, U. e RUBIN, W. (1975). Degenerative changes in the human vestibular sensory epithelia. *Acta otolaryngol*, v. 79, pp. 67-81.
- SHUMWAY-COOK, A. e WOOLACOTT, M. (2003). “Envelhecimento e controle postural”. In: SHUMWAY-COOK, A. e WOOLACOTT, M. *Controle motor*. 2 ed. São Paulo, Manole.
- SILVESTRE, J. (2002). *Diagnóstico sobre o processo de envelhecimento populacional e a situação do idoso*. Brasília, Ministério da Saúde.

- STODDART, H. et alii (2002). What determines the use of home car services by elderly people? *Health and Social Care in the community*, v.10, n. 5, pp. 348-360.
- TAMM, M. (1999). What does a home mean and when does it cease to be a home? Home as a setting for rehabilitation and care. *Disability and rehabilitation*, v. 21, n. 2, pp. 49-55.
- TIMIRAS, P. (1994). "Aging of the skeleton, joints and muscles". In: TIMIRAS, P. S. (ed.). *Physiological basis of aging and geriatrics*. 2 ed. Ann Arbor, MI, CRS.
- WONG, L. R. (2001). *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídio para políticas orientadas ao bem-estar do idoso*. Belo Horizonte, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional/ Universidade Federal de Minas Gerais/ Associação Brasileira de Estudos Populacionais.
- YUASO, D. e SGUIZZATTO, G. (2000). "Serviço de Assistência Domiciliária ao Idoso (SADI) do Centro de Referência à Saúde do Idoso do Município de Guarulhos". In: DUARTE, Y. e DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo, Atheneu.

Data de recebimento: 6/8/2007; Data de aceite: 5/9/2007.

Carina Corrêa Bastos – Fisioterapeuta. Especialização em Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp - EPM), de Belém (PA). E-mail: carina.bastos@bol.com.br

Naira Dutra Lemos – Assistente social. Professora, mestre do setor de Geriatria e Gerontologia da Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP. E-mail: nairadutra@uol.com.br

Andréia Nóbrega Mello – Fisioterapeuta. Especialização em Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo, SP. E-mail: deiamello@yahoo.com.br