

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA E DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA VIVÊNCIA

DIAS, Alexsandra Marinho¹; DIAS, Sílvia Luci de Almeida².

¹Universidade do Vale do Itajaí-SC/ Fisioterapia, alexsandradias@univali.br

²Universidade do Vale do Itajaí-SC/ Fisioterapia, silviadias@univali.br

Resumo: Introdução: a fisioterapia juntamente com a equipe de saúde da família (ESF) atua na promoção do envelhecimento saudável, melhorando a capacidade funcional do idoso. O objetivo foi relatar a experiência do atendimento domiciliar fisioterapêutico de um idoso restrito ao leito. A metodologia foi um estudo de caso de uma pessoa idosa submetida a uma jejunostomia, adscrito na ESF 10, do município de Itajaí-SC. Resultados: foram realizados num total de 16 atendimentos e as condutas foram: mobilização passiva e ativa, tomada de peso, dissociação de cinturas, exercícios, deambulação e orientações aos cuidadores. Discussão: o isolamento social do paciente impediu sua evolução, e que através desta vivência podemos perceber que o vínculo entre a família do idoso e a fisioterapia é um fator importante para evolução do indivíduo. Concluímos que, para atuar na atenção básica de saúde requer do fisioterapeuta uma compreensão que as ações específicas de reabilitação são insuficientes para abranger todos os problemas que comprometem a saúde das coletividades e competência de um trabalho em equipe, pois os profissionais da área da saúde têm dificuldades de atender as diversas necessidades do paciente.

Palavras chaves: fisioterapia, idoso, atenção básica, saúde da família.

Área do Conhecimento: ciências da saúde

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. E o índice de expectativa de vida após os 60 anos vem aumentando progressivamente, caracterizando o envelhecimento populacional no Brasil (DATASUS-IDB, 2004 *apud* DIAS, 2007).

Esse envelhecimento é uma preocupação do Ministério da Saúde, pois estima-se que no Brasil, esse número alcançará 32 milhões em 2020. Só no Brasil somou 19 milhões de pessoas em 2006, ou seja, 10,2% da população total (IBGE, 2007). Esse aumento implica em maiores números de problemas de longa duração, as internações são mais frequentes, bem como o tempo de ocupação no leito, sendo que essas doenças crônico-degenerativas e múltiplas, exigem cuidados permanentes e medicação contínua. Sendo assim, 88,86% dos gastos em saúde do governo são com os idosos de 60 anos ou mais (DIAS, 2007; LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Já a importância que o conceito de idade funcional possui devido à estreita relação com a idade biológica para que a idade funcional possa ser definida como o grau de conservação do nível de capacidade adaptativa em comparação com a idade cronológica. O envelhecimento funcional precede o cronológico, fato este que é mais evidente nas populações carentes (VERAS, 1996 *apud* DIAS, 2007). A manutenção e/ou a

restauração da autonomia e da independência são importantes indicativos de saúde (DIAS, 2007). Embora a velhice não seja sinônimo de doença, com a idade aumenta o risco de comprometimento funcional e perda de qualidade de vida.

A fisioterapia trabalha com o idoso em diversas situações, desde com indivíduos saudáveis em programas que visam à promoção da saúde e a prevenção das deficiências, e sua atuação busca compreender os fatores que possam acarretar perda ou diminuição da qualidade de vida e bem-estar dos idosos (FREDRIGO, 2002 *apud* DIAS, 2007). As atribuições da fisioterapia juntamente com a equipe de saúde da família (ESF), compreende o planejamento, a investigação e estudos epidemiológicos; participar de equipes interdisciplinares destinadas ao planejamento, à implementação ao controle e a execução de projetos e programas de ações básicas de saúde; promover ações terapêuticas preventivas e instalações de processos que levem à incapacidade funcional; analisar os fatores ambientais que contribuem ao conhecimento de distúrbios funcionais; desenvolver programas educativos que levam à diminuição de riscos e agravos da doença (RAGASSON *et al.*, 2004). A fisioterapia também atua tratando o idoso de forma integral por apresentar suas próprias características psicológicas, físicas e emocionais (GUCCIONE, 2002).

A inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica apresenta uma missão primordial, de cooperação

mediante a nova realidade de saúde que se apresenta através de meios terapêuticos físicos, na prevenção, recuperação parcial ou total de estágios patológicos na promoção da saúde (RAGASSON *et al*, 2004).

A assistência domiciliar realizada através de uma visita domiciliar é uma modalidade da atenção domiciliar que ocorre no âmbito da Atenção Básica, que faz parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família (ESF) destinado as pessoas com perdas funcionais e dependência para as atividades de vida diária, os idosos possuem doenças crônico- degenerativas com perdas funcionais necessitando de adequação no domicílio (HENRIQUE e BORGES, 2006).

Devido ao envelhecimento da população, o fisioterapeuta precisa estar preparado para o atendimento desta população. E este deverá ser acolhido pela equipe de saúde da família (ESF) ou pela Unidade Básica de Saúde (UBS), que deverá captar, acolher, desenvolver ações e realizar avaliação global desse indivíduo. Estabelecendo vínculo entre o serviço e o usuário para executar e garantir a atenção integral e contínua ao idoso de forma humanizada e resolutiva (TELLES, 2006 *apud* DIAS, 2007).

Para que o idoso tenha qualidade de vida, além de tudo se faz necessário uma ingestão de nutrientes adequados, pois se a mesma está abaixo da necessidade diária mínima por um tempo maior, poderá resultar em síndrome da deficiência nutricional, ocorrendo perda progressiva de massa corporal e tecido adiposo tendo seu curso para morbidade e mortalidade, gerando atrofia e fraqueza generalizada, levando a imobilidade, problemas respiratórios e escaras de pressão (FIGUEIREDO, 2006).

O objetivo deste estudo foi relatar a experiência do atendimento domiciliar fisioterapêutico a uma pessoa idosa restrito ao leito.

Metodologia

Foi realizado um relato de caso de uma pessoa idosa com úlcera péptica, osteoartrose de coluna vertebral e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), adscrito na equipe de saúde da família no município de Itajaí-SC, atendido no domicílio no período de agosto a novembro de 2007, o método estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto ou indivíduo de uma única fonte de documentos ou de acontecimento específico (BOGDAN e BINKLEN, 1997).

Resultados

Paciente idoso adscrito na equipe de saúde da família 10 no município de Itajaí-SC, com osteoartrose de coluna vertebral, osteoporose

difusa, e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fazendo o uso somente de Omeprazol 20mg, há 6 anos sofre de úlcera péptica com episódio de hemorragia digestiva devido ao uso abusivo de álcool, realizado a jejunostomia em julho de 2007. Logo após a cirurgia para colocação do cateter comunicando a luz jejunal ao meio externo, via de acesso à nutrição enteral, o idoso desde então começou a perder peso e ficou acamado com fraqueza generalizada.

Os atendimentos eram realizados no domicílio do idoso, e geralmente com as cuidadoras acompanhando e recebendo orientações quanto à importância da mudança de decúbitos a fim de evitar escaras, exercícios passivos e ativos de membros superiores e membros inferiores, deambulação assistida e prevenção de deformidades e incapacidades funcionais.

Discussão

Segundo Figueiredo (2006) a implantação de um programa de visita domiciliar para atender a clientela idosa otimiza a utilização de recursos de saúde, permitindo a concretização de propostas e modalidade de serviços realistas e de baixa complexidade tecnológica, porém de alta qualidade e complexidade de cuidados.

Durante o semestre, foram totalizados 16 atendimentos, com frequência de 2 vezes por semana, sendo realizado como condutas: mobilização assistida de membros inferiores (MMII), exercício de tomada de peso passivo em MMII, dissociação de cinturas de modo passivo, exercício ativo de membros superiores (MMSS), deambulação assistida e orientações às cuidadoras.

Durante os atendimentos, podemos observar o isolamento social do paciente e a falta de aproximação da família, fatores que com certeza impediram o progresso de sua evolução, tanto na Fisioterapia quanto em seu quadro clínico geral, por isso em algumas sessões foram realizadas atividades lúdicas como jogar dominó em outro cômodo da casa, a fim de tirar o idoso da cama.

Foi observado o fato de o paciente não poder se alimentar normalmente era o fator desencadeante para seu estado depressivo, pois ele nos relatava a tristeza de permanecer com a sonda enteral, tendo uma dieta hipercalórica receitada pela nutricionista que dava suporte à ESF.

Quando a alimentação pela boca é impossível ou insuficiente, as necessidades nutricionais podem ser satisfeitas através da nutrição enteral (GUCCIONE, 2002).

A dieta era administrada de maneira contínua, com o paciente sentado ou semi-sentado e para eliminar os restos de dieta e gordura, coloca-se 20

ml de água morna após cada administração de dieta ou medicamento.

O paciente iria fazer o uso da sonda, até ganhar peso e melhorar seu quadro geral para realizar a cirurgia no estômago, por isso a importância da dieta ser administrada corretamente pelas cuidadoras, e a Fisioterapia que dá o suporte na preparação do paciente para a saída e manutenção fora do leito, para dar uma melhora na qualidade de vida e nas atividades da vida diárias básicas desse idoso.

Salomão *et al.*, (2006) afirmam que o estado nutricional de um paciente é fator relevante na morbidade operatória e a ocorrência de baixo índice de massa corpórea (IMC) está relacionada com maior tempo de internação e um maior risco de complicações pós-operatórias.

Um problema significativo em pacientes cirúrgicos, principalmente quando idosos, é a desnutrição, ou a má nutrição, que ocorre devido a alterações fisiológicas do envelhecimento, condições socioeconômicas, comorbidades e a interação entre nutrientes e medicamentos (SALOMÃO *et al.*, 2006).

Conclusão

A experiência vivenciada no atendimento da ESF com esse idoso teve nos proporcionado um aprendizado principalmente a respeito da diversidade cultural de nossa comunidade, e constatado que por mais que tenha uma indignação e uma vontade de lutar para mudar a concepção das pessoas por nós, profissionais isso deve nos servir para reflexão de como interagir com a comunidade, com a família, reconhecendo-as como um conjunto de indivíduos que tem cada um uma história de vida, uma cultura, uma religião e opiniões distintas.

Portanto, para atuar na atenção básica de saúde requer do fisioterapeuta uma compreensão que as ações específicas de reabilitação são insuficientes para abranger todos os problemas que comprometem a saúde das coletividades e competência de um trabalho em equipe, pois os profissionais da área da saúde têm dificuldades de atender as diversas necessidades do paciente.

Referências

-BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Editora Porto, 1997.

-BRASIL. Ministério da Saúde/Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília – DF; Out 2003.

SALOMAO,A;NASCIMENTO,A.,J.E.;CAPOROSSI, C. Risco nutricional em cirurgia avaliado pelo índice de massa corporal ajustado ou não para pacientes idosos. **Arq. Gastroenterol.**, v.43, n.3, p.219-223,2006, July/Sept.

-DIAS, A.M. O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da UNIVALI campus Itajaí: um estudo de caso. 2007, 189 f. Dissertação (mestrado), Universidade do Vale do Itajaí-SC.

-FIGUEIREDO, N. M. A. de; TONINI, T. **Gerontologia**: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento. São Caetano do Sul: Yendis, 2006, p. 356.

-GUCCIONE, A. A. Implicações de uma População Envelhecida para a Reabilitação: Demografia, Mortalidade e Morbidade no Idoso. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. Cap. 1, p. 3-13.

-HENRIQUE, F.; BORGES, R. Visita Domiciliar: Contexto e Práticas. IN: CUTOLO, L. R. A. (Organizadora). **Manual de Terapêutica**: Assistência a Família. Florianópolis. ACM, 2006.

-IBGE.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2007.Disponível em <www.ibge.gov.br>, Acesso em: 10 de fevereiro de 2008.

-LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3. , jun. 2003. Disponível em <www.scielo.com.br>, Acesso em: 15 março de 2008.

RAGASSON,C.A.P.;ALMEIDA,D.C.S;COMPARIN, K.; MISCHIATI,M.F; GOME,J.T. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. Experiência baseada na residência em saúde.Unioeste-Cascável, 2004.

-TELLES,J.L.Perspectivas e desafios para o planejamento de ações do pacto pela vida/ saúde da população idosa, novembro de 2007. Disponível em <www.saude.gov.br>, Acesso em: 01 março de 2008.