

PERFIL DOS PACIENTES DO PROGRAMA MELHOR EM CASA DO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU E A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA EM SEU TRATAMENTO

Jorge Antônio Filho¹, Adriana Vicente da Silva¹, Caroline Elias dos Santos¹, Larissa Andrade dos Santos¹, Leonardo Guimarães de Andrade¹, Paula Alessandra de Souza Mantilla Giehl¹ e Walter Cascardo Carneiro¹.

1- Universidade Iguaçu – UNIG

Autor Correspondente:

Jorge Antônio Filho

E-mail: jorgeanato@yahoo.com.br

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo identificar o perfil dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa do Município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e a importância da fisioterapia como um dos processos de tratamento. Muitos pacientes acabam permanecendo mais tempo no leito de um hospital quando poderiam estar sendo tratados no conforto do seu domicílio por uma equipe multiprofissional. O Programa Melhor em Casa realiza este atendimento domiciliar e conta, além do profissional fisioterapeuta, com profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social e atende pacientes com diferentes patologias, sexo, raça/cor e variadas faixas etárias.

Palavras-chave: Programa Melhor em Casa; Atenção Básica; Atendimento Domiciliar; Fisioterapia Domiciliar.

ABSTRACT

This research aims to identify the profile of patients treated by the Best at Home Program in the municipality of Nova Iguaçu, Rio de Janeiro and the importance of physical therapy as one of the treatment processes. Many patients end up staying longer in a hospital bed when they could be treated in the comfort of their home by a multidisciplinary team. The Best at Home Program provides this home care and counts, in addition to a physical therapist, with professionals such as a doctor, nurse, nursing technician and social worker and serves patients with different pathologies, sex, race / color and different age groups.

Keywords: Best at Home Program; Basic Attention; Home Care; Home Physiotherapy..

1-INTRODUÇÃO

Os hospitais com pacientes acima de sua capacidade é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil. Com este quadro observa-se que o paciente tem uma piora em sua qualidade de vida e os pacientes classificados como crônicos permanecem meses ocupando um leito hospitalar quando poderiam estar sendo atendidos em seu domicílio. (KATZER & MADEIRA, 2016)

A Assistência Domiciliar se caracteriza como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na residência do paciente por uma equipe multidisciplinar. (BENASSI *et al.*, 2012 e CARNAÚBA, 2017) Em 1780 os Estados Unidos foi o primeiro país a implantar este sistema no hospital de Boston. Inicialmente este serviço foi implantado pelo profissional de enfermagem, formados por associações de enfermeiras visitadoras e não tinham fins lucrativos. A primeira Associação de Enfermeiras Visitadoras (Visiting Nurses Association – VNA), foi fundada em 1885 devido ao aumento do trabalho nesta nova modalidade. (BENASSI *et al.*, 2012)

A partir do fim da década de 1990 até aproximadamente o ano de 2005, várias normas que referenciavam a atenção domiciliar foram publicadas pelo governo federal. Em 2006, a portaria GM/MS nº 2.529 incluiu a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Apesar de todo avanço que regulamentava a atenção domiciliar, esta forma de atendimento não fez parte do projeto original do SUS. (OLIVEIRA NETO, 2016)

A portaria 2.029/2011 publicada pelo Ministério da saúde em agosto de 2011 regulamenta a Atenção Domiciliar na rede do SUS e apresenta as normas para habilitação e cadastro no Serviço de Atenção Domiciliar (PAIVA *et al.*, 2016 e PROCÓPIO *et al.*, 2019) e em 2013 publica a Portaria nº. 963/2013, na qual reafirma a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e de média complexidade aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência e complementar à Atenção Básica. (BÔAS e SHIMIZU, 2015)

Esta pesquisa teve como objetivo contribuir com mais informações sobre o atendimento domiciliar e a importância do Fisioterapeuta nesta modalidade de atendimento e também identificar o perfil dos pacientes do Programa Melhor em Casa do município de Nova Iguaçu.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

A Atenção Domiciliar é indicada para pacientes estáveis clinicamente, e que necessitem de atendimento domiciliar por estarem restritos ao leito ou ao domicílio. Estes pacientes recebem no conforto do seu lar o atendimento dos profissionais de saúde com a finalidade de tratar alguma doença, receberem cuidados paliativos, serem reabilitados e também para prevenir que ocorram agravos decorrentes de doenças pré-existentes. As modalidades de atendimentos são baseadas na necessidade a gravidade de cada paciente e são classificados em Atenção Domiciliar 1, 2 e 3 (AD1, AD2 e AD3). (BRASIL, 2016)

Os pacientes elegíveis na modalidade AD 1, são os que, tendo indicação de AD, necessitem de cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais. A assistência a pacientes classificados nesta modalidade é prestada pelos profissionais da Atenção Básica. (ROOS, 2017) Os pacientes classificados como AD2 são inseridos no programa de Atenção Domiciliar com a finalidade de abreviar ou evitar que o paciente seja hospitalizado. Estes pacientes podem apresentar afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados, como tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal. (DE ARAUJO *et al.*, 2018). E por fim os pacientes classificados na modalidade AD3 são os com as características do AD2 mas que necessitem de cuidados mais intensos e que façam uso de equipamentos ou que precisem realizar procedimentos de maior complexidade. (ROOS, 2017 e BRASIL, 2016)

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é composto pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo 1 e tipo 2. A EMAD tipo1 é composta por profissional médico com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 horas de trabalho por equipe; por profissional enfermeiro com somatório de CHS de, no mínimo, 40 horas de trabalho por equipe; por profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo 30 horas de trabalho por equipe e por profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 horas de trabalho por equipe. (DE ARAUJO *et al*, 2018). A EMAD Tipo 2 é composta pelos mesmos profissionais, porém com a CHS reduzida do profissional médico para, no mínimo, 20 horas de trabalho e o profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 horas de trabalho. Os demais profissionais mantem a mesma CHS. (BRASIL, 2016) Além das EMADs, o SAD também conta com as Equipes

Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAP) que é composta por três profissionais de nível superior e deverão ter no mínimo 90 horas de trabalho semanal. Poderão ser escolhidos para compor a EMAP, no mínimo três profissionais dentre eles, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, dentista, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional. (BRASIL, 2013)

A fisioterapia é uma profissão relativamente nova e em destaque crescente no contexto da atenção à saúde, pelo fato de estar inserida constantemente no meio científico, por sempre se qualificar profissionalmente e por sempre buscar o reconhecimento da importância dessa profissão no ramo de atenção à saúde, uma vez que atua de forma multiprofissional e em todos os níveis de atenção. Atua na atenção domiciliar utilizando condutas de ações hospitalares que permitem a realização dessas práticas em ambiente domiciliar, mediante atuação de uma equipe multidisciplinar, fundamentada na realidade que o paciente se encontra e em suas sequelas. (DE AMARAL *et al*, 2019)

O fisioterapeuta consegue atuar também em todas as esferas da saúde por ser generalista (MIRANDA, 2017), prevenindo e tratando os distúrbios cinéticos funcionais em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Suas ações são fundamentadas em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da sinergia funcional, da cinesia patológica de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais. Até meados de 1980, a atuação do fisioterapeuta estava estritamente vinculada à recuperação e a reabilitação de pacientes. Foi a partir desta época, também, que esta atuação passou a incorporar a promoção e a prevenção da saúde da população como mais uma área de atuação. (LEAL, SANTOS e LEITE, 2015)

Os benefícios listados aos indivíduos atendidos possibilitaram verificar a vasta atuação da assistência fisioterapêutica em domicílio. A prevenção e a intervenção rápida no surgimento de agravos de condições motoras e respiratórias foi claramente relacionada à diminuição do número de internações e melhor quadro funcional dessa população. Características ergonômicas e a orientação dos indivíduos mostraram-se eficazes, aos olhos dos profissionais, para a resolução de problemas diários encontrados pelos usuários e seus cuidadores promovendo diminuição do quadro algico, melhora da postura, melhora de aspectos emocionais e de qualidade de vida. (PEREIRA e GESSINGER, 2014)

2- METODOLOGIA

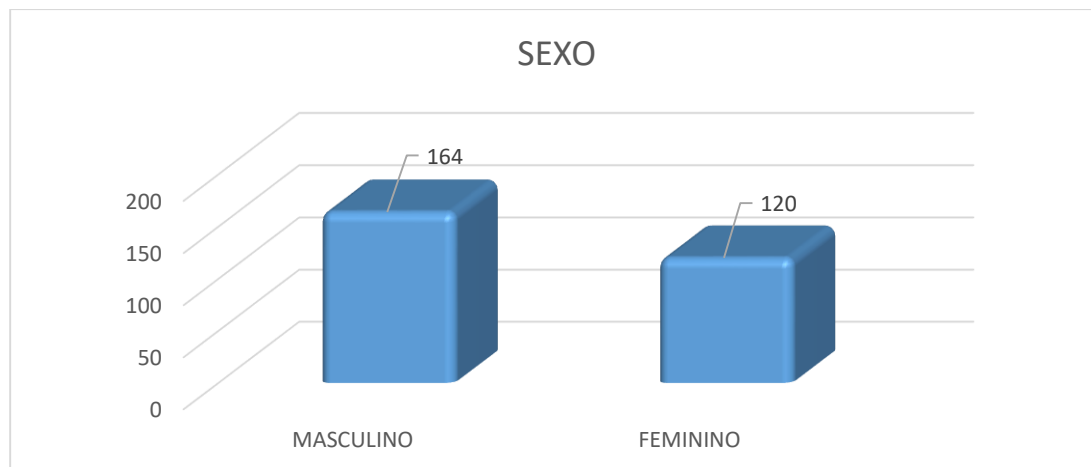
A pesquisa foi realizada no município de Nova Iguaçu que tem 796.257 habitantes segundo o censo de 2010 e, no ano de 2017, estima-se que este número tenha aumentado para 798.647. Tem 521,3 km² e apresenta uma densidade demográfica de 1.527,60 hab/km². (IBGE, 2017)

A partir dos objetivos propostos, este estudo foi realizado no período de 29 de agosto de 2019 a 21 de fevereiro de 2020, junto ao Programa Melhor em Casa com abrangência da Secretaria de Saúde do município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil.

A pesquisa foi realizada envolvendo a comunidade de pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa. A fonte de dados utilizada foi através da ficha de 284 pacientes cadastrados e atendidos pelo Programa Melhor em Casa e foram selecionados os dados referentes a faixa etária, raça/cor, sexo e principais patologias. Os dados referentes a introdução e referencial teórico foram obtidos através de artigos científicos e portarias do Ministério da Saúde por meio de sites de busca como Periódicos, Scielo, Google Acadêmico, Medline e Pubmed.

4- RESULTADOS

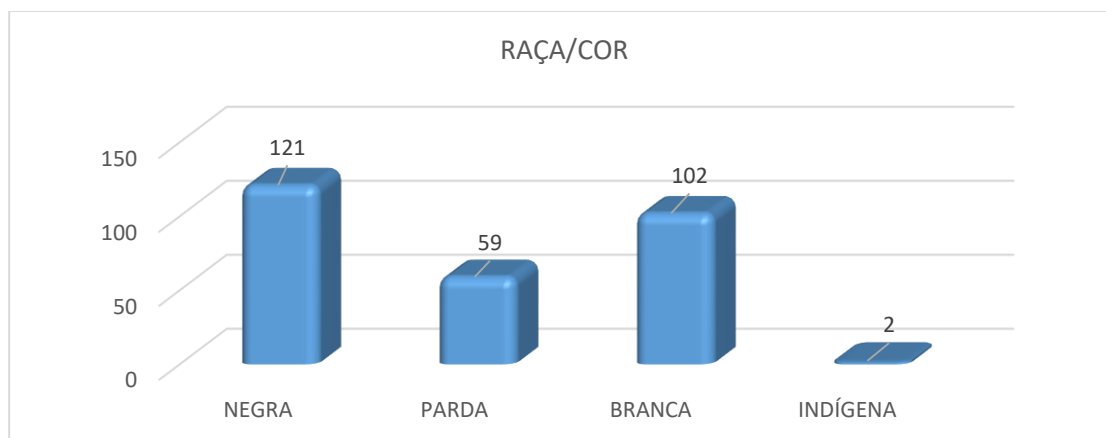
Figura:1- Número de casos registrados por sexo.



Fonte: Próprio Autor

A figura 1 mostra os casos registrados por sexo e evidencia que os pacientes do sexo masculino formam o maior número de casos com 164 e o feminino com 120.

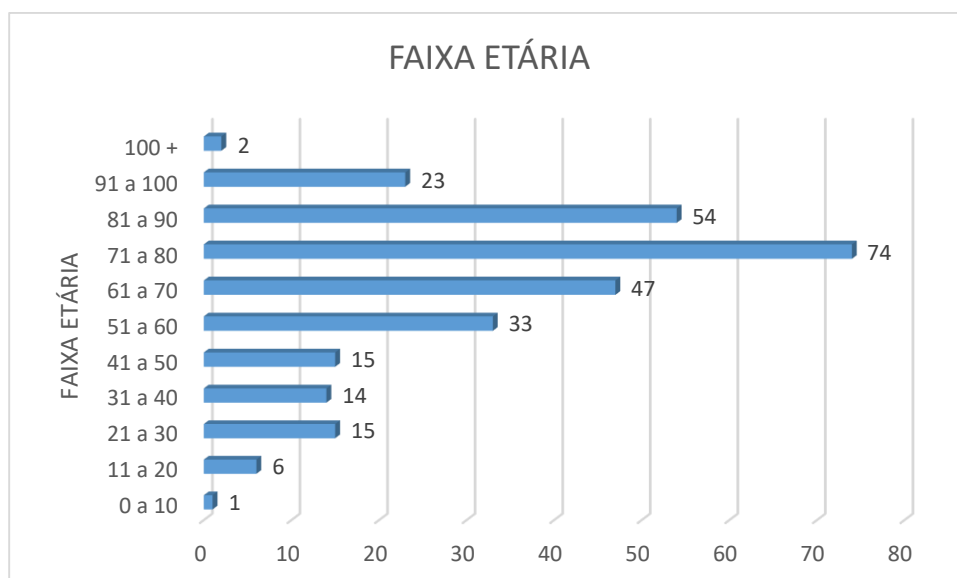
Figura: 2- Número de casos registrados por raça/cor.



Fonte: Próprio Autor

A figura 2 mostra o número de pacientes registrados por raça/cor e identifica a raça negra como sendo a maior em número de casos, seguida da branca com 102 casos, a parda com 59 casos sendo a terceira e por último a raça indígena com 2 casos registrados.

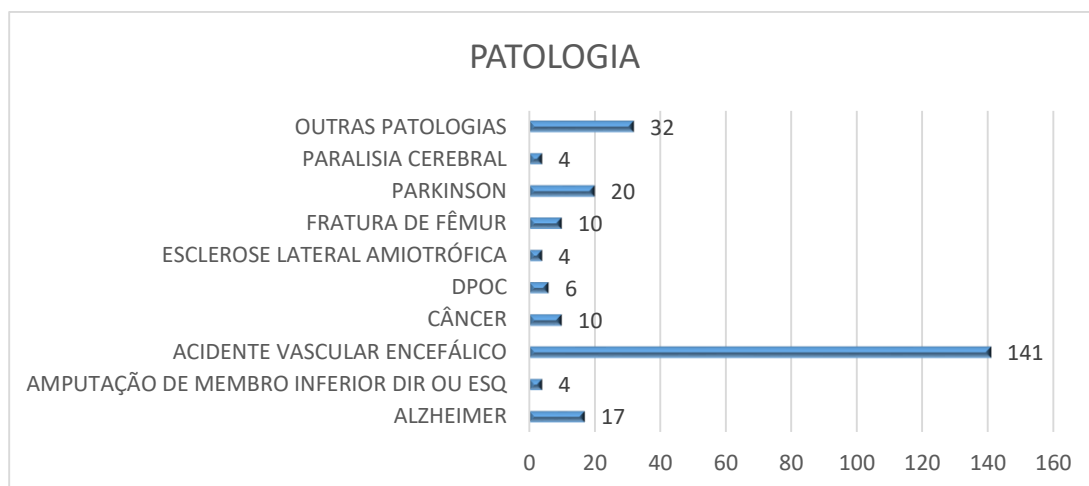
Figura: 3- Número de casos registrados por faixa etária.



Fonte: Próprio Autor

A figura 3 mostra o número de casos registrados por faixa etária e identifica que apesar de ser extenso o quantitativo na maioria delas, a idade entre 51 e 100 anos são as mais frequentes.

Figura: 4 - Número de casos registrados por patologias.



Fonte: Próprio Autor

A figura 4 mostra o número de casos registrados por patologia e evidencia que a patologia mais comum nos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa é o Acidente Vascular Cerebral com 141 casos, o triplo de casos a mais do que o segundo lugar. O segundo colocado representa diversas patologias não citadas com um número de casos muito reduzidos. A terceira patologia com o maior número de casos é a Doença de Parkinson com 20 pacientes, a quarta doença com o maior número de casos é a doença de Alzheimer com 17 paciente e as demais com patologias com 10 casos ou menos.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos pacientes se encontram internados em uma unidade hospitalar por um tempo prolongado correndo o risco de contrair uma infecção e agravar seu caso, além de ocupar um leito, tirando a vaga de um paciente mais grave e com notória necessidade. Com o avanço do Serviço de Atenção Domiciliar, foi criado o Programa Melhor em Casa que é formada por uma equipe Multiprofissional composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e assistente social, podendo conter também dentista, farmacêutico, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Com esta modalidade de atendimento os pacientes

podem ter alta precoce pois poderão ser atendidos em seu domicílio pelos profissionais do tendo maior conforto e aderência ao tratamento.

O perfil dos pacientes cadastrados e atendidos pelo Programa Melhor em Casa do Município de nova Iguaçu é composto em sua maioria por pacientes do sexo masculino, por pacientes da raça negra, por uma faixa etária bem extensa, registrando um maior número de casos entre 51 e 100 anos de idade e por pacientes com diversificadas patologias. Porém as patologias mais frequentes são o Acidente vascular cerebral com uma significativa maioria, a Doença de Parkinson e a Doença de Alzheimer. Vale ressaltar que existem outras doenças registradas e atendidas pelo Programa Melhor em Casa, porém com um quantitativo menos importante em termos numéricos.

Um dos maiores problemas encontrados em relação ao quadro do paciente, é o movimento que, quando se encontra reduzido, pode provocar quadro álgico e deformidades e torna o paciente dependente para as atividades da vida diária.

A Fisioterapia está entre as formas de tratamento pois atua em todos os níveis relacionados a saúde. Trata todas sequelas oriundas das diversas patologias, promovendo uma melhora significativa em todos os quadros. O paciente que recebe o tratamento da equipe de Fisioterapia em seu domicílio tem maior probabilidade de melhora significativa ou cura por estar em um ambiente considerado pelo paciente seguro, onde adere ao tratamento proporcionando melhores resultados.

Independente das sequelas provocadas por diversas patologias, é de grande importância que o paciente receba o atendimento da fisioterapia por ser um profissional com extenso conhecimento e com grande capacidade de tratar alterações funcionais em órgãos e sistemas promovendo ou restaurando suas capacidades e funcionalidades, além reduzir o tempo de internação e evitar a re-hospitalização.

REFERÊNCIAS

AMARAL, S. D. O. N., *et al.* Percepção dos Acadêmicos de Fisioterapia sobre o atendimento no Ambiente Domiciliar/Physiotherapy Academic's Perception About Home Environmental Care. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, Bahia, v.13, n. 48, p. 704-711, dezembro, 2019.

ARAUJO, R. C. G., *et al.* PROGRAMA MELHOR EM CASA: processo de trabalho da equipe multiprofissional. **Itinerarius Reflectionis**, Goiás, v. 14, n. 4, p. 01-23, jan. 2018.

BENASSI, V., *et al.* Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. **J. Health Sci. Inst**, São Paulo, v. 30, n.4, p. 395-398, 2012.

BÔAS, M. L. D. C. V., & SHIMIZU, H. E. Time spent by the multidisciplinary team in home care: subsidy for the sizing of staff. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28 n.1, p. 32-40, jan./fev. 2015.

BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acessado em 18 de fevereiro de 2020.

CARNAÚBA, C. M. D., *et al.* Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 352-362, mai./jun. 2017.

IBGE. **Cidade de Nova Iguaçu**, Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/nova-iguacu/panorama>, 2017. Acessado em 10 de janeiro de 2020. Acesso em Março de 2020.

KATZER, J., & MADEIRA, F. P. Fisioterapia domiciliar em pacientes graves com acometimento respiratório. **Saúde e Desenvolvimento**, Bahia, v. 8, n.5, p. 64-73, jan/jun, 2016.

LEAL, D. P., DOS SANTOS W. S., LEITE P. S. A fisioterapia e a saúde coletiva no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Ceará, v. 2, n. 7, p. 1-5, agosto, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Vol. 156, n. 78, 2016. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acessado em 18 de fevereiro de 2020.

MIRANDA, R. A. ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA SAÚDE PÚBLICA. Revista Pesquisa e Ação, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 12-26, DEZEMBRO, 2017.

NETO, A. V. D. O. Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2016. 160 f., il. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília**, Brasília, 2016.

PAIVA, P. A., *et al.* Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 245-252, abr./jun. 2016.

PEREIRA, B. M., & GESSINGER, C. F. Visão da equipe multidisciplinar sobre a atuação da fisioterapia em um programa de atendimento domiciliar público. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 210-218, jun. 2014.

PROCÓPIO, L. C. R., *et al.* A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate, Rio de Janeiro**, v. 43, n. 121, p. 592-604, abr./jun. 2019.

ROOS, M. A. M. D. L. Melhor em casa: divulgando o serviço de atenção domiciliar na rede de atenção às urgências no município de Rio Branco/Acre. 2016. 24f. **TCC(especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linhas de Cuidado em Urgência e Emergência**, Acre, 2017.