

HUMANIZAÇÃO NA INTERAÇÃO FISIOTERAPEUTA, PACIENTE ACAMADO E CUIDADOR FAMILIAR

Humanization at interaction physiotherapist, sick patient and family caregivers

Daiani dos Santos Antonio¹, Welinton Sartor Pietsch¹, Sandro Ressler²

¹Acadêmicos do curso de Fisioterapia – UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense.

²Mestre em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Fisioterapia – UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Endereço para correspondência:

Sandro Ressler

Rua Presidente João Belchior Goulart, 811 Jardim Elizabete – Içara/SC

E-mail: sandroressler@yahoo.com.br

Resumo

Este estudo teve como objetivo compreender a importância do cuidado humanizado estendido aos familiares dos pacientes acamados e os benefícios que ele proporciona, diante das alterações dos fatores psicossociais. Trata-se de um estudo qualiquantitativo, com coleta primária de dados através de questionários semiestruturados. Foram entrevistados 4 pacientes acamados, registrados em 2 Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Criciúma/SC e seus principais cuidadores, totalizando 8 entrevistados. Ao realizar a coleta de dados, percebeu-se que os acamados e cuidadores possuíam um sentimento afetivo e de acolhimento pelos profissionais de Fisioterapia, denotando que serviços prestados pelos profissionais de Fisioterapia, tem atendido à Política Nacional de Humanização (PNH), evidenciam ainda que os cuidados paliativos aprendidos durante a formação acadêmica dos profissionais de saúde, tem valor fundamental durante a vida profissional, aproximando o fisioterapeuta dos pacientes e seus familiares, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (QV) de todos envolvidos.

Palavras-Chave: Fisioterapia. Cuidadores. Humanização da Assistência. Família. Cuidados paliativos.

Abstract

The purpose of this study was to understand the importance of humanized care extended to family members of bedridden patients and the benefits it provides in face of changes in psychosocial factors. It is a qualitative study, with primary data collection through semi-structured questionnaires. We interviewed 4 bedridden patients, registered in 2 Family Health Strategies (ESF) in the city of Criciúma / SC and their main caregivers, totaling 8 interviewees. When data collection was carried out, it was noticed that the bedridden and caregivers had an affective and welcoming feeling for the Physiotherapy professionals, denoting that the services provided by the Physiotherapy professionals, have complied with the National Humanization Policy (PNH) the palliative care learned during the academic training of health professionals has a fundamental value during the professional life, bringing the physiotherapist closer to patients and their families, contributing to a better quality of life (QoL) of all involved.

Keywords: Physical Therapy Specialty. Caregivers. Humanization of Assistance. Family. Palliative care.

INTRODUÇÃO

As pessoas acamadas precisam de cuidados especiais, por possuir muitas vezes um alto nível de dependência, necessitando de auxílio para desenvolver as atividades de vida diária (AVD's), e as atividades de higiene pessoal. Também estão mais suscetíveis a agravos em sua saúde, pois em sua maioria desenvolvem os efeitos colaterais da longa permanência no leito¹. Apresentam déficit funcional e necessidade de um cuidador, pessoa que está diretamente envolvida no atendimento do acamado, sendo extremamente necessário esclarecer as dúvidas sobre os cuidados necessários, para que seja possível uma boa assistência ao paciente².

Zelar por um familiar com doença avançada em casa tem um grande impacto no domínio pessoal do cuidador e no relacionamento que ele mantém com o membro da família doente. Estar envolvido no processo de morte se traduz em um esforço físico e psicológico, juntamente com uma limitação substancial no desenvolvimento normal de sua própria vida³. Quando o cuidador familiar recebe o suporte adequado da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode assumir a responsabilidade frente ao paciente acamado possibilitando a este dedicação satisfatória e continuidade da assistência prestada com qualidade e humanização⁴.

Lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), surgiu da necessidade do avanço e da qualificação do sistema nacional de saúde, estimulando a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, através de orientações clínicas, éticas e políticas por meio dos princípios e diretrizes da humanização⁵. Na prática, os resultados almejados pela PNH são: a redução de filas e do tempo de espera, ampliando as demandas; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde e gestão participativa dos serviços⁶.

Para ampliar as ações da Atenção Primária à Saúde no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em janeiro de 2008 ⁷. Um NASF deve ser constituído por uma equipe multiprofissional que atua em conjunto com os profissionais das ESF's, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes das estratégias. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e pelas equipes de Saúde da Família, identificando e priorizando as necessidades locais e a disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui como porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às ESF's ⁷.

A percepção dos acompanhantes sobre o conceito de humanização envolve atenção, zelo, preocupação e muitas vezes até um envolvimento afetivo com o paciente, e compreender a percepção deste, significa estar alerta às reais necessidades do indivíduo⁸. A avaliação do respectivo estado emocional do paciente e do cuidador familiar é necessária no tratamento de cuidados paliativos para reduzir a lacuna na qualidade de vida (QV) entre os dois grupos. Além disso, deve ser dada mais atenção à falta de apoio social para cuidadores familiares⁹.

A atuação do fisioterapeuta na atenção básica pode contribuir para otimização dos serviços prestados, pela prevenção do aumento do volume de complexidade da atenção em saúde, reduzindo gastos públicos, e ao mesmo tempo colaborar com a mudança do modelo assistencial simplificado, evitando o aumento de patologias e suprimindo demandas do serviço de Fisioterapia pela população assistida¹⁰.

O fisioterapeuta vem complementar as ações de saúde e promover uma assistência que faltava na Unidade Básica de Saúde (UBS), por meio de somatização e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da ESF¹¹.

O fisioterapeuta é um membro importante da equipe de saúde, assim como os demais membros da equipe¹². Pois englobar o familiar às rotinas de atendimento do profissional de Fisioterapia ao paciente acamado é primordial, tornando o processo menos sofrido tanto para o paciente quanto para o familiar, em um cenário de estresse, abalo emocional, privação social, aflição e angústia¹³⁻¹⁶. A inserção do familiar do paciente acamado aos atendimentos em saúde, trazem resultados significativamente positivos para todos os envolvidos ^{8,14,16,17}.

Em seus estudos Silva e colaboradores¹⁸ observaram que o fisioterapeuta passa a participar do cotidiano do paciente, tornando-se mais sensível e atento às necessidades físicas, emocionais e psicológicas, contribuindo para minimizar a condição de vulnerabilidade da pessoa sob seus cuidados.

A Fisioterapia ainda é um processo em construção na atenção básica, que busca retirar o rótulo do profissional como simples reabilitador, o que até então, excluía o serviço de Fisioterapia da rede básica, resultando numa dificuldade de acesso da população ao serviço, bem como a inserção do profissional na UBS¹⁹.

Segundo Kovács²⁰ esses profissionais também chamados de “paliativistas”, que lidam com a morte, empregam seu interesse profissional como também biopsicossocial, contribuindo através de um simples diálogo para o alívio da dor e do sofrimento. Para Silva e colaboradores¹⁸ é importante que o profissional conheça os limites de sua atuação, a fim de não gerar expectativas irrealistas e frustrações. Como aponta Kovács²⁰ não há solução para a morte, mas se pode ajudar a morrer bem e com dignidade.

O processo de morrer e a morte despertam diferentes tipos de sentimento para cada indivíduo cuidador. Para uns, sentimento de medo, impotência, insegurança, separação. Para outros processo natural da vida, fim do sofrimento e angústia do seu ente querido. É fundamental a preparação do profissional de Fisioterapia não somente na condição de reabilitador, focado somente no paciente, mas sim em um profissional que saiba enxergar a “variante” cuidador familiar, que está intimamente ligado à saúde e a qualidade de vida do acamado, valorizando-o e fornecendo o suporte e apoio emocional. A atenção aos cuidadores de pacientes acamados é essencialmente importante, e vem exigindo novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde.

MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal quali-quantitativo, com coleta primária de dados através de questionários semiestruturados. Foram incluídos no estudo pacientes acamados que recebiam atendimento fisioterapêutico de 2 a 3 vezes por semana, registrados no banco de dados de duas ESF's de Criciúma/SC, durante o ano de

2017, sendo a ESF do bairro (periférico) Cidade Mineira Velha e ESF do bairro (central) Santa Bárbara, e, o principal cuidador familiar do paciente, que aceitaram receber os pesquisadores em suas respectivas residências após contato prévio por telefone. No ano de 2017, a ESF Mineira Velha contava com 13 acamados, enquanto que a ESF Santa Bárbara contava com 8 acamados. Foram excluídos deste estudo, pacientes que não possuíam condição cognitiva para responder às perguntas, familiares não presentes no dia da entrevista ou que não aceitaram participar da pesquisa e pacientes que não puderem ser previamente contatados.

Os dados foram obtidos através de questionário de qualidade de vida, adaptado de WHOQOL – OLD, para os pacientes acamados e questionário qualitativo para os cuidadores, categorizando as respostas por relevância teórica, no qual foi abordado os serviços prestados pelo fisioterapeuta. Para as variáveis quantitativas os dados coletados foram registrados em planilhas do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0 para posterior análise do cálculo da média e desvio padrão.

O projeto de pesquisa relacionado ao presente artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, sob o Parecer 2.444.120.

RESULTADOS

Aceitaram participar da pesquisa 2 pacientes da ESF do bairro Mineira Velha que serão identificados como P1 e P2, seus principais cuidadores identificados como C1 e C2 respectivamente e, 2 pacientes da ESF do bairro Santa Barbara identificados como P3 e P4 e seus principais cuidadores identificados como C3 e C4 respectivamente.

Em relação ao perfil dos cuidadores, todos são do sexo feminino, com faixa etária entre 41 e 48 anos, sendo a média de idade de 43,75 anos com desvio padrão de 3,09 anos. Quanto ao perfil dos pacientes, 03 são do sexo feminino e 01 do sexo masculino, com idade entre 51 e 83 anos, sendo a média de idade de 72,75 anos com desvio padrão de 14,93 anos.

Quanto ao questionário aplicado aos cuidadores, da análise constatou-se dignidade na relação do fisioterapeuta com os cuidadores e seus familiares acamados como destacado na fala do Cuidador (C1): *“Foi muito bom! Foi muito bem atendido e foram bem atenciosos com a gente! Foi excelente!”*

Em relação à confiabilidade dos cuidadores no profissional de Fisioterapia quanto sua preparação profissional frente a este tipo de atendimento, todos cuidadores acreditam que o fisioterapeuta estava preparado, como destacado na fala de (C1): *“Olha, eu não tenho muito conhecimento mas pelos atendimentos que ele fazia aqui, tenho certeza que sim!”*

Em relação à comunicação entre o profissional, o cuidador e o paciente, os cuidadores disseram não faltar diálogo como demonstrado nas falas de C1: *“Nenhuma!, Quando eu tinha as dúvidas eu perguntava e sempre me passava.”* E C2: *“Não faltou comunicação, elas são bem atenciosas!”*

Relativo à estar satisfeito com a Fisioterapia domiciliar, todos responderam de forma sucinta como demonstrado a seguir: C1 *“Toda vida, com certeza!”*; C2: *“Sim!”*; C3 *“Ta, Ta bom!”*; C4 *“Sim!”*.

A tabela a seguir, traz o resultado da qualidade de vida dos pacientes acamados dos dois bairros, denotando que apesar da condição incapacitante desses indivíduos, os mesmos demonstram ter uma QV que varia de regular a boa, refletido pelas práticas de atenção básica dos profissionais de saúde prestadas a esses paciente e seus familiares.

Tabela 1. Qualidade de Vida dos pacientes acamados por bairro

Pacientes ESF Mineira Velha	Pacientes ESF Santa Barbara
P1 – (3.23 pts) REGULAR	P3 – (3.46 pts) REGULAR
P2 – (3.69 pts) REGULAR	P4 – (4.30 pts) BOA

A pontuação média de qualidade de vida atingida entre os 4 pacientes foi de 3,67 pontos com desvio padrão de 0,46 pontos.

DISCUSSÃO

A Fisioterapia é uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas²¹. A Fisioterapia como profissão nasceu em meados do século XX, quando as duas guerras mundiais causaram um grande número de lesões e ferimentos graves que necessitavam de uma abordagem de reabilitação para reinserir as pessoas afetadas novamente em uma vida ativa²². Adquiriu seus direitos de profissão no Brasil em 13 de outubro de 1969, por meio do Decreto Lei Nº 938/69²³, sendo mais tarde, no ano de 1984, por meio do decreto Nº 90.640²⁴, incluída a sua categoria em Atividades de Nível Superior, envolvendo supervisão, coordenação, programação e execução especializada referente a trabalhos relativos à utilização de métodos e técnicas fisioterápicas, avaliação e reavaliação de todo processo terapêutico utilizado em prol da reabilitação física e mental do paciente.

O Artigo 1º da Resolução Nº. 80, de 9 de maio de 1987 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)²⁵, habilita o fisioterapeuta a construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais; prescrição de condutas fisioterapêuticas e acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta nos serviços de Fisioterapia.

A Resolução do COFFITO Nº. 474, de 20 de dezembro de 2016²⁶, resolve em seu Artigo 1º que a atenção domiciliar/Home Care de Fisioterapia, visa a promoção de saúde, a prevenção de agravos e a recuperação funcional, além de cuidados paliativos, compreendidos nas modalidades de Consulta Domiciliar; Atendimento Domiciliar e Internação Domiciliar como expressamente ditos no Artigo 2º. Prevê ainda em seu artigo 3º que a atenção domiciliar de Fisioterapia pode ser executada nos três níveis de atenção à saúde, já previstas anos antes, na Resolução Nº 08, de 20 de fevereiro de 1978, no Artigo 2º, inciso I²⁷.

A Fisioterapia tem seus primeiros atos relatados desde 1ª Guerra Mundial, porém o desconhecimento sobre as competências dos profissionais de Fisioterapia, por parte dos gestores de saúde, no que diz respeito à atuação na promoção da saúde, em ações preventivas e educativas na comunidade, ainda é uma realidade que precisa ser mudada.

A formação do fisioterapeuta deve ser direcionada para contemplar as necessidades sociais da saúde da população, capacitando esses profissionais para atuarem de forma resolutiva e multidisciplinar, trazendo mais qualidade aos serviços públicos de saúde.

O fisioterapeuta, inserido à equipe de saúde, atuando em conformidade com a PNH, conforme constatado nos relatos dos pesquisados neste estudo, infere que apesar de ainda estar pouco inserido aos níveis de atenção à saúde, mostra-se bem preparado para os desafios diários, atento às necessidades de cada indivíduo, contribuindo com a atenuação dos impactos biopsicossociais causados pelas doenças no ambiente intrafamiliar.

CONCLUSÃO

A Fisioterapia é uma profissão que aos poucos vem conquistando seu espaço, mostrando-se fundamental e indispensável quando o assunto é saúde e equipe multiprofissional, atento às necessidades de cada indivíduo como um todo e adaptado às novas políticas públicas de saúde, contribuindo para uma melhor abordagem da população assistida. O presente estudo vem para contribuir com os profissionais de Fisioterapia, evidenciando os resultados positivos através da visão ampla e acolhedora ao paciente acamado e a valorização do seu cuidador.

Este estudo não encerra a discussão sobre o assunto da Humanização no atendimento, mas vem para somar ainda mais este tema, sendo importante seu estudo contínuo para uma melhor valorização e qualificação da profissão e beneficiamento da população usuária dos serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus que nos deu força e nos permitiu chegar até aqui e realizar este sonho.

Aos nossos familiares que nos apoiaram e que foram nossa fonte de inspiração.

Agradeço a minha dupla pelo companheirismo e dedicação.

A todos os professores do Curso de Fisioterapia da Unesc que transmitiram com êxito todo conhecimento necessário para nossa formação.

Agradecemos em especial o nosso Orientador e Mestre Sandro Ressler que com muita paciência e atenção, dedicou do seu tempo para nos orientar neste trabalho, nos dando todo apoio e confiança.

Aos amigos e colegas com quem compartilhamos conhecimento durante esses 5 anos de convivência.

REFERÊNCIAS

1. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(3):180–188.
2. Souza ICP, Silva AG, Quirino ACS, Neves MS, Moreira LR. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Rev min enferm*. 2014;18(1):164-172.
3. Martín JM, Olano-Lizarraga M, Saracíbar-Razquin M. The experience of family caregivers caring for a terminal patient at home: a research review. *Int J Nurs Stud*. 2016;64:1-12.
4. Fernandes JM, Camargos AT. O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família. [monografia de especialização]. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Araçuaí: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
5. Ministério da Saúde e FIOCRUZ (BR), Pense SUS, Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/humanizacao>>. Acesso em: 13/09/2017.
6. Ministério da Saúde (BR), Portal da Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/humanizassus>>. Acesso em: 13/09/2017.
7. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
8. Villa LLO, Silva JC, Costa FR, Camargo CL. A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev pesqui cuid fundam*. 2017;9(1):187-192.

9. Lee YJ, Kim JE, Choi YS, Hwang IC, Hwang SW, Kim YS, Kim HM, Ahn HY, Kim SJ. Quality of life discordance between terminal cancer patients and family caregivers: a multicenter study. *Support Care Cancer*. 2016; 24:2853-2860.
10. Castro SS, Cipriano Junior G, Martinho A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisioter mov*. 2006;19(4):55-62.
11. Lisboa MVF. Ações e práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais do núcleo de apoio a saúde da família (NASF) no município de Pedra [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
12. Glinardello MMC, Guimarães AS, Júnior HC. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. *Caderno Unisuam*. 2012;2(1):13-17.
13. Bazon FVM, Campanelli EA, Blascovi-Assis SM. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicol teor prá*. 2004;6(2):89-99.
14. Blanc LO, Silveira LMOB, Pinto SP. Compreendendo as Experiências Vividas pelos Familiares Cuidadores Frente ao Paciente Oncológico. *Pensando fam*. 2016;20(2): 132-148.
15. Cristino AC, Lopes RR, Diógenes KCBM. Sofrimento Crônico: Percepção de Mães de Crianças Dependentes de Ventilação Mecânica. *Rev bras promoç saúde*. 2015;28(2): 160-167.
16. Figueiredo T, da Silva AP, Silva RMR, Silva JJ, Silva CSO, Alcântara DDF, Souza LPS, Souza AAM. Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos. *ABCS health sci*. 2017;42(1):34-39.
17. Oliveira MBP, Souza NRS, Bushatsky M, Dâmaso BFR, Bezerra DM, Brito JA. Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017;21(2):e20170030.
18. Silva LFA, Lima MG, Seidl MF. Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade. *Rev bioét*. 2017;25(1):148-57.
19. Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de saúde da família. *Interface comun saúde educ*. 2011;15(37):551-64.
20. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev bioét*. 2014;22(1): 94-104.
21. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10 Região (BR), Fisioterapia: Definição. Disponível em: <<http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?ids=55>>. Acesso em: 24/05/2018.
22. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3 Região (BR), Fisioterapia: Definição. Disponível em: <<http://www.crefito3.org.br/dsn/fisioterapia.asp>>. Acesso em: 24/05/2018.
23. BRASIL. Decreto-Lei nº 938/69 de 13 de outubro de 1969. Inclui categoria funcional no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior a que se refere a Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, e dá outras providências. 1969.

24. BRASIL. Decreto nº 90.640 de 10 de dezembro de 1984. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. 1984.

25. BRASIL. Resolução nº 80, de 9 de maio de 1987. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. 1987.

26. BRASIL. Resolução nº 474, de 20 de dezembro de 2016. Normatiza a atuação da equipe de Fisioterapia na Atenção Domiciliar/Home Care. 2016.

27. BRASIL. Resolução nº 08, de 20 de fevereiro de 1978. Aprova as Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. 1978.