



Sobrevida e funcionalidade em idosos na atenção domiciliar

Survival and functionality in elderly in home care

Silvana Salla Krusch¹, Karen Barros Parron Fernandes², João Paulo Manfré dos Santos³, Deise A. A. Pires-Oliveira⁴

¹ Fisioterapeuta na Secretaria Municipal de Saúde de Londrina - GPGS. Mestre em Ciências da Reabilitação Mestrado/Doutorado Associado UEL/UNOPAR, Londrina (PR), Brasil; ² Doutora em Farmacologia (FMRP-USP). Docente do Programa Ciências da Reabilitação Mestrado/Doutorado Associado UEL/UNOPAR, Londrina (PR), Brasil. ³ Doutor em Ciências da Reabilitação Mestrado/Doutorado Associado UEL/UNOPAR, Londrina (PR), Brasil; ⁴ Doutora em Engenharia Biomédica - UNIVAP. Docente do Programa Ciências da Reabilitação Mestrado/Doutorado Associado UEL/UNOPAR, Londrina (PR), Brasil.

*Autor correspondente: Silvana Salla Krusch - E-mail: silvanasalla@hotmail.com

RESUMO

Com o envelhecimento ocorrem complicações que afetam a funcionalidade e a independência dos indivíduos, muitas vezes sendo necessário o acompanhamento contínuo por profissionais da saúde, entre eles o fisioterapeuta. Diante disso, objetivou-se verificar a sobrevida, a funcionalidade e a ocorrência de comorbidades em indivíduos idosos acompanhados pelo serviço de Fisioterapia domiciliar. Um estudo com delineamento transversal foi realizado com 121 participantes de um Serviço de Atenção Domiciliar, utilizando a *Karnofsky Performance Scale* para verificar a funcionalidade, e o Índice de Comorbidades de Charlson para avaliar as multimorbidades. Constatou-se que aproximadamente metade dos participantes apresentou cronicidade funcional, com condição potencialmente incapacitante, com piora dos índices de funcionalidade em indivíduos que sofreram alguma intercorrência. Os resultados demonstraram também que o acesso à Fisioterapia aumentou a taxa de sobrevida dos idosos e que o acompanhamento fisioterapêutico mais frequente possibilitou que a funcionalidade se mantivesse.

Palavras-chave: Análise de sobrevida. Avaliação de Estado de Karnofsky. Idoso. Modalidades de fisioterapia. Serviços de assistência domiciliar.

ABSTRACT

With aging, there are complications affecting the functionality and independence of individuals, often requiring continuous monitoring by health professionals, including the physical therapist. The objective was to analyze survival, functionality and the occurrence of comorbidities in elderly individuals monitored by the home physical therapy service. A cross-sectional study was carried out with 121 participants from a home care service, using the *Karnofsky Performance Scale* to check functionality, and the *Charlson Comorbidity Index* to assess multimorbidity. It was found that approximately half of the participants evaluated had functional chronicity, with potentially disabling condition, with worsening of functionality indices in individuals who have suffered some complication. The results also demonstrated that access to physical therapy increased the survival rate of the elderly and that the more frequent physical therapy follow-up enabled the functionality to be maintained.

Keywords: Aged. Home care services. Karnofsky performance status. Physical therapy modalities. Survival analysis.

Recebido em Junho 08, 2020

Aceito em Dezembro 04, 2020

INTRODUÇÃO

Assim como em outros países no mundo, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico no Brasil também necessitam de adaptação do modelo de atenção em saúde, tornando-o ponto de cuidado estratégico. O processo de envelhecimento populacional é um fator que impulsiona a preocupação dos sistemas de saúde em relação a novos modelos de cuidado.¹

Com a dinâmica do envelhecimento e as diversas perdas originadas desse processo, há a ocorrência de Doenças e Agravos Crônicos não Transmissíveis (DANTs), que pode tornar o quadro clínico dos indivíduos crítico. Como consequência, existe o declínio da funcionalidade que compromete a independência nas Atividades da Vida Diária (AVDs) e influencia negativamente a qualidade de vida do idoso, aumentando sua vulnerabilidade.^{2,3} Sendo assim, muitas vezes, o idoso tem a necessidade de ser acompanhado regularmente por profissionais de saúde.

Uma das estratégias propostas pelo Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) para sujeitos que se encontram nessa situação foi a criação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), com atividades orientadas à humanização, associadas à integralização das ações entre os serviços públicos de saúde.

No SAD, estabelecido pela Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, e redefinido pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, o serviço de Fisioterapia é parte integrante da equipe multiprofissional. Ainda, conforme a Portaria, a atenção domiciliar divide-se em AD1, AD2 e AD3, conforme o estágio em que a doença se encontra, a necessidade de atendimentos e o número de visitas semanais. Nesta estratificação, os indivíduos em AD1 são de abrangência da Atenção Básica (ESF) e os indivíduos em AD2 e AD3 de abrangência do SAD que, por sua vez, acompanha aqueles que necessitam de assistência em média e alta complexidade, em qualquer idade, na sua maioria

acamados e que demandam receber acompanhamento pelo menos uma vez na semana.^{1,4,5}

Assim, o Fisioterapeuta, no ambiente domiciliar, orienta e treina os cuidadores, realiza a Fisioterapia motora, respiratória e a abordagem em cuidados paliativos, conforme os recursos físicos, humanos e/ou tecnológicos presentes.^{6,7,8} Dessa forma, a utilização de uma avaliação funcional representa um instrumento relevante para determinar o diagnóstico e o prognóstico adequados dos indivíduos acompanhados.^{9,10}

Mediante ao crescimento da expectativa de vida dos brasileiros, à cronificação das DANts e à carência de um serviço de atenção no domicílio direcionado às reais necessidades dos indivíduos^{11,12}, os objetivos estabelecidos para esta pesquisa foram: verificar a sobrevida em idosos que realizaram a Fisioterapia do SAD de um município brasileiro; avaliar a funcionalidade dos idosos segundo a *Karnofsky Performance Scale* (KPS); averiguar o tempo transcorrido até a ocorrência do evento (reinternação hospitalar ou óbito) relacionado ao número de atendimentos de Fisioterapia e à quantidade de doenças associadas nos idosos. Os achados dessa investigação podem contribuir para estudos futuros com novas perspectivas sobre outros modelos de intervenção relacionados à prevenção, à recuperação e/ou à qualidade de vida de idosos acamados.

METODOLOGIA

TIPO E AMOSTRA DO ESTUDO

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo, quantitativo, realizado no SAD da Prefeitura Municipal de Londrina - Paraná, com dados obtidos no decorrer do ano de 2012. Foram verificadas as informações de 121 pessoas com 60 anos e mais de idade, admitidos no SAD, e acompanhados pelo serviço de Fisioterapia. Como critérios de exclusão foram considerados indivíduos que estavam realizando Fisioterapia ambulatorial concomitante

com o atendimento no SAD, e aqueles que não foram encaminhados ao serviço de Fisioterapia por profissionais médicos.

PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS, INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO

Utilizou-se o banco de dados administrativo do Cadastro de Pacientes e a Lista Mensal de atendimento da equipe de Fisioterapia do SAD – Londrina (PR) para obtenção das informações sociodemográficas dos indivíduos como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar (calculada em salários mínimos), ocupação, situação de moradia e saneamento, além do número de atendimentos fisioterápicos realizados, tipo de Fisioterapia (respiratória ou motora), tempo que os indivíduos permaneceram no serviço de Fisioterapia, diagnóstico clínico e comorbidades associadas. Também foram colhidas as informações do cuidador.

O Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) foi utilizado como medida para verificar a sobrevida segundo as multimorbidades e a KPS para análise dos índices de desempenho funcional no início e no final do período de internação (em percentual). Os dados foram colhidos pelas equipes do SAD durante a visita de admissão, após o recebimento do encaminhamento pelo serviço. Os seguintes instrumentos foram utilizados como protocolo de avaliação:

1. Lista Mensal: Utilizado pelo serviço de Fisioterapia em que consta a relação dos indivíduos acompanhados por cada equipe, o registro do profissional que prestou o atendimento, assim como a quantidade de atendimentos e o tipo de terapia realizada (respiratória e/ou motora). Mensalmente este instrumento é enviado ao setor administrativo do SAD.
2. KPS: Escala empregada para classificar o sujeito em relação à sua performance funcional podendo, inclusive, comparar o resultado ou os efeitos de terapias

aplicadas por meio da sua resolutividade e possíveis alterações no prognóstico do paciente. É constituída por termos que englobam os diferentes níveis de autonomia e capacidade funcional, com pontuação variando de 0-100 (0 significa o óbito e 100 o indivíduo normal, sem evidência de doenças ou queixas).¹³

3. Nesta pesquisa realizou-se uma categorização da funcionalidade dos participantes em melhora, piora, óbito ou cronicidade, relacionando os resultados iniciais e finais da KPS.
4. ICC: Ferramenta comumente empregada em estudos epidemiológicos de natureza clínica que leva em conta a existência simultânea de uma ou mais doenças.¹⁴ Para este estudo, com o propósito de obter dois grupos homogêneos, os resultados foram agrupados conforme a mediana: o Grupo A (GA) - com pontuação entre zero e dois; e o Grupo B (GB) - com pontuação acima de dois.

Como desfecho da presente pesquisa foram considerados os eventos de reinternação hospitalar e óbito dos participantes.

ANÁLISE DE DADOS

Quanto à análise estatística foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para averiguar a normalidade de dados como: tempo de permanência no serviço, número total de visitas de Fisioterapia, número de atendimentos de Fisioterapia (respiratória e motora) e percentual da KPS. Os dados foram exibidos em mediana e intervalos interquartílicos por não apresentarem normalidade na distribuição ($p \geq 0,05$). O método de Kaplan-Meier foi empregado para estimação da função de sobrevivência, com teste de Log Rank para comparação das curvas de sobrevivência entre os participantes que tinham ICC de zero a dois

e maior que dois, e na comparação daqueles que tiveram de uma a seis visitas (Grupo 1 - G1) e mais que seis visitas (Grupo 2 - G2), observando o tempo até a ocorrência da reinternação hospitalar ou do óbito. Objetivando-se verificar o tempo até a reinternação ou o óbito, utilizou-se o total de acompanhamentos efetuados, agrupados segundo a mediana. Por último, o teste de Wilcoxon analisou a diferença entre os percentuais inicial e final da KPS. Considerou-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) para todos os testes realizados. As análises estatísticas foram feitas com auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS®*, versão 20.0 para *Windows*.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) sob o parecer do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 276.654/13 em 2012, e teve autorização da Autarquia Municipal de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Fizeram parte da pesquisa 121 sujeitos com média de idade de 75,17 anos ($\pm 8,98$ anos), dos quais 59 (48,8%) eram homens e 62 (51,2%) eram mulheres. Dos indivíduos analisados 71 (58,7%) utilizavam oxigenoterapia contínua ou intermitente e 50 (41,3%) não usavam oxigenoterapia.

A Tabela 1 exibe informações sobre o tempo de permanência no serviço de Fisioterapia (em dias), o total de visitas de Fisioterapia e o tipo de Fisioterapia empregada (respiratória ou motora).

Tabela 1. Panorama do serviço de Fisioterapia no SAD – Londrina (PR) (2012)

	Tempo de Permanência no Serviço (dias)	Total de Visitas da Fisioterapia	Tipo de Fisioterapia	
			Fisioterapia Respiratória	Fisioterapia Motora
			(Nº de atendimentos)	(Nº de atendimentos)
Total	364	1188	1058	555
Mediana	142,00	6,00	5,00	2,00
1º Quartil	35,50	3,00	2,00	0,00
3º Quartil	312,50	14,00	13,00	6,00

A Tabela 2 demonstra os dados sociodemográficos dos idosos (estado civil, ocupação, escolaridade e renda familiar). A análise mostra que a maioria dos indivíduos que apresentou os eventos (reinternação hospitalar ou óbito) não era casada (24-55,9%), era aposentada (29-67,4%), alfabetizada (22-51,2%) e com renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos (32-74,4%).

A Tabela 3 mostra a análise de sobrevida dos idosos segundo o número de visitas. Nela constam a totalidade de indivíduos no G1 (sujeitos que tiveram de uma a seis visitas) e no G2 (sujeitos que tiveram

mais de seis visitas), o total e o percentual daqueles que apresentaram os dois eventos ou apenas um deles, a média e o desvio padrão (em dias) dos participantes que foram acompanhados pelo serviço de Fisioterapia.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos idosos, Londrina (PR) (2012)

Característica	Total		Manutenção/Melhora		Reinternação/Óbito	
	N	%	N	%	N	%
Estado Civil						
Solteiro(a)	5	4,2	3	3,8	2	4,7
Casado(a)	53	43,8	34	43,6	19	44,2
Divorciado(a), separado(a) judicialmente	12	9,9	8	10,3	4	9,3
Viúvo(a)	51	42,1	33	42,3	18	41,9
Total	121	100	78	100	33	100
Ocupação						
Aposentado(a)	73	60,3	44	56,4	29	67,4
Formal	15	12,4	9	11,5	6	14,0
Informal	10	8,3	6	7,7	4	9,3
Outros	23	19,0	19	24,4	4	9,3
Total	121	100	78	100	43	100
Escolaridade						
Analfabeto/analfabeto funcional	48	39,7	27	34,6	21	48,8
Ens. Fundamental (8 anos de escolaridade)	68	56,1	49	62,8	19	44,2
Ens. Médio (3 anos de escolaridade acrescidos ao Ens. Fund.)	3	2,5	1	1,3	2	4,7
Ens. Superior	2	1,7	1	1,3	1	2,3
Total	121	100	78	100	43	100
Renda Familiar						
< 1 SM ^a	7	5,8	5	6,4	2	4,7
De 1 a 3 SM	95	78,5	63	80,8	32	74,4
De 4 a 6 SM	16	13,2	9	11,5	7	16,3
> 6 SM	3	2,5	1	1,3	2	4,7
NENHUM	-	-	-	-	-	-
Total	121	100	78	100	43	100

SM = salário mínimo, 2012.

Tabela 3. Análise de sobrevida dos idosos de acordo com o número de visitas, Londrina (PR) (2012)

Visitas	Total	Eventos						Dias de permanência no serviço de Fisioterapia		
		Sim		Não		Mediana	1º Q / 3º Q	IC 95%		
		Óbito	Reinternação	N	%				N	%
G1 (1 a 6)	63	15	23,8	13	21,6	35	55,6	197,34	22,67	(161,53 - 203,04)
G2 (> 6)	58	8	13,8	7	12,1	43	74,1	300,20	15,67	(296,07 - 304,32)
Total	121	23	19,0	20	16,5	78	64,5	246,53	14,69	(243,88 - 249,17)

Log Rank (Qui-Quadrado = 13,48 e $p < 0,001$; G1 = Grupo 1; G2 = Grupo 2; Q = Quartil; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%).

A Tabela 4 demonstra a sobrevida dos idosos segundo as comorbidades. Nela estão descritos a totalidade de indivíduos no GA ou GB, o total e a porcentagem de participantes que apresentaram os dois eventos ou apenas um deles, a média e o desvio padrão (em dias) dos participantes que foram acompanhados pelo serviço de Fisioterapia. Para o Índice de comorbidades de Charlson (ICC), o GA totalizou 77 indivíduos e o GB 44 indivíduos.

No GA, 15 (19,6%) participantes foram a óbito e 9 (11,6%) reinternados, ou seja, 24 (31,2%) indivíduos apresentaram os eventos de reinternação hospitalar ou óbito. De outro modo, no GB, 8 (18,2%) participantes foram a óbito e 11 (25%) reinternados, totalizando 19 (43,2%) indivíduos que tiveram os eventos. Entre os grupos não houve diferença estatisticamente significativa na curva de Kaplan-Meier ($p = 0,118$).

Tabela 4. Análise de sobrevida dos idosos de acordo com as comorbidades avaliadas pelo índice de Charlson, Londrina (PR) (2012)

Comorbidades	Total	Eventos						Dias de permanência no serviço de Fisioterapia		
		Óbito		Reinternação		Não		Média	DP	IC 95%
		N	%	N	%	N	%			
GA (0 a 2)	77	15	19,6	9	11,6	53	68,8	197,34	22,67	(192,19 - 202,48)
GB (> 2)	44	8	18,2	11	25,0	25	56,8	300,20	15,67	(295,43 - 304,96)
Total	121	23	19,0	20	16,5	78	64,5	246,53	14,69	(243,88 - 249,17)

Log Rank (Qui-Quadrado = 2,45 e $p = 0,118$; GA = Grupo A; GB = Grupo B; DP = Desvio padrão; IC 95% = Intervalo de confiança de 95%).

A Figura 1 mostra a análise da função do tempo até a ocorrência da reinternação hospitalar ou óbito segundo o total de visitas e o tempo de permanência no serviço de Fisioterapia. Os resultados verificaram que 43 participantes foram a óbito ou reinternados, dos quais 23 (19,0%) indivíduos obitaram e 20 (16,5%) sofreram reinternação. Ao se comparar os eventos entre G1 e G2, constatou-se que no G1, 15 (23,8%) participantes foram a óbito e 13 (21,6%) reinternaram, sendo que no G2, 8 (13,8%) obitaram e 7 (12,1%) foram submetidos à reinternação. A diferença entre o G1 e o G2 foi estatisticamente significativa ($p \leq 0,001$) para existência ou não dos eventos. Os resultados mostraram ainda que a quantidade de visitas está relacionada com o tempo para a ocorrência dos eventos (reinternação hospitalar ou óbito). Essas visitas, de acordo com a necessidade ou a gravidade de cada indivíduo, aconteceram de maneira variada no decorrer do ano. Relacionando-se o G1 com o G2, os indivíduos do G2 apresentaram menor relação

com os eventos ($p \leq 0,001$). Notou-se que a maior parte dos eventos ocorreu até os 60 dias iniciais de seguimento do grupo em que houve menor número de visitas (G1), quando comparado ao grupo que teve mais visitas (G2). Segundo a categorização da KPS, verificou-se que 56 (46,3%) participantes tiveram uma cronicidade do perfil funcional (preservando resultado idêntico na escala), 17 (14%) melhoraram, 19 (15,7%) pioraram e 29 (24%) morreram.

Foi averiguada que a média da KPS nos indivíduos que reinternaram ou morreram foi de 42.7 (DP \pm 12.21) no início, e ao final foi de 7.20 (DP \pm 12.40). Já no grupo com melhora ou estado inalterado, a média inicial foi de 48.71 (DP \pm 14.35) e final de 49.49 (DP \pm 15.44). Portanto, ao se comparar os grupos, nesses dois momentos, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes pelo modelo corrigido por tempo de manutenção no serviço de Fisioterapia ($p \leq 0,001$).

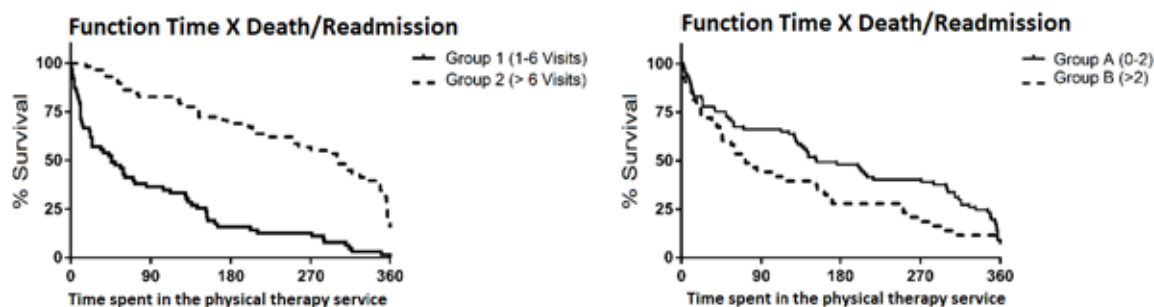


Figura 1. Análise de sobrevivência dos idosos de acordo com o total de visitas e o tempo de permanência no serviço de Fisioterapia (em dias) à esquerda, e, à direita, a análise de sobrevivência dos idosos de acordo com as comorbidades avaliadas pelo índice de Charlson, Londrina (PR) (2012).

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que, ao investigar a sobrevivência dos idosos, o grupo que teve mais do que seis visitas de Fisioterapia apresentou um número menor de eventos, os quais ocorreram gradativamente com o tempo.

Em uma pesquisa, realizada em um Estado brasileiro, que analisou a prevalência dos tipos de Fisioterapia realizados em um grupo que estava em atendimento domiciliar, os autores constataram que para produzir melhores resultados, o início da Fisioterapia deveria acontecer de maneira precoce.⁷ Isso é confirmado pelos achados deste trabalho, em que foi verificada a existência de um número maior de eventos nos 60 dias iniciais, nos dois grupos analisados. Demonstra-se, assim, a importância de mais atendimentos fisioterápicos como auxiliar na estabilização dos quadros clínicos e diminuição da cronicidade das doenças.

Outro aspecto importante verificado na presente pesquisa foi a análise da funcionalidade dos idosos de acordo com os índices obtidos na KPS. Foi constatado que os participantes, ao término do estudo, preservaram a funcionalidade avaliada inicialmente (apresentavam-se em uma condição potencialmente incapacitante, que demandava cuidados específicos). Igualmente, é importante ressaltar que indivíduos com escore menor que 40 na KPS; podem apresentar uma maior sobrevivência.¹³

Um dos aspectos relevantes que se deve considerar quando é utilizada uma escala para prever sobrevivência, como a KPS, é a sua incomplexidade de aplicação e eficácia na análise da funcionalidade e prognóstico dos indivíduos que têm agravos crônicos e graves. Ainda considera-se o fato de não necessitar de exames séricos complementares. A análise da capacidade funcional do idoso, a fim de avaliar o prognóstico nos diferentes contextos na rede de saúde, é fator fundamental.¹⁴

Um grupo de indivíduos idosos foi motivo de estudo no SAD de Curitiba - Paraná, em que comparou-se as escalas *Palliative Performance Scale* (PPS), *Karnofsky Performance Scale* (KPS), *Palliative Prognostic Index* (PPI) e *Palliative Prognostic Score* (PaP) quanto à acurácia em prever a sobrevivência. Constatou-se que nenhuma escala prognóstica é superior às demais.¹⁵

No que se refere à avaliação da associação entre as comorbidades e a sobrevivência dos idosos, concluiu-se, neste trabalho, que não houve diferença significativa quando comparados o número de doenças associadas e os eventos de reinternação hospitalar ou óbito. Em outra pesquisa, diferentes resultados foram verificados, quando utilizado o ICC para averiguar a correlação entre comorbidades, risco de óbito e reinternação em idosos. Os autores mostraram que o maior risco de óbito pós hospitalização estava diretamente relacionado à severidade das comorbidades.¹⁴

Uma pesquisa realizada em meio ambulatorial analisou o impacto da fragilidade, da multimorbidade e da incapacidade funcional na sobrevida de idosos. O trabalho concluiu que a fragilidade afetou de forma negativa a sobrevida desses indivíduos.¹⁶ No entanto, não houve associação estatisticamente significativa no que diz respeito às multimorbidades e à perda funcional. Cabe ressaltar, que o referido estudo não analisou o suporte terapêutico nas diferentes condições, o que poderia ter resultado em diferentes desfechos.

Pesquisas sobre a dinâmica do envelhecimento, as situações de saúde associadas e o impacto da funcionalidade na qualidade de vida dos idosos, cada vez mais, analisam a associação das doenças quanto aos seus desfechos, dentre eles o óbito.¹⁶ Porém, entre as potenciais limitações do presente trabalho, ressaltam-se a escassez de estudos na literatura com idosos acompanhados na atenção domiciliar e que investiguem como o serviço de Fisioterapia pode aumentar a sobrevida desses indivíduos.

Sendo assim, este trabalho pode contribuir com futuras investigações relacionadas ao tema, além de nortear e auxiliar a implantação dos serviços de Fisioterapia nos SADs, bem como o planejamento e a gestão das equipes de atenção domiciliar na rede de saúde.

CONCLUSÃO

Como demonstram os achados desta investigação, os idosos acompanhados pelo SAD Londrina (PR) apresentaram comorbidades potencialmente incapacitantes, que comprometeram de maneira significativa a funcionalidade desses indivíduos.

Ressalta-se o quão importante é a avaliação sistemática da condição clínica dos idosos utilizando instrumentos como a KPS, na identificação dos graus de vulnerabilidade e, também, como recurso auxiliar

para os profissionais de saúde no delineamento das ações de prevenção e de tratamento.

O aumento da sobrevida e a redução de eventos, como a reinternação hospitalar ou o óbito, se associaram a mais atendimentos de Fisioterapia, fato que contribuiu para que a funcionalidade inicial dos participantes se mantivesse. Esse é um ponto importante quando vinculado ao tratamento clínico, pois favorece a redução dos encaminhamentos ao hospital, e conseqüentemente minimiza as complicações clínicas, funcionais e emocionais inerentes à permanência dos idosos neste ambiente.

REFERÊNCIAS

1. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(5):1863-76.
2. Sanchez MAS. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Envelhecimento*. 2000; 3(3):35-54.
3. Ording AG, Sørensen HT. Concepts of comorbidities, multiple morbidities, complications, and their clinical epidemiologic analogs. *Clin Epidemiol*. 2013; 5:199-203.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2016.
6. Colodetti NLM, Pardim RSS, Vieira RS, Morais SG. Fisioterapia na assistência domiciliar [Trabalho de Conclusão de Curso]: Universidade Vale do Rio Doce; 2009.
7. Gois ALB, Veras RP. Fisioterapia domiciliar apli-

- cada ao idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006; 9(2):49-73.
8. Rodrigues IG, Zago MMF. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. *Cien Cuid Saude*. 2012; 11(suplem):31-8.
 9. Haas J. Avaliação da capacidade funcional em pacientes críticos após dois anos da alta da UTI [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
 10. Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte RR. Avaliação funcional de idosos. *Sci Med*. 2008; 18(1):4-9.
 11. Hayashi D, Gonçalves CG, Parreira RB, Fernandes KB, Teixeira DC, Silva RA, et al. Postural balance and physical activity in daily life (PADL) in physically independent older adults with different levels of aerobic exercise capacity. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012; 55(2):480-5.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
 13. Lisbôa CN. Sobrevida em mulheres com câncer em cuidados paliativos: o uso do palliative prognostic score (PaPScore) em uma população de mulheres brasileiras [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.
 14. Sousa-Muñoz RL, Ronconi DE, Dantas GC, Lucena DMS, Silva IBA. Impacto de multimorbidade sobre mortalidade em idosos: estudo de coorte pós-hospitalização. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013; 16(3):579-89.
 15. Moretti RP, Cechinel C, Espindola R, Acurácia dos Instrumentos Preditivos de Sobrevivência em Pacientes Idosos Sob Cuidados Paliativos em Atendimento Domiciliar em Curitiba. *Geriatr Gerontol Aging*. 2019; 13(4):211-8.
 16. Leme DEC et al. Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevida de idosos ambulatoriais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(1):137-46.