

PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA EM NÍVEL DOMICILIAR PELO CURSO DE FISIOTERAPIA NA CIDADE DE UMUARAMA-PR NO ANO DE 2003, EM PARCERIA COM O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Cristina Barella*
Kathiele Fernanda Piassa*
Thaís Peixoto Gaiad**

BARELLA, A.C; PIASSA, K.F.; GAIAD, T.P. Perfil da população atendida em nível domiciliar pelo curso de Fisioterapia na cidade de Umuarama-PR no ano de 2003, em parceria com o programa saúde da família. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 7(3): 211-217, 2003.

RESUMO: O Programa Saúde da Família, criado em 1994 pelo governo federal, visa reorganizar a prática de atenção à saúde pública, melhorando a relação dos profissionais com a comunidade. A Clínica de Fisioterapia da Universidade Paranaense, no ano de 2003, começou a realizar visitas domiciliares a pacientes portadores de patologias neurológicas nos moldes do programa em parceria com as Unidades Básicas de Saúde. O presente trabalho tem como objetivo traçar um perfil da população avaliada pelos acadêmicos do 4º ano do curso de Fisioterapia da Universidade Paranaense para quantificar o número de indivíduos que apresentam seqüelas neurológicas e que se encontram restritos a seus domicílios e que não se beneficiam de atendimento adequado para o incremento de suas capacidades residuais. Foram analisadas 47 fichas de avaliação dos atendimentos domiciliares, colhendo dados referentes à idade, sexo, patologia e nível de independência funcional. Do total de fichas, 55% eram do sexo masculino e 68% encontravam-se na faixa etária entre 61 e 80 anos. A patologia mais freqüente foi o acidente vascular cerebral (AVC) com 61,7%, sendo que 48,9% dos mesmos apresentavam dependência total na realização das suas atividades de vida diária (AVD's).

PALAVRAS-CHAVE: fisioterapia; nível de independência; programa saúde da família; saúde pública.

PROFILE OF THE POPULATION RECEIVING HOME CARE FROM THE PHYSIOTHERAPY COURSE IN UMUARAMA CITY, PR, BRAZIL, IN 2003 IN A PARTNERSHIP WITH THE FAMILY HEALTH PROGRAM

BARELLA, A.C; PIASSA, K.F.; GAIAD, T.P. Profile of the population receiving home care from the physiotherapy course in Umuarama city, PR, Brazil, in 2003 in a partnership with the family health program. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 7(3): 211-217, 2003.

ABSTRACT: The Family Health Program established by the federal government in 1994 aims at reorganizing the practice of attention to Public Health, leading to an improved relationship between the professionals and the community. The Clinic of Physiotherapy of the Universidade Paranaense, in the year of 2003, began to offer home visits to patients with neurological pathologies in the patterns of the program in a partnership with the Basic Health Units. The present work has the purpose of drawing a profile of the evaluated population by the 4th degree academics of the *Universidade Paranaense* Physiotherapy course, to quantify the number of individuals that present neurological sequels, are restricted to their homes and don't have the benefit of an appropriate service for the improvement of their residual capacities. Forty-seven records of home services were analyzed, where data as age, sex, pathology and level of functional independence were collected. Analyzing all records, 55% were male and 68% were in the age group between 61 and 80 years. The most frequent pathology was the cerebral vascular accident (CAV) with 61.7%; 48.9% of these presented total dependence to accomplish their daily life activities (DLA's).

KEY WORDS: independence level; physiotherapy; family health program; public health.

Introdução

O modelo assistencial que vem predominando no Brasil nos últimos anos volta-se prioritariamente para as ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo e com baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade.

O reconhecimento da crise desse modelo suscita a transformação, aparecendo como possibilidade de reestruturação da atenção primária o Programa Saúde da Família (PSF); criado em 1994 pelo então Ministro da Saúde Henrique Santilo. Esse programa é marcadamente inovador

em seu aspecto de revelação interativa entre os profissionais e as comunidades (BRASIL, 1999).

Os profissionais que compõem a equipe do PSF são um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo e os agentes comunitários de saúde. Outros profissionais, como psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta são incluídos à equipe, conforme a necessidade e disponibilidade dos mesmos, através de parcerias que o governo federal ou municipal vem firmar com as instituições públicas e privadas do ensino superior.

O PSF enfatiza a importância da abordagem

* Acadêmicas do 4º ano de Fisioterapia da Universidade Paranaense - UNIPAR

** Fisioterapeuta/Especialista em Neuropediatria, UNICAMP – Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Paranaense.

Endereço: Thaís Peixoto Gaiad. Rua dos Pampas, 2397. Umuarama-Paraná. thaís@unipar.br

multiprofissional para assistência primária, secundária e terciária à saúde da família e tem como responsabilidade promover, proteger e recuperar a saúde da comunidade, estimulando o bem estar da mesma (BRASIL, 1997).

No ano de 2003, a Clínica de Fisioterapia da Universidade Paranaense – UNIPAR, junto ao Estágio Curricular Supervisionado de Neurologia Adulto passou a realizar visitas domiciliares a pacientes portadores de seqüelas neurológicas em parceria com o Programa Saúde da Família atuante no município de Umuarama - Paraná. Nestas visitas são abordadas principalmente a situação atual do indivíduo e a relação dependência/independência na realização de suas atividades básicas do dia-a-dia. Na presença de um cuidador são transmitidas orientações quanto às adaptações simples dentro do domicílio, que venham a facilitar a recuperação e interação do mesmo com seu ambiente e família.

Uma meta primária da reabilitação consiste no retorno do paciente ao seu ambiente quando da alta hospitalar, sendo necessária a adaptação do mesmo, visando as exigências e capacidades do paciente, pois este pode encontrar diversas dificuldades na realização de suas atividades de vida diária (AVDs) quando de volta para casa. A adaptação do ambiente produz importantes mudanças que facilitam o indivíduo na demanda de suas AVDs, proporcionando ao mesmo uma sensação de bem estar e independência (O'SULLIVAN, 1998).

Para tanto, são necessárias visitas domiciliares pelo fisioterapeuta para levantar as reais necessidades de cada indivíduo, avaliando a situação em que vive como um todo, observar o que ele realiza, analisar as condições sócio-econômicas, de higiene, alimentação, vestuário, analisando também o lugar que o indivíduo ocupa no contexto familiar.

A partir daí orientações devem ser passadas a toda família, para que exista uma co-responsabilidade entre o trabalho da fisioterapia e a família para evolução do paciente, como por exemplo informar sobre as posturas corretas ao sentar e levantar, as mudanças de decúbito a fim de evitar úlceras de pressão, uso das duas mãos ao se alimentar ou beber algo.

As orientações e adaptações realizadas pelo fisioterapeuta ao cuidador são, de maneira geral, simples, uma vez que têm como objetivo a colaboração da família na rotina do paciente, porém são de extrema importância para criar hábitos saudáveis entre os membros da família, os quais podem, a partir do estímulo e colaboração em atividades diárias básicas, oferecer ao indivíduo uma sensação de independência e bem-estar, fundamentais para uma boa qualidade de vida.

Outros trabalhos vêm mostrando resultados positivos da atuação do Fisioterapeuta junto à equipe do PSF. A Universidade Regional de Blumenau-SC (FURB) desde agosto de 2000 conta com a participação dos acadêmicos de Fisioterapia no PSF (MORAES *et al* 2001). Esta atuação vem ocorrendo nos três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária, desenvolvendo um trabalho de reabilitação principalmente domiciliar, considerando os aspectos sociais do paciente e seus contextos familiares.

A Universidade Estadual de Londrina (UEL) mantém um projeto criado há nove anos, conhecido como Projeto Especial de Ensino-Prática Multiprofissional Interdisciplinar-PEEPIN. O aluno, no primeiro ano de faculdade, entra em

contato com a comunidade. Um dos objetivos do projeto é criar no aluno a noção de responsabilidade social e a visão da sua profissão, não somente no processo saúde – doença, mas na realidade da saúde e da doença dentro do contexto da comunidade, junto com um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, visando um novo profissional que trabalhe dentro desta nova visão de saúde (TRELHA, 2003).

O trabalho da fisioterapia na comunidade é benéfico à população, uma vez que o profissional passa a conhecer o modo de vida de cada paciente, sua patologia, relação paciente – família, suas conseqüências e as dificuldades de ordem emocional, social e econômicas encontradas no meio em que vivem. Desta forma, o fisioterapeuta pode traçar objetivos e metas realistas uma vez que conhece os reais obstáculos encontrados pelo paciente na busca de sua melhor qualidade de vida e independência.

Uma das formas de se avaliar esta qualidade de vida é através do grau de independência do indivíduo na realização das suas atividades de vida diária. As atividades de vida diária (AVD's) são aquelas atividades básicas realizadas diariamente e necessárias para viver, entre elas alimentação, transferências, cuidados pessoais e continência esfincteriana (CARRILLO, 1994). As AVD's podem ser quantificadas através da aplicação de Escalas de Avaliação Funcional que têm como objetivo mensurar as limitações e capacidades dos indivíduos nos planos sociais, físicos e mentais (GAIAD, 1998). Uma das escalas mais utilizadas e difundidas internacionalmente em reabilitação é o Índice de Barthel, o qual avalia dez áreas de AVD's de acordo com a capacidade funcional do indivíduo, servindo de parâmetro para avaliação e prognóstico dos pacientes (RUZAFSA, 1997).

Com o início desta nova abordagem de tratamento domiciliar oferecida pela UNIPAR no ano de 2003, surge a necessidade de se realizar um levantamento nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Umuarama, para que o curso de graduação possa direcionar o aprendizado do futuro profissional fisioterapeuta para a realidade de sua atuação na área de saúde pública.

O objetivo do presente trabalho foi traçar o perfil da população avaliada pelos acadêmicos do 4º ano do Curso de Fisioterapia da Universidade Paranaense junto ao Estágio de Neurologia Adulto, atendida e orientada em seu domicílio de acordo com os moldes do Programa Saúde da Família. Com este levantamento procuramos ainda quantificar o número de indivíduos que apresentam seqüelas neurológicas e que se encontram restritos a seus domicílios e que não se beneficiam de atendimento adequado para o incremento de suas capacidades residuais. A partir dos dados coletados desta população espera-se um maior conhecimento das patologias neurológicas mais freqüentes na cidade de Umuarama – PR, a idade de acometimento das mesmas, sexo e o grau de independência dos indivíduos.

Metodologia

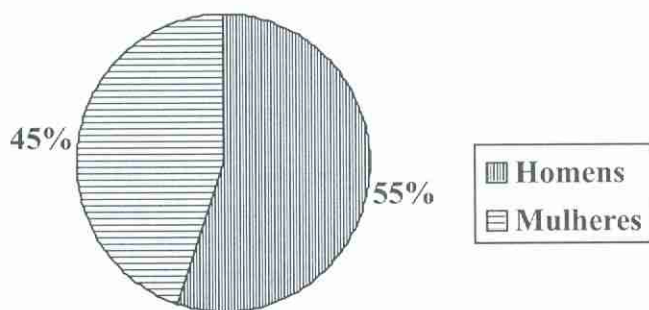
Foram consultados dados de 47 fichas de avaliação, no período de março a agosto do ano de 2003. As mesmas foram elaboradas pela Clínica de Fisioterapia da Universidade Paranaense–UNIPAR para avaliação dos atendimentos domiciliares e aplicadas pelos alunos do 4º ano do curso de Fisioterapia da UNIPAR no ano de 2003 em pacientes portadores de patologias neurológicas cadastrados pelos

agentes comunitários de cada Unidade de Saúde da cidade de Umuarama – Paraná. O critério utilizado para inclusão no cadastramento realizado pelas Unidades Básicas de Saúde foi apresentar limitações funcionais que os impediam de se deslocarem até um local adequado para receber atendimento especializado em reabilitação ou até mesmo não terem acesso a esses mesmos serviços por questões sócio - econômicas.

Os dados coletados destes 47 prontuários através da consulta à Ficha de Avaliação foram: idade, sexo, patologia e nível de independência funcional. Para avaliação do nível de independência dos indivíduos cadastrados foi analisada uma Escala de Avaliação Funcional denominada Índice de Barthel (anexo I) aplicada juntamente à primeira avaliação. O Índice de Barthel, publicado em 1965 por Mahoney e Barthel (CARRILLO, 1994), vem sendo utilizada em um grande número de patologias neuromusculares e musculoesqueléticas para quantificar o resultado da reabilitação, bem como para auxiliar no prognóstico do paciente. É uma escala estudada e difundida internacionalmente que avalia dez áreas de Atividades de Vida Diária: alimentação, banho, cuidado pessoal, vestir, transferência, uso do banheiro, deambulação, subir e descer escadas e continência anal e vesical. Cada atividade é quantificada de acordo com o grau de independência funcional do indivíduo. Os itens banho e cuidado pessoal são pontuados de 0 a 5 pontos, a transferência e deambulação em 0, 5, 10 e 15 pontos e as outras áreas em 0, 5 e 10. A pontuação total varia de 0 a 100, onde 0 significa dependência total e 100 pontos, a independência completa. Os dados colhidos da Ficha de Avaliação para atendimento domiciliar (anexo I) e do Índice de Barthel (anexo I) foram agrupados e analisados posteriormente, a fim de traçarmos um perfil da população atendida em domicílio pelos alunos.

Resultados

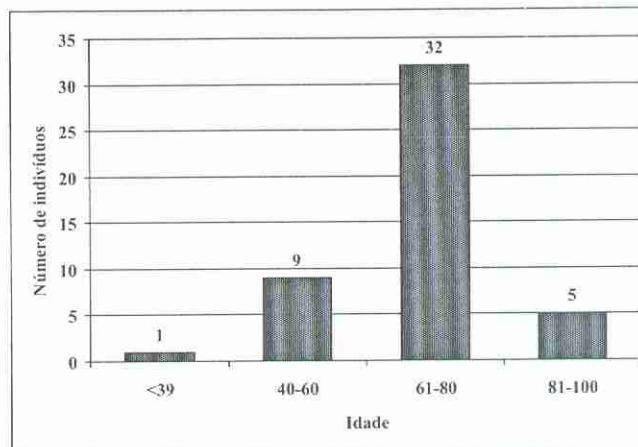
A partir dos dados coletados nas fichas de avaliação aplicadas pelos alunos do 4º ano do curso de Fisioterapia nas visitas domiciliares nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Umuarama, foi possível realizar um levantamento do perfil desta população em relação ao sexo, idade, patologias mais frequentes e o nível de independência funcional da mesma.



Fonte: Fichas de Avaliação Fisioterapêutica – Clínica de Fisioterapia - UNIPAR/2003.

FIGURA 1 – Divisão dos pacientes por sexo avaliados pelos alunos do curso de Fisioterapia

Foram analisadas 47 fichas de avaliação, sendo que deste total, 21 indivíduos eram do sexo feminino (45%), enquanto o restante, 26 indivíduos, do sexo masculino (55%).



Fonte: Fichas de Avaliação Fisioterapêutica – Clínica de Fisioterapia - UNIPAR / 2003.

FIGURA 2 – Idade dos pacientes avaliados pelos alunos do curso de Fisioterapia

A partir dos dados coletados nas fichas de avaliação das visitas domiciliares observou-se que, do total de 47 indivíduos, apenas 1 (2%) se encontra na faixa etária abaixo dos 39 anos, 19% estão na faixa etária entre 40 e 60 anos e o maior número de indivíduos (68%) encontra-se compreendido entre 61 e 80 anos 5 indivíduos, que correspondem a 5%, apresentaram idade entre 81 e 100 anos.

Na Figura 3 identificamos que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a patologia com a maior incidência, uma vez que 61,7% dos indivíduos apresentaram esta patologia.

Dos pacientes, 19% foram classificados como ‘outras patologias’, as quais englobam a síndrome do imobilismo, câncer, doença reumática, deficiência visual, seqüela de toxoplasmose, diabetes, todos com 1 paciente e outros 3 sujeitos com fraturas. Os pacientes desta última classificação foram avaliados e orientados e não tiveram suas patologias descritas na Figura 3, pois não são classificados como patologias neurológicas.

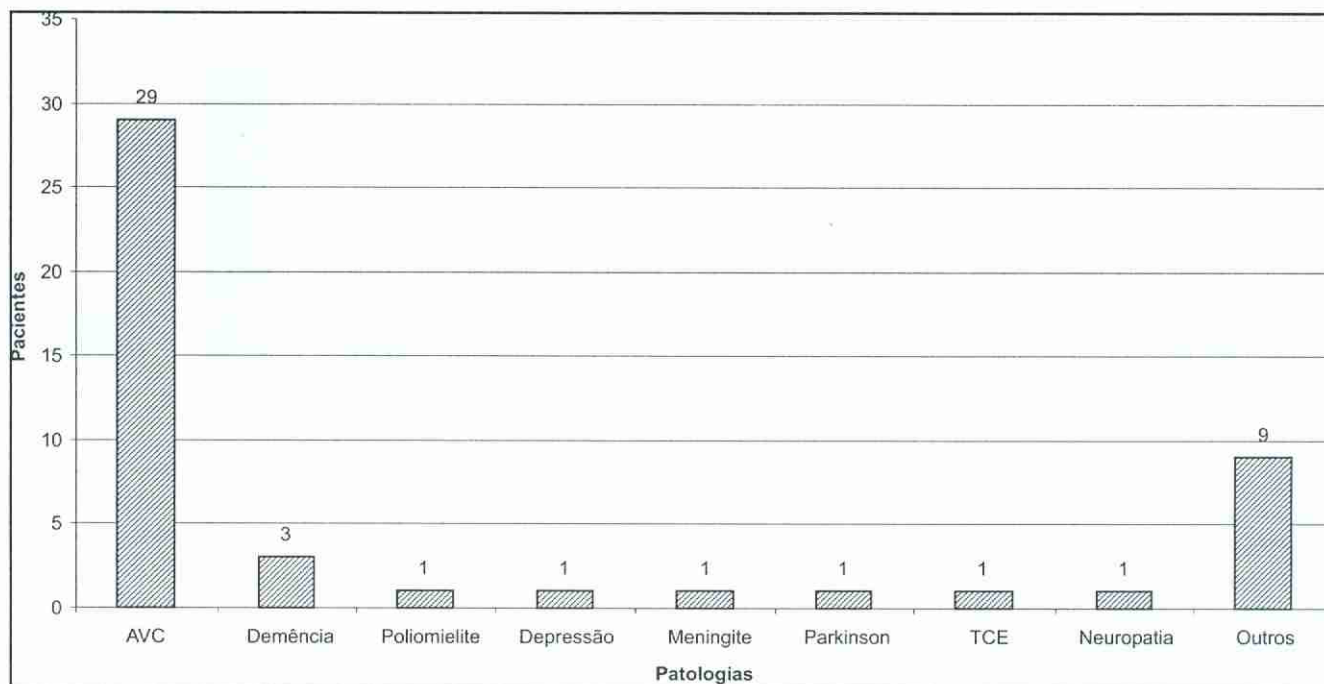
A partir da Figura 4, observa-se que dos 29 indivíduos portadores de acidente vascular cerebral (AVC), 45% eram mulheres e 55% eram homens.

A partir dos dados coletados da ficha de avaliação do Índice de Barthel, observamos que do total de 47 fichas analisadas, 23 indivíduos apresentaram pontuação entre 0 e 20 pontos, o que indica dependência total; 14 indivíduos apresentaram pontuação entre 21 e 60 pontos, significando dependência severa; 6 indivíduos obtiveram pontuação entre 61 e 90 pontos que significa dependência moderada; 2 indivíduos obtiveram a pontuação entre 91 e 99 pontos que corresponde à dependência leve, e 2 indivíduos obtiveram a pontuação máxima de 100 pontos (Figura 5).

Discussão

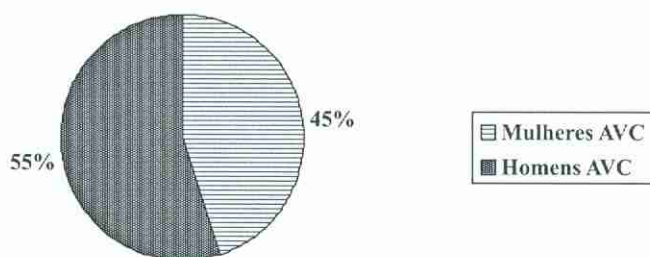
O Fisioterapeuta junto ao Programa Saúde da Família vem desenvolvendo, juntamente com a comunidade várias atividades, entre elas, a atenção à saúde aos portadores de necessidades especiais envolvendo seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE), entre outras (O COFFITO, 2003).

Segundo MORAES (2001), o tratamento fisioterapêutico no âmbito domiciliar proporciona um melhor relacionamento com indivíduo e a família, além de permitir ao



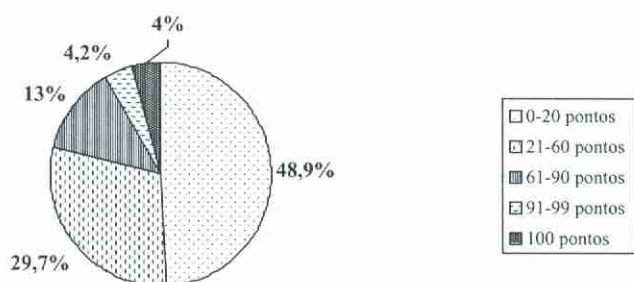
Fonte: Fichas de Avaliação Fisioterapêutica – Clínica de Fisioterapia – UNIPAR / 2003

FIGURA 3 – Patologias encontradas nos pacientes avaliados pelos alunos do curso de Fisioterapia



Fonte: Fichas de Avaliação Fisioterapêutica – Clínica de Fisioterapia – UNIPAR / 2003

FIGURA 4 – Divisão por sexo dos pacientes avaliados pelos alunos do curso de Fisioterapia portadores da AVC



Fonte: Fichas de Avaliação Fisioterapêutica – Clínica de Fisioterapia – UNIPAR / 2003

FIGURA 5 – Nível de Independência funcional dos pacientes avaliados pelos alunos do curso de Fisioterapia utilizando o Índice de Barthel

fisioterapeuta melhor conhecimento das condições sócio-econômicas da família, adequando o tratamento e propiciando a prevenção de problemas físicos, manutenção de boas condições de saúde e promoção de melhores níveis de bem estar funcional do paciente.

MELAMED & COSTA (2003), em seus estudos, acreditam que o processo de descentralização da atenção

básica à saúde no Brasil definiu uma estrutura de regras e de incentivos positivos que favorecem a transferência direta de recursos federais para a esfera municipal, tendo os gestores de saúde locais ganho de poder decisório sobre os recursos, que passam a ser manejados por meio de mecanismo de fundo nacional e municipal. É necessário estimular o governo federal através de novos estudos, para que cada vez mais recursos sejam destinados à produção de serviços básicos de saúde, sobretudo a participação de estados e municípios, principalmente os mais carentes.

A partir de nosso estudo da população atendida pelo curso de Fisioterapia em parceria com as Unidades Básicas de Saúde, obtivemos resultados e dados que deverão ser analisados para melhorar a qualidade do programa.

Na análise das fichas de avaliação aplicadas pelos acadêmicos do 4º ano de Fisioterapia pudemos observar que, de um total de 47 prontuários de indivíduos avaliados, 21 destes eram do sexo feminino e 26 do sexo masculino. Deste total a maioria dos indivíduos 68% encontravam-se na faixa etária de 61 a 80 anos que NICOLA (1986) classifica como idade de senescência gradual.

A partir daí também observamos que o AVC é a patologia com maior incidência. De 47 pacientes, 29 destes eram portadores de AVC, podendo este ser causado pelo pouco esclarecimento dos cuidados que devem ser tomados com a saúde, principalmente com as pessoas em idade acima de 40 anos.

MIYAR & PEREZ (2001) afirmam que a incidência de AVC na idade entre 60 e 75 anos é elevada com 70 a 80% dos casos decorrentes de processos degenerativos, vasculares e fisiológicos que, com o envelhecimento, podem afetar a circulação cerebral, podendo comprometer a irrigação de determinadas áreas cerebrais. Outro fator de relevância na incidência do AVC é o não controle da pressão arterial que geralmente em idosos é elevada.

A hipertensão arterial é uma das causas mais importantes da morbidade e mortalidade de idosos, surpreendendo o fato de até recentemente os idosos hipertensos terem merecido pouca atenção para tratamento e prevenção. Estudos epidemiológicos apontam que a hipertensão e suas conseqüências atingem, em sua maioria, a população idosa, sendo cerca de 50% indivíduos com mais de 60 anos (PAPALÉO, 1996).

Analisando os resultados em relação ao sexo dos pacientes portadores de AVC, a maioria dos indivíduos que apresentam a patologia são do sexo masculino com 34%, e 27,6% do sexo feminino. Os autores O'SULLIVAN (1998), NITRINI (1991) e PAPALÉO (1996) relatam que esta incidência seja significativamente maior em homens do que em mulheres, mas não relatam uma explicação sobre tal predominância de sexo.

Segundo RUZAFÁ (1997), os índices para medir incapacidades físicas são cada vez mais utilizados na investigação de práticas clínicas especialmente nos mais idosos, em que há maior incidência de incapacidades do que na população em geral. Um dos principais instrumentos utilizados para identificar as atividades de vida diária é o Índice de Barthel (IB). O IB é uma medida que dá o valor do nível de independência dos pacientes, mediante diferentes pontuações e as capacidades de cada indivíduo avaliado.

O IB designa a cada paciente uma pontuação em função de seu quadro de dependência para realização de uma série de atividades básicas. Os valores que se dão a cada atividade dependem do tempo empregado na sua realização e da necessidade de ajuda. As atividades da vida diária (AVD's) incluídas no Índice de Barthel são: alimentação, transferências, cuidados pessoais, uso do banheiro, banho, caminhar por terreno plano, subir e descer escadas, vestir-se e continência de esfíncter anal. Tais atividades têm valores de 0, 5, 10 e 15 pontos, onde a soma total pode variar de 0 (completamente dependente) a 100 pontos (completamente independente). Shah *et al apud* RUZAFÁ (1997) sugerem que esta mesma pontuação final seja interpretada segundo pontuações de referência, onde um total entre 0 a 20 pontos significaria dependência total, 21 a 60 pontos, dependência severa, 61 a 90, dependência moderada e 91 a 99, dependência leve e uma pontuação de 100 pontos, independência.

Nesses resultados obtivemos que 48,9% dos indivíduos se enquadram no nível de dependência total, seja devido à falta de orientações adequadas, falta de tratamento ou por falta de adaptações que podem ser feitas para uma melhor qualidade de vida.

Segundo ROSA *et al* (2003), hoje em dia o nível de idosos com patologias neurológicas é elevado, aumentando a cada dia, sendo que estes necessitam de ajuda em suas AVD's, tornando-se muito dependentes de um cuidador. O nível de dependência de cada indivíduo está relacionado com fatores sócio-econômicos (renda mensal, situação econômica em que se encontra, se trabalha ou não), número de internações (se apresenta patologias neurológicas como, por exemplo, o AVC), relação social (se realiza atividades físicas ou de lazer), estado de saúde em que se encontra atualmente.

Percebe-se assim a enorme necessidade de um cuidador para os indivíduos que sofrem alguma conseqüência neurológica. KARSCH (2003) afirma que quando as vítimas de AVC retornam aos seus lares, elas apresentam um quadro de

dependência de outra pessoa para realização de suas atividades de vida diária, gerando um impacto significativo nas relações familiares, decorrentes das alterações inevitáveis, que envolvem afeto, finanças, relações de poder e outras variáveis.

A partir daí tenta-se desenvolver um processo de reorganização familiar, pressupondo que em casa alguém assumirá as funções como cuidador. Este cuidador precisa ser alvo de orientações de como proceder nas situações mais difíceis e receber em casa periódicas visitas de uma equipe multiprofissional. Como membro desta equipe, o fisioterapeuta tem o objetivo de conscientizar o cuidador de sua responsabilidade para com o paciente, instruindo-o em relação aos cuidados diários e manuseio adequado.

Dentre as patologias citadas em nosso trabalho, a demência foi a segunda com maior incidência, com 3 pacientes. GARRIDO & ALMEIDA (1999) afirmam que os pacientes que sofrem de síndrome demencial geralmente necessitam, assim como no AVC, de um cuidador. Segundo VIEIRA (1996), a demência é caracterizada por uma alteração de comportamento, alteração cognitiva, dificuldades na realização das AVD's e alterações na saúde física. Em comparação com outras patologias neurológicas, o índice de demência é pequeno, devido ao atraso no diagnóstico ou até mesmo o não diagnóstico.

REBELATTO & BOTOMÉ (1999) relatam que o fisioterapeuta deve ser um profissional capacitado a lidar com as condições de saúde da população, atuando na prevenção e promoção da saúde, manutenção de boas condições de vida, além da assistência curativa e reabilitadora. O fisioterapeuta pode realizar um trabalho preventivo, tem oportunidade de conhecer o ambiente familiar, ao contrário da condição em que paciente vem ao consultório, sem condições de vivenciá-lo dentro de seu contexto domiciliar (O COFFITO, 2002).

A educação inserida na comunidade possibilita o desenvolvimento no aluno da noção de responsabilidade social e a visão da sua profissão não somente no processo saúde-doença, mas na realidade do contexto da comunidade (TRELHA, 2003).

Como profissionais da saúde, os fisioterapeutas têm a responsabilidade de promover, proteger e recuperar a saúde da comunidade estimulando o bem estar da mesma.

Conclusão

Ao traçar o perfil da população estudada, observamos que 55% dos pacientes eram do sexo masculino e 68% apresentaram-se na faixa etária entre 61 a 80 anos. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi a patologia mais encontrada com 61,9% dos pacientes e a demência foi a segunda com 6,3% dos pacientes. Entre os portadores de AVC, 55% eram do sexo masculino e 48,9% da amostra apresentou dependência total na realização de suas Atividades de Vida Diária. O Programa Saúde da Família vem modificar a forma de atenção do Sistema Único de Saúde à população através da valorização da educação, da prevenção e promoção de saúde sustentadas no trabalho de uma equipe multiprofissional. A literatura científica mostrando a atuação do profissional fisioterapeuta no Programa Saúde da Família ainda é escassa, porém na sua formação o mesmo adquire conhecimentos técnicos, científicos e práticos que o preparam para atuar na saúde pública. Sendo assim, é necessário um direcionamento do processo ensino-

aprendizagem, para despertar no acadêmico de graduação em Fisioterapia sua importância como profissional diante da nova concepção de saúde.

Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF/Relatório Preliminar*. Brasília, 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família – PSF/Portaria no. 1886*. Brasília, 1997.
- CARRILLO, V.; GARCIA, F.; BLANCO, S. Escalas de actividades de la vida diaria. *Rehabilitación*, 28(6), p.377-88, 1994.
- GAIAD, T.P.; OLIVEIRA, C.P.; CHAGAS, E.A. *O Índice de Barthel como avaliação das Atividades da Vida Diária em Hemiplégicos na Fisioterapia*. Monografia: Universidade Estadual Paulista – UNESP. Presidente Prudente – SP: 1998.
- GARRIDO, R.; ALMEIDA, O.P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: Impacto sobre a vida do cuidador. *Arquivo Neuropsiquiatria*. 57 (2-B): p. 427-434, 1999.
- KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 19(3): 861-866, mai-jun, 2003.
- MELLAMED, C.; COSTA, N.R. *Inovações no financiamento federal à Atenção Básica*. Ciência & Saúde Coletiva. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid...>, acessado em: 08/09/2003.
- MIYAR, C.R.V.; PÉREZ, C.M. Enfermedad Cerebrovascular. Seguimiento y Rehabilitación en lá Comunidad. *Revista Cubana Med. Gen. Integr*, 17 (1): 27-24, 2001.
- MORAES, J.R. et al. A Atuação da Fisioterapia no Programa de Saúde da Família (PSF). *Revista Reabilitar*: 10:27-30, 2001.
- NICOLA, P. *Geriatría*. Porto Alegre: D. C. Luzzatto, 1986.
- NITRINI, R. *A neurologia que todo médico deve saber*. Editora Santos: São Paulo, 1991.
- O COFFITO. Equipe multiprofissional no Programa Saúde da Família (PSF) paulistano. *Revista do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional*, 17:21-26, dez. 2002.
- _____. PSF: Os exemplos de Sobral, Campos e Macaé. *Revista do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional*. 18: 3(editorial), 14-21, março, 2003.
- O’SULLIVAN, B.S. *Fisioterapia, avaliação e tratamento*. 2ª ed. São Paulo: Manole, 1998.
- PAPALÉO, N.M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- REBELATTO, J.R.; BOTOMÉ, S.P. *Fisioterapia no Brasil – Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. 2.ed. São Paulo: Manole, 1999.
- ROSA, T.E.D. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*, 37(1):40-48, 2003.
- RUZAFÁ, J.C.; MORENO, J.D. *Valoración de la discapacidad física: el índice de barthel*. *Rev. Esp. Salud Pública*, 71(2), 1997.
- TRELHA, C.S.; SANTOS, R.B. A comunidade como sala de aula: experiência de nove anos do curso de Fisioterapia em um projeto multiprofissional e interdisciplinar. *Revista Fisioterapia em Movimento*: Curitiba, 16(1m): p.41-46, jan/mar, 2003.
- VIEIRA, E.B. *Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

Recebido para publicação em: 08/12/2003.

Received for publication on 08 December 2003.

Aceito para publicação em: 03/02/2004.

Accepted for publication on 02 February 2004.

ANEXO I

INDICE DE BARTHEL

<p>Alimentação</p> <p>10. Independente. O paciente pode comer sozinho, seja na bandeja ou na mesa, quando se põe a comida ao seu alcance. Deve ser capaz de fazer as ajudas técnicas necessárias, cortar a comida, usar sal, passar a manteiga, etc. Deve ser capaz de fazer em um tempo razoável.</p> <p>5. Necessita alguma ajuda (por exemplo para cortar a comida ou passar a manteiga).</p> <p>0. Dependente. Precisa ser alimentado.</p>
<p>Transferências (cama – cadeira)</p> <p>15. Independente em todas as fases desta atividade. O paciente pode se aproximar da cama (com sua cadeira de rodas), bloquear a cadeira, levantar os pedais, passar de forma segura para a cama, virar-se, sentar-se na cama, mudar de posição a cadeira de rodas, se for necessário, para voltar a sentar-se nela.</p> <p>10. Necessita de alguma ajuda, ainda que seja mínima, em algum dos passos desta atividade ou o paciente precisa ser supervisionado ou recordado de um ou mais passos.</p> <p>5. O paciente pode sentar-se (na cama) sem a ajuda de outra pessoa, mas necessita de muita ajuda para sair da cama.</p> <p>0. Dependente. Incapaz de permanecer sentado. Necessita da ajuda de outras pessoas para realizar as transferências.</p>
<p>Cuidados pessoais</p> <p>5. O paciente pode lavar seu rosto e mãos, pentear-se, escovar os dentes e fazer a barba. Pode usar um barbeador elétrico ou de lâmina, mas há de poder usar a lâmina ou o barbeador de forma segura, assim como alcançá-las no armário. As mulheres podem conseguir se maquiarem.</p> <p>0. Dependente. Necessita de alguma ajuda.</p>
<p>Uso do banheiro</p> <p>10. O paciente é capaz de sentar-se e levantar-se do sanitário, tirar e colocar a roupa, e evitar que se suje. Usar o papel higiênico sem ajuda. Pode utilizar qualquer barra na parede ou qualquer suporte se o necessitar. Se for necessário o uso de urinol, deve ser capaz de colocá-lo em uma cadeira, esvaziá-lo e limpá-lo.</p> <p>5. O paciente precisa de ajuda por causa do desequilíbrio ou para tirar a roupa ou para o uso do papel higiênico.</p> <p>0. Dependente. Incapaz de realizar sem grande ajuda.</p>
<p>Banho</p> <p>5. O paciente pode tomar um banho ou uma ducha. Deve ser capaz de executar todos os passos necessários sem que nenhuma outra pessoa esteja presente.</p> <p>0. Dependente. Necessita de alguma ajuda.</p>
<p>Caminhar por terreno plano</p> <p>15. O paciente pode caminhar ao menos 50 metros sem ajuda ou supervisão. Pode usar órteses ou próteses e usar bengalas ou muletas. Deve ser capaz de bloquear e desbloquear as órteses, levantar-se e sentar-se, utilizando as correspondentes ajudas técnicas e dispor delas quando necessário.</p> <p>10. O paciente precisa de ajuda ou supervisão em qualquer dos passos acima mencionados, porém pode caminhar ao menos 50 metros com pouca ajuda.</p> <p>5. (Somente para pacientes com cadeira de rodas) O paciente não pode caminhar, mas pode conduzir uma cadeira de rodas de forma independente. Deve ser capaz de dobrar esquinas, girar e manobrar com a cadeira de rodas e se posicionar diante de uma mesa, cama ou sanitário. Deve ser capaz de conduzir a cadeira ao menos 50 metros.</p> <p>0. Imóvel. Necessita ser transportado por outros.</p>
<p>Subir e descer escadas</p> <p>10. O paciente é capaz de subir e descer escadas de forma segura e sem supervisão. Pode usar corrimão, bengalas ou muletas, se for necessário. Deve ser capaz de levar a bengala tanto ao subir quanto ao descer.</p> <p>5. O paciente precisa de ajuda ou supervisão.</p> <p>0. Incapaz de usar degraus.</p>
<p>Vestir-se</p> <p>10. O paciente pode vestir-se, ajustar-se e abotoar toda a roupa e dar laço (inclui o uso de adaptações). Esta atividade inclui o colocar de órteses. Podem usar suspensórios, calçadeiras ou roupas abertas e assim por diante.</p> <p>5. O paciente precisa de ajuda para colocar ou tirar a roupa. Deve realizar ao menos a metade da tarefa por si só. Deve realizá-los em um tempo razoável (cintas e sutiãs não são considerados).</p> <p>0. Incapaz de vestir-se.</p>
<p>Continência do esfíncter anal</p> <p>10. O paciente é capaz de controlar o esfíncter anal sem acidentes. Pode usar um supositório ou enemas quando forem necessários.</p> <p>5. O paciente precisa de ajuda para por o supositório ou enema ou tem algum acidente ocasional.</p> <p>0. Incontinente.</p>
<p>Continência do esfíncter vesical</p> <p>10. O paciente é capaz de controlar o esfíncter vesical sem acidentes.</p> <p>5. O paciente apresenta alguns acidentes ocasionais.</p> <p>0. Incontinente.</p>
<p>Total</p>