

**CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELO HOME CARE DA ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES FÍSICOS DO ESTADO DE GOIÁS**
**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS ASSISTED BY HOME CARE OF THE ASSOCIATION OF THE DISABLED IN THE STATE OF GOIÁS**
**Autores**

Kamilla Fernanda Borges da Mata<sup>1</sup>  
 Ana Vitória Macaubas de Oliveira<sup>1</sup>  
 Jheniffer Lorryne Barcelos Guedes<sup>1</sup>  
 José Maria Thiago Bonardi<sup>2</sup>

**Resumo**

**Introdução:** A assistência domiciliar é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. A fisioterapia domiciliar é uma prática que vem crescendo muito em diversos países, como o Brasil. São diversos os motivos que levam o paciente ou sua família a optar pelo serviço de fisioterapia domiciliar, em vez do atendimento convencional desde uma incapacidade físico-funcional, restrição ao leito, e a comodidade e praticidade desse tipo de atendimento, que vai além da atenção direta ao paciente, mantendo um contato de proximidade com a família. **Objetivo:** Caracterizar a população assistida pelo home care da Associação dos Deficientes Físicos do Estado de Goiás (ADFEGO). **Material e Métodos:** Realizado um estudo de caráter retrospectivo, transversal, de abordagem quantitativa e caráter epidemiológico. Foram analisados 217 prontuários divididos em três grupos de acordo com a faixa etária e observados os seguintes itens nos prontuários: nome, idade, sexo, diagnóstico clínico, diagnóstico fisioterapêutico e classes de atendimento fisioterapêutico prestado ao paciente pelo serviço de fisioterapia. **Resultados:** O grupo de crianças e adolescentes apresentou em igualdade de sexo, diagnóstico clínico predominante de Paralisia cerebral (75%) e fisioterapêutico de quadriplegia (75%). No grupo de adultos, prevaleceu o sexo masculino (54,7%), foi prevalente o diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral (25%) e fisioterapêutico de tetraplegia (56,3%). O grupo de idoso obteve maior índice de pacientes (n: 145), com dominância do gênero feminino (71%), diagnóstico clínico de Acidente Vascular Encefálico (33,8%) e fisioterapêutico de tetraplegia (36,6%). Do total de pacientes avaliados 66,8% realizavam apenas fisioterapia motora e 33,2% fisioterapia motora associada à respiratória. **Conclusão:** Dado o exposto percebemos a prevalência dos diagnósticos fisioterapêuticos de tetraplegia e quadriplegia, indicando um comprometimento maior destes pacientes, comprovando a necessidade de um atendimento em domicílio, ressaltando a importância do home care, uma vez que este propicia uma reabilitação voltada para a adaptação deste paciente em seu âmbito familiar.

**Palavras Chaves:** Perfil epidemiológico, assistência domiciliar, crescimento demográfico, Fisioterapia.

**Filiação**

<sup>1</sup>Universitária do curso de Fisioterapia, da Sociedade de Educação e Cultura de Goiânia – SECG, Faculdade Padrão, Goiânia-Go.

<sup>2</sup>Professor do curso de graduação em Fisioterapia da Sociedade de Educação e Cultura de Goiânia – SECG, Faculdade Padrão, Goiânia-Go.

**Autor Correspondente**

Profa. Gisélia Gonçalves de Castro  
 Endereço: Av. Anhanguera, S/N -  
 Rodoviário, Goiânia – GO  
 CEP: 74430-030  
 Telefone: (62)3576-2268  
 E-mail: thiagobonardi@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** Home care is a set of outpatient activities, scheduled and continued, developed at home. Home physical therapy is a practice that has been growing in many countries, such as Brazil. There are several reasons that lead the patient or his family to opt for the home physiotherapy service, instead of conventional care from a physical-functional disability, bed restriction, and the convenience and practicality of this type of care, which goes beyond attention direct contact with the patient, maintaining close contact with the family. **Aim:** Characterize the population assisted by the home care of the Association of Physically Disabled of the State of Goiás (ADFEGO). **Methods:** A retrospective study, cross-sectional, quantitative approach and an epidemic was conducted. It was analyzed 217 records divided into three groups according to the age. The following items in the records were observed: name, age, sex, clinical diagnosis, physical therapy diagnosis and physiotherapy service classes provided to patients by the physiotherapy service. **Results:** The children and teens group presented in both sexes a predominant clinical diagnosis of cerebral palsy (75%) and physical therapy of quadriplegia (75%). In the adults group males prevailed (54.7%). In this group it was prevalent clinical diagnosis of cerebral palsy (25%) and physical therapy of tetraplegia (56.3%). The elderly group showed a higher rate of patients (n = 145), with female predominance (71%), clinical diagnosis of vascular cerebral accident (33.8%) and physical therapy of tetraplegia (36.6%). From the total patients assessed, 66.8% performed physical therapy and only 33.2% associated with respiratory physical therapy. **Conclusion:** Based on the above it was noticed that the prevalence of physical therapy diagnostic of tetraplegia and quadriplegia, indicating a greater commitment of these patients, proving the need of homing care. Emphasizing the importance of home care in that this provides a targeted rehabilitation to adapt this patient in their family environment.

**Keywords:** Health profile, home nursing, physical therapy Specialty, population growth, Physical Therapy.

Data de submissão: 12 de dezembro de 2017 Aceito na versão final: 24 de janeiro de 2018.

## INTRODUÇÃO

A forma organizada de cuidados em Assistência Domiciliar à Saúde tem como primeira referência o Dispensário de Boston (1796), onde um grupo de enfermeiras foi montado especificamente para desenvolver ações de saúde em domicílio. No Brasil, há pouco mais de trinta anos um pioneiro grupo organizado especialmente para assistência domiciliar, iniciou atividades de atenção domiciliar ligadas ao Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000. AMARAL et al, 2001).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), assistência domiciliar é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas no domicílio (LACERDA et al, 2006). A assistência domiciliar é realizada em atenção primária à saúde, para responder às necessidades de forma temporária ou permanente a pessoas incapacitadas de se deslocar aos serviços de saúde (ALENCAR; HENEMANN; ROTHENBUHLER, 2008).

A possibilidade de continuidade do tratamento de saúde na privacidade do domicílio permite a retomada da rotina diária da pessoa dependente e de seus familiares, diminuição do estresse e melhora das condições de saúde, pois numa hospitalização prolongada, há alterações nos hábitos de vida do dependente (ZEM- MASCARENHAS; BARROS, 2009).

A fisioterapia domiciliar é uma prática que vem crescendo em diversos países em desenvolvimento, como o Brasil. São diversos os motivos que levam o doente ou sua família, optar por um serviço de fisioterapia domiciliar. Os motivos variam desde uma incapacidade físico-funcional, como uma restrição ao leito, até uma comodidade e praticidade desse tipo de atendimento (SILVA; DURÃES; AZOUBEL, 2011).

A falta de informação sobre a importância da fisioterapia domiciliar em grupos específicos de doentes, impede a ação eficiente de ampliação e promoção desse tipo de atendimento (GÓIS; VERAS, 2006). A atuação fisioterapêutica em domicílio vai além da atenção direta ao doente, existe também o vínculo de contato com a família. A proposta é, educar e capacitar membros da família para os cuidados com o doente no domicílio (FELÍCIO et al, 2005).

O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil de pacientes assistidos do Home Care da Associação dos Deficientes Físicos do Estado de Goiás (ADFEGO).

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, de abordagem quantitativa e caráter epidemiológico, realizado na ADFEGO, visando o levantamento de dados de prontuários dos doentes em atendimento pelo serviço de terapias domiciliares, nos anos de 2014 e 2015. Analisados 309 prontuários, destes, 92 foram excluídos, de acordo com os critérios de exclusão estabelecidos.

A amostra do estudo incluiu prontuários de indivíduos de ambos os sexos que receberam atendimentos no home care, durante o período de agosto de 2014 a setembro de 2015. Foram excluídos os prontuários com dados incompletos ou com diagnóstico clínico e funcional que não se enquadravam nas classificações internacionais de doenças e funcionalidade.

Para que fosse verificada a prevalência dos tipos de atendimento em fisioterapia domiciliar, observou-se os seguintes itens nos prontuários: nome, idade, sexo, diagnóstico clínico, diagnóstico fisioterapêutico e classes de atendimento fisioterapêutico prestado. Os prontuários foram classificados em 3 grupos etários, Grupo 1 - crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, Grupo 2 - adultos 19 a 64 anos e o Grupo 3 – idosos de 65 anos ou mais.

Os dados coletados, foram primeiramente tabulados em uma planilha com a utilização do software Excel (2013) e posteriormente analisados com o auxílio do pacote estatístico Statistical Package of Social Sciences (SPSS, 23.0), utilizando um nível de significância de 5% ( $p \leq 0.05$ ).

Realizou-se o teste do Qui-quadrado com a finalidade de verificar a associação dos diferentes tipos de diagnóstico clínico, terapêutico com os tipos de tratamentos entre os grupos. Simultaneamente na análise de associação realizou o teste de múltiplas comparações (Post Hoc), considerando significância ao nível de 0,05 (Beasley Randall, 1995).

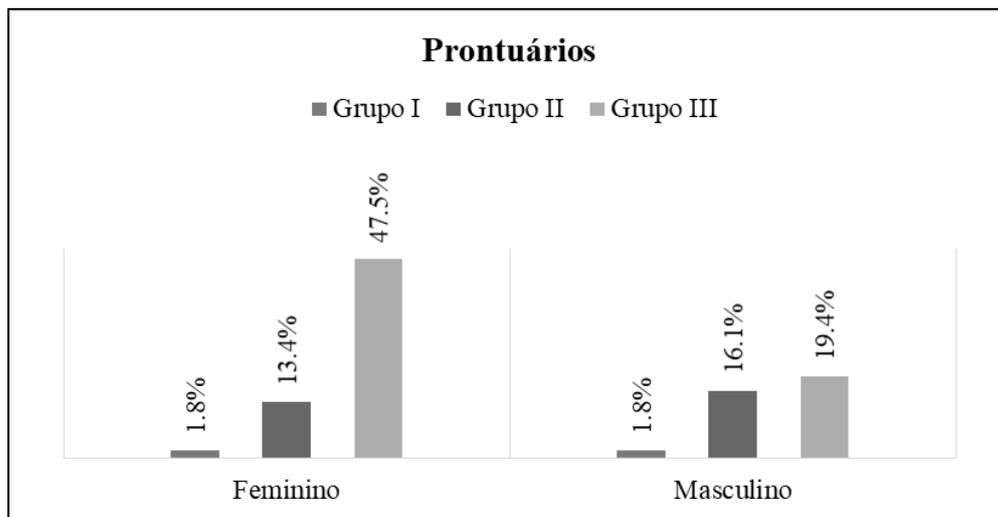
Estudo realizado conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal de Goiás pelo sistema Plataforma Brasil nº 058468/2015. Obtendo a dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). O CEP aprovou a dispensa do TCLE e TALE justificando o curto período de tempo para contatar os pacientes e também pela incidência de óbitos. A ADFEGO na admissão dos pacientes do home

care, aplica um termo de compromisso onde os doentes são esclarecidos sobre possíveis usos de seus dados em pesquisas.

**RESULTADOS**

A amostra do estudo foi composta por 309 prontuários coletados no setor de terapias domiciliares da ADFEGO, entre o período de agosto de 2014 e setembro de 2015. Dentre o total, 92 (29,7%) dos prontuários foram excluídos por estarem incompletos, sendo 36 por não conterem idade, e 56 devido diagnósticos fisioterapêuticos não se enquadrarem na nomenclatura da classificação internacional.

Após a análise dos prontuários dividiu-se em grupos de acordo com a faixa etária, sendo as crianças e adolescentes de 0 a 18 anos grupo 1, adultos de 19 a 64 anos grupo 2 e idosos acima de 65 anos grupo 3. O grupo 1 incluiu 8 prontuários (3,7%), sendo a menor idade foi de 6 anos e a maior de 16 anos, o percentual do sexo feminino foi de 50%. O Grupo 2 correspondeu a 29,5 % dos prontuários, com a idade variando de 20 a 64 anos, sendo que a maioria era do sexo masculino (54,7%). Já o Grupo 3 apresentou o maior número de indivíduos da amostra, 66,8% dos prontuários, com maior número do sexo feminino 71 %, observados na figura 1.



**Figura 1.** Números de Prontuários: valores em porcentagem referentes aos gêneros em relação ao número de prontuários.

**Tabela 1.** Resultado do teste Qui-quadrado dos diferentes tipos de diagnósticos clínicos entre grupos

Diagnóstico Clínico	Grupo n (%)			Total	p
	Criança/ Adolescente	Adulto	Idoso		
Esclerose Múltipla	0 (0.0)	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (0.5)	<0.001
Alzheimer	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (23.4)	34 (15.7)	
Alzheimer/DPOC	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.4)	2 (0.9)	
AVE	0 (0.0)	9 (14.1)	49 (33.8)	58 (26.7)	
AVE/DPOC	0 (0.0)	4 (6.3)	3 (2.1)	7 (3.2)	
Doenças associadas-SNC	0 (0.0)	1 (1.6)	5 (3.4)	6 (2.8)	
DPOC	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (4.1)	6 (2.8)	
ELA	0 (0.0)	2 (3.1)	1 (0.7)	3 (1.4)	
Esclerose Múltipla	0 (0.0)	3 (4.7)	0 (0.0)	3 (1.4)	
Lesão Medular	0 (0.0)	6 (9.4)	4 (2.8)	10 (4.6)	
Lesão no SNC	0 (0.0)	14 (21.9)	7 (4.8)	21 (9.7)	
Lesões Ortopédicas	1 (12.5)	6 (9.4)	19 (13.1)	26 (12.0)	
Neoplasias	1 (12.5)	2 (3.1)	4 (2.8)	7 (3.2)	
Parkinson	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (6.9)	10 (4.6)	
PC	6 (75.0)	16 (25.0)	1 (0.7)	23 (10.6)	

**Nota:** Distribuição (%) dos diagnósticos clínicos encontrados nos prontuários. DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica); AVE (Acidente Vascular Encefálico); SNC (Sistema Nervoso Central); ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica); PC (Paralisia Cerebral).

**Doenças e suas prevalências**

A incidência de paralisia cerebral predominou no Grupo 1 representando 75% dos indivíduos. Da mesma forma esse diagnóstico foi o mais frequente no Grupo 2 (25%), e quando comparado com o Grupo 1 apresentou menor significância, devido maior abrangência de diagnósticos do grupo 2. As lesões no sistema nervoso foi o segundo diagnóstico mais frequente no Grupo 2 com 21,9%. Já o Grupo 3 teve uma preponderância em Acidente Vascular Encefálico (AVE) em 33,8%, seguido do diagnóstico de Alzheimer com 23,4%, como demonstrado na tabela 1.

**Diagnósticos Terapêuticos**

O diagnóstico funcional no Grupo 1 e no Grupo 2 prevaleceu a tetraplegia com 75% e 53,6%, respectivamente. Como segundo diagnóstico mais frequente, a tetraparesia, apresentou 25% no grupo 1 e 18,8% no grupo 2. Em referência ao grupo 3 constata tetraplegia com 36%, seguido de hemiplegia com 15,6%, demonstrado na Tabela 2.

**Classes de tratamento fisioterapêutico**

O tratamento fisioterapêutico no home care foi empregado de três formas: fisioterapia motora, que visa prevenir e tratar afecções osteomusculares, tendíneas e articulares; fisioterapia respiratória, destinada a prevenção e tratamento de doenças do sistema respiratório; e fisioterapia associada, para doentes que necessitam tanto de fisioterapia motora quanto de fisioterapia respiratória. Num aspecto geral, na análise dos prontuários, encontramos apenas fisioterapia motora e associada, em virtude de o comprometimento respiratório não ser encontrado de maneira isolada e sim associada a doenças de afecções motora. Nos grupos 2 e 3, as terapêuticas se assemelharam, prevalecendo a fisioterapia motora, no adulto com 56,3% e no idoso com 66,8% dos atendimentos. Em relação ao tipo de tratamento fisioterapêutico o Grupo 1 a distribuição se igualou entre fisioterapia motora e associada como demonstrado na (Tabela 3).

**Tabela 2.** Resultado do teste de Qui-quadrado dos diferentes tipos de diagnósticos terapêuticos entre grupos.

Diagnóstico Terapêutico	Grupo n (%)				p
	Criança/ Adolescente	Adulto	Idoso	Total	
Hemiparesia	0 (0.0)	5 (7.8)	16 (11.0)	21 (9.7)	
Hemiplegia	0 (0.0)	3 (4.7)	22 (15.2)	25 (11.5)	
Monoparesia	0 (0.0)	1 (1.6)	1 (0.7)	2 (0.9)	
Paraparesia	0 (0.0)	1 (1.6)	20 (13.8)	21 (9.7)	<0.03
Paraplegia	0 (0.0)	6 (9.4)	13 (9.0)	19 (8.8)	
Tetraparesia	2 (25.0)	12 (18.8)	20 (13.8)	34 (15.7)	
Tetraplegia	6 (75.0)	36 (56.3)	53 (36.6)	95 (43.8)	

Nota: Distribuição (%) dos Diagnósticos Terapêuticos encontrados nos prontuários (n=217).

**Tabela 3.** Resultado do teste de Qui-quadrado entre os tipos de tratamentos fisioterapêuticos realizados em cada grupo.

Diagnóstico Terapêutico	Grupo n (%)				p
	Criança/ Adolescente	Adulto	Idoso	Total	
Fisioterapia Motora	4 (50.0)	36 (56.3)	105 (72.4)	145 (78.0)	<0.04
Fisioterapia Motora e Respiratória	4 (50.0)	28 (43.8)	40 (27.6)	72 (32.0)	

Nota: Distribuição (%) dos Diagnósticos Terapêuticos encontrados nos prontuários (n=217).

**Estimativa das prevalências de diagnósticos terapêuticos presentes nos diagnósticos clínicos**

Os principais diagnósticos terapêuticos apresentados no AVE, foram a hemiparesia com (81%) e

a hemiplegia com (88%). No entanto, os doentes que apresentaram AVE associado à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) tiveram uma prevalência em tetraplegia de 5,3%. Já no Alzheimer prevaleceu a tetraparesia em (26,5%) e a tetraplegia em (22,1%).

Entretanto a paralisia cerebral apontou a tetraparesia com (17,6%) e a tetraplegia com (15,8%) de prevalências diagnósticas.

Como esperado, os prontuários de lesão medular demonstraram a paraplegia com (21,1%) de prevalência. As lesões ortopédicas como (fraturas, artrose, pós-operatório de artroplastia, espondilite anquilosante), apresentaram 100% dos diagnósticos de monoparesia e 42,9% com paraparesia. A DPOC exibiu a paraparesia como principal diagnóstico 19%.

Nas lesões do sistema nervoso central incluíram patologias como traumatismo crânio-encefálico, atrofia cerebral e hidrocefalia, a prevalência de tetraplegia foi de (14,7%) e tetraparesia de (11,8%). Contudo a Esclerose lateral amiotrófica se assemelha ao diagnóstico esperado apresentando em 4,8% dos doentes com hemiparesia e a esclerose múltipla com a tetraplegia em 3,2%. Dentre os dados encontrados houve prevalência no diagnóstico terapêutico de paraplegia no diagnóstico clínico de Parkinson em 15,8%, enquanto que a tetraplegia prevaleceu em 14,7% dos achados dessa patologia. Por sua vez, as neoplasias obtiveram uma predominância de paraparesia de (9,5%).

## DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados, verificou-se que o perfil da presente amostra demonstrou predominância do sexo feminino, resultados que corroboram com os indicadores sociais do ano de 2007, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que confirmaram que o número de mulheres, é superior ao de homens nos grupos Adulto e Idoso e que as mulheres buscam mais os serviços de saúde do que homens (VIANA et al, 2013). As estimativas mostram que as mulheres idosas apresentam uma vantagem em relação aos homens no que diz respeito à expectativa de vida. Aos 60 anos, por exemplo, as mulheres podem esperar viver um total de anos adicionais em cerca de 15% superior do total de anos a serem vividos pelos homens (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2009).

O diagnóstico mais prevalente no Grupo 1 é a paralisia cerebral (PC), sabe-se que em países subdesenvolvidos, considerando todos os níveis da PC a incidência chega a 7 para cada 1000 nascidos vivos. Devido a sobrevivência crescente de recém-nascidos prematuros, os distúrbios neurológicos podem chegar a 50% e a presença de PC é de 25 a 31 vezes maior, nesse sentido, ações concretas em pesquisas, prevenção e tratamento da PC devem ser consideradas para essa microrregião. (STRAPSSON; DUARTE, 2009. GRAEFF; GRAVE; PÉRICO, 2011).

O grupo 2 entra em concordância com o grupo 1, mostrando a sobrevida da população portadora de PC. O curso natural da PC mudou bastante durante os últimos 50 anos (MARGRE; REIS; MORAIS, 2010). Segundo THORPE (2009), estudos em vários países têm demonstrado que a expectativa de vida de indivíduos com PC tem aumentado, mas a longevidade é ainda fortemente relacionada com o grau de gravidade da doença. Crianças com PC podem ter sobrevivência semelhante à da população em geral, quando não apresentam comorbidades significativas e tratamentos adequados (DONKERVOORT et al. 2007).

Estimativas para a população idosa brasileira apontam que, até 2020, o país terá 32 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos (TRIBESS; JUNIOR, 2005). Esses dados corroboram com o estudo, levando em consideração que o Grupo 3 apresenta o maior percentual da amostra, com 144 prontuários. Entretanto o aumento da longevidade, contribui para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como as desordens demenciais; as neoplasias; comprometimentos cerebrovasculares, como AVE e desenvolvendo sequelas que acarretam diminuem a qualidade de vida, reduzindo a capacidade para realização das atividades de vida diária dos idosos (REIS et al 2008), necessitando cada vez mais de assistência fisioterapêutica para manter a funcionalidade. Dentre as patologias acometidas no grupo 3 a mais relevante é o AVE, diferentemente dos resultados encontrados em nosso estudo, a literatura apresenta prevalência do sexo masculino (MAZZOLA et al 2007). Recentemente alguns estudos populacionais (BENSENOR, 2015; MANSUR, 2016; NASCIMENTO, 2018) com desfecho para mortalidade cerebrovasculares vinham mostrando uma equivalência entre sexo para acometimento de AVE, do mesmo modo, dados recentes O AVE não foi uma patologia encontrada especificamente entre idosos, acometendo uma faixa etária que variou de 53 a 96 anos.

BENASSI et al (2012), realizou um estudo com 412 pacientes, residentes no estado de São Paulo, verificou que o diagnóstico clínico mais prevalente nos prontuários, com maior causa de encaminhamento para a fisioterapia domiciliar, foi o AVE, tanto isquêmico quanto o hemorrágico, que juntos somaram 21,35% dos doentes encaminhados para fisioterapia domiciliar. O estudo de Viana et al (2013), analisou 339 prontuários de pacientes pertencentes as unidades básicas de saúde de Betim- MG e as doenças neurológicas que apresentaram maior prevalência, também foi o AVE, atingindo 34% dos casos.

A doença de Alzheimer (DA) constitui um problema de saúde pública, principalmente, em

decorrência do envelhecimento populacional (APRAHAMIAN; MARTILENNI; YASSUDA, 2009). Representa a causa mais comum de síndrome demencial sendo consenso na literatura, que a sua prevalência atinge 50% dos casos de demência na população idosa (CAMELLI; BARBOSA, 2002. GONÇALVES; CARMO, 2012). Na presente amostra a DA representou 23,4% dos idosos, sendo que a maioria desses apresentam idade superior a 80 anos, coincide com a prevalência de países desenvolvidos que gira em torno de 1,5% em indivíduos por volta de 65 anos e até 30% em indivíduos por volta de 80 anos (APRAHAMIAN; MARTILENNI; YASSUDA, 2009), mostrando que a idade avança, maior é o risco de DA.

A alteração física mais comum no AVE, é a hemiplegia e a hemiparesia, correspondente respectivamente a deficiência motora caracterizada pela perda total ou parcial do movimento no hemicorpo contralateral à lesão encefálica (SCHUSTER, 2011). O desenvolvimento da hemiparesia é rápido, com quadro inicial flácido, evoluindo para espasticidade, (ABDON et al, 2008) que poderá levar a incapacidade ou dificuldade em realizar diversas tarefas da vida diária (CARVALHO et al, 2007).

A quadriplegia é o comprometimento simétrico dos quatro membros e do tronco, o que torna o uso funcional dos membros superiores e a aquisição da marcha pouco frequente, é a deficiência física mais prevalente na PC (SILVA, et al, 2013). Segundo HONORATO et al (2006) a quadriplegia apresentou prevalência de 52,54%, a diparesia em 27,11% e a hemiparesia em 20,33% dos doentes. No estudo de GUIMARÃES et al (2014), observou-se que a quadriplegia espástica apresentaram maior prevalência, com 32,86%, seguido da diplegia espástica com 20%, hemiplegia espástica com 11,43%. Em nosso estudo observamos nos doentes com paralisia cerebral, a predominância da tetraplegia em 65,1%, tetraparesia em 26,08 %, e a hemiplegia e paraplegia com 4,34% dos prontuários.

O exercício terapêutico é considerado um elemento central nos planos de assistência fisioterapêutica, e tem a finalidade de aprimorar a funcionalidade física e reduzir incapacidades. Inclui uma ampla gama de atividades que previnem complicações como encurtamentos, fraquezas musculares e deformidades osteo-articulares e reduzindo a utilização dos recursos de assistência de saúde. Exercícios estes que aprimoram e preservam a função física, previnem ou minimizam futuras deficiências, perda funcional e incapacidade (SILVA; MAYNARD; CRUZ, 2010.

AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION, 2001).

A fisioterapia respiratória pode atuar tanto na prevenção quanto no tratamento das doenças respiratórias utilizando-se de diversas técnicas e procedimentos terapêuticos tanto em nível ambulatorial, hospitalar ou de terapia intensiva objetivando restabelecer um padrão respiratório funcional no intuito de reduzir os gastos energéticos durante a ventilação, capacitando o doente a realizar as diferentes atividades de vida diária sem promover grandes transtornos e repercussões negativas ao organismo. A utilização de fisioterapia respiratória em âmbito domiciliar também possui resultados promissores, porém mais estudos serão necessários para confirmar a indicação deste tipo de abordagem terapêutica (ABREU et al 2007, PRESTO et al 2009).

## CONCLUSÃO

Dado o exposto percebemos a prevalência dos diagnósticos fisioterapêuticos de tetraplegia e quadriplegia, indicando um comprometimento maior destes pacientes, comprovando a necessidade de um atendimento em domicílio, ressaltando a importância do home care, uma vez que este propicia uma reabilitação voltada para a adaptação deste paciente em seu âmbito familiar.

A análise dos prontuários do serviço de terapias domiciliares da ADFEGO revelou diferentes faixas etárias, sendo o perfil epidemiológico do Grupo 1 com equivalência entre sexos, e a tetraplegia como o diagnóstico clínico predominante na PC. O Grupo 2 prevaleceu o sexo masculino, com diagnóstico clínico semelhante ao Grupo 1. O Grupo de 3 obteve maior índice de doentes, com dominância do sexo feminino e diagnóstico clínico de AVE.

Destaca-se a precariedade de informações encontradas nos prontuários, devido o não preenchimento ou o registro incorreto de algumas informações que comprometeram a descrição de um perfil epidemiológico mais amplo. É imprescindível que todos se conscientizem de que uma padronização e ampliação dos prontuários são extremamente necessárias, assim, descrevendo os agravos que ali ocorrem, apontando as causas e orientando indicações dos meios de controle e profilaxia.

## AGRADECIMENTOS

Associação dos Deficientes Físicos do Estado de Goiás (ADFEGO) e Sociedade de Educação e Cultura de Goiânia – Faculdade Padrão. (SECG).

## REFERÊNCIAS

- ABDON, A. P. V. et al. Os efeitos da bola suíça nos pacientes portadores de hemiplegia por acidente vascular cerebral. *Rev. Bras. Promoção Saúde, Fortaleza*, v. 21, n. 4, p. 233-239, 2008.
- ABREU, L. C. et al. Uma visão da prática da fisioterapia respiratória: ausência de evidência não é evidência de ausência. *Arq. Med. ABC. Santo André*, v. 32, n. 2, p. 76-78, 2007.
- ALENCAR, M.C.B.; HENEMANN, L., ROTHENBUHLER, R. A Capacidade Funcional de Pacientes, e a Fisioterapia em um Programa de Assistência Domiciliar. *Fisioter. Mov., Curitiba*, v. 21, n. 1, p. 11-20, Jan./Mar. 2008.
- AMARAL, N. N. et al. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. *Rev. Neurociências, São Paulo*, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001.
- AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION. Guide to Physical Therapist Practice. American Physical Therapy Association. *Phys. Ther.*; Alexandria, v. 81, n. 1 p. 9-746, 2001.
- APRAHAMIAN, I.; MARTILENNI, J.E., YASSUDA, M.S. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. *Rev. Bras. Clin. Med., Campinas*, v. 7, n. 1, p. 27-35, 2009.
- BEASLEY, T; MARK, R. E. S. Multipleregression approach to analyzing contingency tables: post hoc and planned comparison procedures. *The Journal of Experimental Education*, v. 64, n.1, p. 79-93, 1995.
- 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.
- BENSENOR, Isabela M. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral e de incapacidade associada no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde - 2013. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo*, v. 73, n. 9, p. 746-750, set. 2015.
- CAMARGOS, M.C.S.; RODRIGUES R.N., MACHADO, C.J. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. *Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro*, v. 14, n. 5, p. 1903-1909, Nov./ Dez. 2009.
- CARAMELLI, P.; BARBOSA, M.T. Como diagnosticar as quatro causas Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo*, v. 24, n. 1, p. 7-10, 2002.
- CARVALHO, C. A. et al. Projeto Hemiplegia – Um modelo de fisioterapia em grupo para hemiplégicos crônicos. *Arq. Ciênc. Saúde, Presidente Prudente*, v. 14, n. 3, p. 161-168, Jul./Set. 2007.
- DONKERVOORT, M. et al. Transition Research Group. Determinants of functioning of adolescents and young adults with cerebral palsy. *Disabil Rehabil, South West Netherlands*, v. 29, n. 6, p. 453-63, 2007.
- FELÍCIO, D.N.L. et al. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. *Rev. Bras. Promoção Saúde, Fortaleza*, v. 18, n. 2, p. 64-69, 2005.
- GÓIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Fisioterapia Domiciliar Aplicada ao Idoso. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro*, v. 9, n. 2, p. 49-61, Ago. 2006.
- GONÇALVES, E. A. G.; CARMO, J. S. Diagnóstico da Doença de Alzheimer na População Brasileira: um Levantamento Bibliográfico. *Revista Psicologia e Saúde, São Carlos*, v. 4, n. 2, p. 170-176, Jul./Dez. 2012.
- GRAEFF, D. R.; GRAVE, M. T. Q., PÉRICO, E. Alterações Neuromotoras e Comprometimentos Corporais Encontrados em Pacientes com Paralisia Cerebral em Sete Instituições Especializadas do Vale do Taquari. *Revista Destaques acadêmicos, Taquari*, v. 3, n. 3, p. 13-20, 2011.
- GUIMARÃES, C. L. et al. Aspectos clínicos epidemiológicos de crianças com paralisia cerebral assistidas pela clínica escola de Fisioterapia UNIP-São José dos Campos. *J. Health Sci. Inst., São José dos Campos*, v. 32, n. 3, p. 281-285, 2014.
- HONORATO, A. S. et al. Estudo epidemiológico de portadores de encefalopatia crônica não progressiva infantil na APAE dos municípios de Mogi das Cruzes e Suzano-SP. *Fisioter. Ser., São Paulo*, v. 2, n. 1, p. 11-17, 2006.
- LACERDA, M. R. et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Rev. Saúde e*

Sociedade, São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, Mai./Ago. 2006.

MANSUR, Antonio de Padua; FAVARATO, Desidério. Trends in Mortality Rate from Cardiovascular Disease in Brazil, 1980-2012. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 107, n. 1, p. 20-25, July 2016.

MARGRE, A. L. M.; REIS, M. G. L., MORAIS, R.L.S. Caracterização de adultos com paralisia cerebral. *Revista Bras.Fisioter.*, São Carlos, v. 14, n. 5, p. 417-425, Set./Out. 2010.

MAZZOLA, D.et al. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clinica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 20, n. 1, p. 22-27, 2007.

NASCIMENTO, Bruno Ramos et al . Cardiovascular Disease Epidemiology in Portuguese-Speaking Countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 110, n. 6, p. 500-511, jun. 2018.

PRESTO, B. et al. Ventilação Não-Invasiva e Fisioterapia Respiratória para pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica. *Rev. Neurocienc.* Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 293-297, 2009.

REIS, L.A. et al, Prevalência e padrão de distribuição do acidente vascular encefálico em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico no município de Jequié, BA. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Natal, v. 11, n. 3, p. 369-378, 2008.

SCHUSTER, R. C. Correlação entre Disfunções Motoras e Respiratórias no AVC. *Rev. Neurocienc.*, Caxias do Sul, v. 19, n. 4, p. 587-588, 2011.

SILVA, A. P. P.; MAYNARD, K., CRUZ, M. R. Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos: revisão de literatura. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 85-91, 2010.

SILVA, L.W.S.; DURÃES, A.M., AZOUBEL, R. Fisioterapia domiciliar: pesquisa sobre o estado da arte a partir do Niefam. *Fisioter.Mov.*, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 495-501, Jul./Set. 2011.

SILVA, P. L. et al. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral quadriplégica hipertônica: estudo

de casos. *Revista Científica da FHO/UNIARARAS*, Araras, v. 1, n. 1, p. 40-44, 2013;

STRAPSSON, A.M.; DUARTE, E. “Polybat”: um jogo para pessoas com paralisia cerebral. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 121-133, Abr./Jun. 2009.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F., MEDINA, P. O desenvolvimento do “Home Healthcare” no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15-18, Out./Dez. 2000.

THORPE, D. The role of fitness in health and disease: status of adults with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, North Carolina, v. 51, n. 4, p. 52–58, 2009.

TRIBESS, S.; JUNIOR, J.S.V. Prescrição de exercícios físicos para idosos. *Revista saude.com*, Bahia, v. 1, n. 2, p. 163-172, 2005. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n2a10.pdf>. Acesso em: 09 de Out. 2015.

VIANA, S. O., et al . Perfil do indivíduo avaliados em domicílio pela fisioterapia nas unidades básicas de saúde de Betim. *Rev. APS.*, Betim, v. 16, n. 3 p. 278-286, Jul./Set. 2013.

ZEM- MASCARENHAS, S. L.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. *Rev. Eletr. Enf.*, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 45-54, 2009. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a06.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a06.pdf). Acesso em: 9 de Out. 2015.