

Fernanda Maia Lopes<sup>1</sup>, Eliana Sales Brito<sup>2</sup>

## Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva

*Humanization of physiotherapy care: study with patients post-stay in the intensive care unit*

1. Fisioterapeuta da Santa Casa de Misericórdia de São Félix, São Félix - Bahia (BA), Brasil.
2. Fisioterapeuta do Hospital São Rafael, Salvador - Bahia (BA), Brasil.

### RESUMO

**Objetivos:** As unidades de terapia intensiva surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, e da necessidade de observação constante e assistência contínua. Entretanto, o paciente internado na unidade de terapia intensiva necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas aos problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, que se tornam intimamente interligadas à doença física. Neste local tão exigente quanto à competência da equipe multiprofissional, a presença do fisioterapeuta tem sido cada vez mais freqüente. Este estudo teve por objetivo constatar se a conduta profissional do fisioterapeuta experimentada na unidade de terapia intensiva é humanizada.

**Método:** Foi elaborado um questionário para avaliação da humanização da assistência de fisioterapia e incluídos pacientes maiores de 18 anos, lúcidos e que estiveram internados em unidade de terapia intensiva por período igual ou su-

perior a 24 horas.

**Resultados:** Foram entrevistados 44 pacientes e 95,5% destes avaliaram a assistência de fisioterapia como humanizada. Observou-se associação positiva entre insatisfação com os itens dignidade, comunicação, garantia e empatia, e uma assistência de fisioterapia desumanizada. Pacientes que avaliaram a garantia como negativa apresentaram uma chance 2,0 (0,7 - 5,3) vezes maior de perceberem a assistência como desumanizada. Pacientes que avaliaram a empatia como negativa apresentaram uma chance 1,6 (0,8 - 3,4) vezes maior de perceberem essa assistência como desumanizada.

**Conclusões:** A assistência de fisioterapia prestada na unidade de terapia intensiva foi marcada pelo bom atendimento, pela atenção dada ao paciente e pelo tratamento de qualidade, caracterizando uma assistência humanizada.

**Descritores:** Fisioterapia; Humanização; Unidade de terapia intensiva; Assistência ao paciente; Satisfação do paciente; Relação profissional-paciente; Questionários

Recebido do Hospital São Rafael, Salvador - Bahia (BA), Brasil.

Submetido em 3 de Maio de 2009  
Aceito em 5 de Agosto de 2009

### Autor para correspondência:

Fernanda Maia Lopes  
Rua Manuel Vitorino, n° 21 - Centro  
CEP: 44530-000 - Sapeaçu (BA),  
Brasil.  
Fone: (75) 9191-7235  
E-mail: fndlopes@hotmail.com

### INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTI) surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante e assistência contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado.<sup>(1)</sup>

Neste local ideal para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, que parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital,<sup>(2)</sup> e tão exigente quanto à competência da equipe multi-

profissional, a presença do fisioterapeuta tem sido cada vez mais freqüente.

A fisioterapia possui um arsenal abrangente de técnicas que complementam os cuidados a pacientes graves. Entre as principais indicações estão: a melhora da função pulmonar, terapia para alívio da dor e dos sintomas psicofísicos e atuação na prevenção e reabilitação de complicações osteomioarticulares, cardiovasculares e neurológicas. O benefício a ser buscado pelo fisioterapeuta na UTI é preservar a vida, melhorando sua qualidade e aliviando os sintomas físicos, dando oportunidade, sempre que possível, para a independência funcional do paciente.

Entretanto, o paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, que se tornam intimamente interligadas à doença física.<sup>(1)</sup> O temor, a ansiedade e as angustias do paciente podem agir negativamente no seu processo de adaptação no setor, bem como em relação à equipe de saúde e à sua recuperação.<sup>(3)</sup> Assim, a humanização, definida como o resgate do respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes em todo relacionamento,<sup>(4)</sup> deve fazer parte da filosofia da fisioterapia. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, deverá conduzir as ações da equipe de fisioterapia, tornando-a capaz de construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que vivenciam a internação na UTI.

Apesar de a literatura ressaltar a necessidade da humanização, pouco se sabe a respeito da implementação e dos resultados de medidas que visem minimizar a impessoalidade do paciente. Desta forma, a avaliação do ponto de vista do paciente atendido pelo fisioterapeuta na UTI poderá ajudar a edificar uma nova relação terapêutica de respeito, afeto e vínculo, a fim de melhorar a qualidade da atenção dispensada ao paciente e construir um hospital humano.

## MÉTODOS

Estudo de corte transversal, realizado no mês de agosto de 2008, com pacientes que estiveram internados nas UTIs Geral e Cardiológica do Hospital São Rafael (HSR), Salvador (BA). A UTI Geral possui 16 leitos e assiste a pacientes adultos, clínicos ou cirúrgicos, de diferentes patologias, enquanto a UTI Cardiológica possui nove leitos destinados ao atendimento de pacientes adultos cardiopatas, clínicos ou cirúrgicos.

A amostra foi definida por conveniência e composta por 44 pacientes maiores de 18 anos, selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão: histórico de internamento nas referidas unidades por período igual ou superior a 24 horas; ser lúcido e orientado, com capacidade de verbalização oral e/ou escrita preservadas; estar internado em outras unidades do próprio hospital no momento da coleta de dados; e concordar em fazer parte do estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HSR. Foi assegurada a confidencialidade das informações prestadas pelo preenchimento dos questionários, que possuíam apenas um número de identificação. A garantia do direito à recusa pelos participantes voluntários foi efetivada através da assinatura de um termo de consentimento, indicando a concordância dos mesmos, de acordo com os aspectos éticos mostrados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face-a-face, efetuada pela própria autora do estudo, que em contato com as UTIs, era informada sobre as altas ocorridas e o destino dos pacientes no hospital. Todas as entrevistas foram realizadas no quarto do paciente, sem a presença de qualquer profissional de saúde do hospital, especialmente dos fisioterapeutas, a fim de oferecer segurança e conforto necessários ao paciente, preservar o sigilo das respostas e evitar constrangimentos ou obrigatoriedades.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário, padronizado e estruturado, especialmente desenvolvido para a pesquisa (Anexo 1), constituído por questões fechadas referentes a dados sócio-demográficos dos respondentes de interesse para o estudo, dados pertinentes à parte específica do estudo (avaliação da relação fisioterapeuta-paciente), e procedimentos.

Foi considerada como variável dependente a relação fisioterapeuta-paciente, categorizada como humanizada, representada por cinco ou mais respostas positivas na avaliação da relação fisioterapeuta-paciente, e desumanizada, representada por cinco ou mais respostas negativas na avaliação da relação fisioterapeuta-paciente.

Como variáveis independentes foram selecionadas as seguintes dimensões do atendimento:

- Dignidade - Ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso. Ser identificado e tratado pelo nome. Poder identificar os fisioterapeutas envolvidos na sua assistência. Ter assegurada sua privacidade, individualidade e respeito aos seus valores éticos e culturais;

- Comunicação - Receber informações claras, objetivas e compreensíveis. Ser ouvido cuidadosamente pelo

fisioterapeuta, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas;

- Autonomia - Ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento. Ter permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento, depois de discutir com o fisioterapeuta. Poder recusar o tratamento;

- Confiabilidade - Os fisioterapeutas cumprirem o que prometeram e estarem habilitados para realizar o serviço;

- Garantia - Serviço de fisioterapia aliando práticas resolutivas e habilidade de seu desempenho;

- Aspectos interpessoais - Modo com que cada fisioterapeuta interage pessoalmente com os pacientes, ou seja, respeito, cortesia, interesse, ânimo;

- Empatia - Fisioterapeutas com habilidade de imaginar-se no lugar do paciente e oferecer uma assistência individualizada;

- Receptividade - Prontidão em ajudar e responder às necessidades dos pacientes;

- Eficácia - Atendimento resolutivo baseado em critérios de risco, resultando em melhoria ou manutenção da saúde.

De acordo com as percepções do paciente em relação à assistência de fisioterapia prestada na UTI, estes itens eram avaliados de forma positiva ou negativa.

As co-variáveis foram: sexo; faixa etária – categorizada como 18 a 59 anos e  $\geq$  a 60 anos; estado civil - casados e solteiro, incluindo neste grupo pacientes divorciados e viúvos; escolaridade - baixa, até 2º grau incompleto, e alta, a partir do 2º grau completo; renda - 0 a 3 e  $>3$  salários mínimos; causa da internação na UTI – tratamento clínico e cirúrgico; uso de ventilação mecânica; tempo de internação na UTI - 1 a 3 e  $\geq$  4 dias; tipo de UTI - Geral e Cardiológica; e procedimentos - terapia de expansão pulmonar; terapia de higiene brônquica; interrupção do suporte ventilatório; cinesioterapia; alongamentos; terapia de posicionamento.

O banco de dados foi construído no *software* Excel (versão 8.0) e a análise estatística foi efetuada utilizando-se o *software* Epi Info (versão 3.5.1). Definiu-se para o estudo um nível de significância de 0.05.

## RESULTADOS

Os pacientes do presente estudo apresentaram alto grau de satisfação com a assistência de fisioterapia. Notou-se que apenas dois (4,5%) dos pacientes avaliaram a relação fisioterapeuta-paciente como desumanizada (Tabela 1).

Na tabela 1 estão apresentadas as características so-

**Tabela 1 - Características sociodemográficas da população de acordo com a relação fisioterapeuta-paciente**

Características sociodemográficas	Relação fisioterapeuta-paciente		
	Total N (%)	Humanizada (N= 42) %	Desumanizada (N= 2) %
<b>Sexo</b>			
Feminino	17 (38,6)	100,0	0,0
Masculino	27 (61,4)	92,6	7,4
Valor de p			0,25
<b>Faixa etária</b>			
18-59	17 (38,6)	100,0	0,0
$\geq$ 60	27 (61,4)	92,6	7,4
Valor de p			0,37
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	19 (43,2)	100,0	0,0
Casado	25 (56,8)	92,0	8,0
Valor de p			0,31
<b>Escolaridade</b>			
Baixa	16 (36,4)	93,8	6,3
Alta	28 (63,6)	96,4	3,6
Valor de p			0,68
<b>Renda (salários mínimos)</b>			
0-3	17 (38,6)	94,1	5,9
$>3$	27 (61,4)	96,3	3,7
Valor de p			0,62
<b>Causa da internação</b>			
Tratamento clínico	19 (43,2)	94,7	5,3
Tratamento cirúrgico	25 (56,8)	96,0	4,0
Valor de p			0,84
<b>Uso de VM</b>			
Sim	12 (27,3)	100,0	0,0
Não	32 (72,7)	93,8	6,3
Valor de p			0,38
<b>Tempo de internação (dias)</b>			
1-3	26 (59,1)	92,3	7,7
$\geq$ 4	18 (40,9)	100,0	0,0
Valor de p			0,34
<b>Tipo de UTI</b>			
Geral	24 (54,5)	91,7	8,3
Cardiológica	20 (45,5)	100,0	0,0
Valor de p			0,19

VM - ventilação mecânica; UTI - unidade de terapia intensiva.

ciodemográficas da população de acordo com a relação fisioterapeuta-paciente. Os pacientes eram, em maior proporção, do sexo masculino (61,4%), na faixa etária maior ou igual a 60 anos (61,4%), casados (56,8%), com alto nível de escolaridade (63,6%) e renda maior que três salários mínimos (61,4%). Para a maioria dos pacientes, pelo fato do hospital contar com serviços cirúrgicos de alta complexidade, o tratamento cirúrgico foi a causa de internação (56,8%), a UTI Geral foi a unidade de origem (54,5%), a ventilação mecânica não foi necessária (72,7%) e o tempo de internação na unidade foi inferior a quatro dias (59,1%).

Em relação às causas de internações, as doenças cardiovasculares foram a principal doença de base tanto nos pacientes tratados clinicamente (57,9%) quanto nos cirúrgicos (36%). No grupo de tratamento clínico, em segundo lugar estavam as doenças respiratórias (15,8%), seguidas de sepse não respiratória (5,3%), doença gastrointestinal/hepática (5,3%), doença endócrina/renal (5,3%), pós-parada cardiorespiratória (5,3%) e politrauma (5,3%). No grupo de tratamento cirúrgico, em segundo lugar aparece a cirurgia abdominal (32%), seguida de cabeça/pescoço (20%), torácica (8%) e membros superiores/membros inferiores (4%).

Observou-se no tocante a satisfação dos pacientes em relação às dimensões do atendimento de acordo com a relação fisioterapeuta-paciente que a maioria dos pacientes fez uma avaliação positiva dos itens (Tabela 2). As avaliações negativas foram mais frequentes para os itens autonomia (31,8%) e empatia (11,4%). Avaliações negativas dos itens dignidade (2,3%) e comunicação (2,3%) foram menos frequentes. A análise quantitativa dos dados revelou associação positiva entre a insatisfação com os itens dignidade (100%), comunicação (100%), garantia (50%) e empatia (40%), e uma relação fisioterapeuta-paciente desumanizada ( $p=0,04$ ,  $p=0,04$ ,  $p=0,00$  e  $p=0,01$ , respectivamente).

Pacientes que avaliaram a garantia como negativa apresentaram uma chance 2,0 (0,7 - 5,3) vezes maior de perceberem a relação fisioterapeuta-paciente como desumanizada, e pacientes que avaliaram a empatia como negativa apresentaram uma chance 1,6 (0,8 - 3,4) vezes maior de perceberem essa relação como desumanizada, comparado àqueles que fizeram uma avaliação positiva destes itens (Tabela 3).

Observou-se que durante a realização de procedimentos de fisioterapia a falta de humanização foi baixa (5%), sendo que apenas a terapia de higiene brônquica com estímulo a tosse foi pontuada.

**Tabela 2 - Satisfação dos pacientes em relação às dimensões do atendimento de acordo com a relação fisioterapeuta-paciente**

Dimensões do atendimento	Relação fisioterapeuta-paciente		
	Total	Humanizada (N= 42)	Desumanizada (N= 2)
	N (%)	%	%
<b>Dignidade</b>			
Positiva	43 (97,7)	97,7	2,3
Negativa	1 (2,3)	00,0	100,0
Valor de p		0,04	
<b>Comunicação</b>			
Positiva	43 (97,7)	97,7	2,3
Negativa	1 (2,3)	00,0	100,0
Valor de p		0,04	
<b>Autonomia</b>			
Positiva	30 (68,2)	100,0	0,0
Negativa	14 (31,8)	85,7	14,3
Valor de p		0,09	
<b>Confiabilidade</b>			
Positiva	42 (95,5)	97,6	2,4
Negativa	2 (4,5)	50,0	50,0
Valor de p		0,08	
<b>Garantia</b>			
Positiva	40 (90,9)	100,0	0,0
Negativa	4 (9,1)	50,0	50,0
Valor de p		0,00	
<b>Aspectos interpessoais</b>			
Positiva	42 (95,5)	97,6	2,4
Negativa	2 (4,5)	50,0	50,0
Valor de p		0,08	
<b>Empatia</b>			
Positiva	39 (88,6)	100,0	0,0
Negativa	5 (11,4)	60,0	40,0
Valor de p		0,01	
<b>Receptividade</b>			
Positiva	42 (95,5)	97,6	2,4
Negativa	2 (4,5)	50,0	50,0
Valor de p		0,08	
<b>Eficácia</b>			
Positiva	42 (95,5)	97,6	2,4
Negativa	2 (4,5)	50,0	50,0
Valor de p		0,08	

**Tabela 3 - Prevalência de desumanização e medida de associação de acordo com a dignidade, comunicação, garantia e empatia**

Dimensões do atendimento	Total N (%)	Prevalência de desumanização (N= 2) %	Razão de prevalência (IC 95%)
Dignidade			
Negativa	1 (2,3)	100,0	*
Positiva	43 (97,7)	2,3	
Valor de p		0,04	
Comunicação			
Negativa	1 (2,3)	100,0	*
Positiva	43 (97,7)	2,3	
Valor de p		0,04	
Garantia			
Negativa	4 (9,1)	50,0	2,0 (0,7 – 5,3)
Positiva	40 (90,9)	0,0	1,0
Valor de p		0,00	
Empatia			
Negativa	5 (11,4)	40,0	1,6 (0,8 – 3,4)
Positiva	39 (88,6)	0,0	1,0
Valor de p		0,01	

\*Não foi possível calcular pelo número insuficiente de dados.

## DISCUSSÃO

Conhecer as opiniões dos pacientes é parte fundamental não só na melhora da qualidade e humanização da fisioterapia intensiva, como também é responsabilidade da equipe diminuir o processo doloroso que envolve o internamento na UTI. Para o paciente, uma internação pode se tornar menos estressante dependendo da atitude do mesmo em relação à vida, do local em que foi internado e da equipe que cuida desse paciente.<sup>(5)</sup>

Verificou-se no presente estudo um alto nível de satisfação com a humanização da assistência de fisioterapia. As avaliações favoráveis constituem um motivo de satisfação, principalmente pelo fato dos pacientes apresentarem, em sua maioria, idade maior ou igual a 60 anos, alto nível de escolaridade e de condições sócio-econômicas, o que pode estar associado ao alto padrão de percepção dos seus direitos e ao alto nível de exigência.

A idade é um fator importante a ser considerado na atuação da fisioterapia, pois as necessidades e as expectativas das pessoas são diferentes de acordo com a fase de vida em que se encontram. Isso exige atenção redobrada e adequação das condutas às diferentes manifestações e comportamentos de cada paciente.

Em relação às dimensões do atendimento, a maioria dos

pacientes fez uma avaliação positiva dos itens, sendo que a dignidade e comunicação foram os que apresentaram maiores índices de aprovação. Enfatizando a importância destes itens, Nations e Gomes<sup>(5)</sup> destacaram como o cerne do cuidado humanizado a relação com o profissional.

Concordando com a literatura,<sup>(3,5,6)</sup> verificou-se que a comunicação surge como ato fundamental para adequada qualidade da Terapia Intensiva. O paciente espera ser informado, minimizando o medo do estranho mundo hospitalar. A falta de informação provoca insegurança e a omissão de informação provoca desconfiança. Não basta transmitir a informação, é preciso esclarecer o sentido das palavras para que o paciente entenda. O uso de linguagem técnica dificulta o entendimento do paciente leigo, sobretudo de baixa instrução.<sup>(7)</sup>

Em estudo publicado em 2007,<sup>(5)</sup> observou-se que o paciente valoriza mais, no profissional de saúde, a competência humana de ser afetivo, de conversar e incluí-lo em decisões clínicas, do que sua habilidade técnica, sendo que no presente estudo, observou-se que a autonomia foi o item com maior índice de reprovação. Estes resultados sugerem que a relação terapêutica exige além da competência no cuidar pelo fisioterapeuta, a autonomia e o empoderamento do paciente. Incluir o paciente nas decisões clínicas é uma habilidade valorizada, sendo que o paciente dá maior credibilidade ao profissional que sabe compartilhar o poder de decidir, e respeita sua autonomia.<sup>(5)</sup>

Observou-se que uma avaliação negativa da empatia, garantia, comunicação e dignidade relacionavam-se com insatisfação com a humanização da assistência de fisioterapia.

Pereira e Azevedo<sup>(8)</sup> afirmam que nas relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência e que reconhecida, a empatia é essencial neste encontro.

Visando facilitar a aceitação e a efetividade do atendimento, torna-se essencial à cortesia e habilidade no desempenho das condutas fisioterápicas além do esclarecimento dos seus objetivos para o paciente, inspirando a confiança e a garantia necessárias.

Na avaliação dos pacientes, a empatia e a garantia são os fatores determinantes da satisfação com a humanização da assistência de fisioterapia. Isso poderia ser explicado ao se considerar que pacientes esperam que o profissional de saúde gere uma situação de acolhimento que alivie ou amenize o sofrimento e que possa responder resolutivamente ao seu problema de saúde.<sup>(7)</sup> Gestos que afirmam a singularidade do paciente o valorizam como ser humano.

Os itens confiabilidade, aspectos interpessoais, receptividade e eficácia, embora sem significância estatística, também são importantes indicadores da qualidade do atendimento de fisioterapia.

Os dados aqui relatados confirmam que a relação fisioterapeuta-paciente é baseada na confiança que o fisioterapeuta inspira e na compreensão do paciente sobre a realidade do fisioterapeuta. Para o fisioterapeuta a seleção de técnicas deve respeitar sua utilidade e os resultados esperados. Implementar técnicas fisioterápicas sem estabelecer objetivos claros gera insegurança e diminui a confiança do paciente. Estudos<sup>(5)</sup> afirmam que a habilidade do profissional de saúde mais relevante na óptica do paciente internado é a competência humana. Saber cuidar da pessoa, não somente da doença, é crucial.

Quanto aos procedimentos de fisioterapia, merece destaque a terapia de higiene brônquica com estímulo à tosse, único procedimento durante o qual pacientes perceberam que houve falta de humanização. O estímulo à tosse, também denominado tic-traqueal, é realizado pela estimulação manual e excitação dos receptores da tosse localizados na região da traquéia, através de um movimento lateral da traquéia durante a fase inspiratória. Por tratar-se de um recurso pouco agradável deve restringir-se aos pacientes em estado comatoso, de inconsciência, confusão mental, ou ainda aqueles que apresentam reflexo da tosse diminuído.

Considerando que a vivência da hospitalização e da própria doença coloca o ser humano diante de uma situação de crise, é necessário que a intervenção na UTI possa realmente preservar o biológico e a saúde mental da pessoa, auxiliando na sua recuperação plena por meio de uma assistência humanizada.<sup>(9)</sup> Masetti<sup>(10)</sup> detectou que quando se trabalha com humanização há redução do tempo de internação e aumento do bem-estar geral dos pacientes, e Granja et al.<sup>(11)</sup> sugerem que as consequências neuropsicológicas da internação na UTI podem afetar a qualidade de vida dos pacientes após sua saída da unidade.

Há alguns aspectos do presente estudo que podem ser considerados vulneráveis. Todas as formas de medir a satisfação do paciente têm como pressupostos as percepções do paciente em relação às suas expectativas, valores, grau de exigência em relação ao atendimento e características individuais como idade, gênero, classe social e estado psicológico. O fato de ainda se encontrarem sob assistência, pode ter inibido os pacientes em responder de modo negativo a avaliação da relação fisioterapeuta-paciente. No entanto, buscou-se melhorar na qualidade da informação a partir da realização de entrevistas sem a presença de qualquer profissional de saúde, o que propiciou maior liberdade para o paciente manifestar suas opiniões. Ressalta-se ainda que a amostra de pacientes incluídos foi pequena, pois por questões operacionais não possível realizar um estudo representativo nas UTIs da cidade do Salvador. Contudo, incluiu-se no estudo todos os pacientes internados nas UTIs que preenchem os

critérios de inclusão. Assim, estes dados só devem ser extrapolados para utis que possuam características semelhantes com relação ao tipo de atendimento e clientela. No entanto, os resultados do presente estudo devem ser considerados ainda no contexto de algumas limitações, visto que todos os pacientes se encontravam conscientes e os dados foram obtidos no período pós-alta da UTI.

## CONCLUSÕES

Conforme foi observado nos resultados, a assistência de fisioterapia prestada na UTI foi marcada pelo bom atendimento, pela atenção dada ao paciente e pelo tratamento de qualidade, caracterizando uma assistência humanizada.

Avaliações negativas da comunicação, dignidade, empatia e garantia definiram-se no presente estudo como principais fatores apontados para qualidade insatisfatória da relação fisioterapeuta-paciente. Entretanto, a empatia e garantia foram os fatores determinantes da satisfação com a humanização da assistência de fisioterapia.

No sentido de melhorar a qualidade do atendimento prestado, o reconhecimento dos mais freqüentes fatores de insatisfação pode apontar caminhos para facilitar a humanização da assistência de fisioterapia prestada na UTI.

## AGRADECIMENTOS

Aos pacientes que concordaram em participar deste estudo, ao Hospital São Rafael, pela permissão para a realização desta pesquisa, às Professoras Luciara Leite Brito e Andréia Salgado, pelo acompanhamento, comentários e estímulo teórico fornecidos, à todos da Santa Casa de Misericórdia de São Félix, pelo carinho e apoio.

---

## ABSTRACT

**Objectives:** The intensive care unit arose from the need to improvement and concentration of material and human resources for the attendance to serious patients, and of the need to constant observation and continuous assistance. However, the patient intern in intensive care unit needs of excellence care, directed not only to the physiopathology problem, but also for the question psychosocial, that become intimately interlinked the physical disease. In this location so demanding regarding the team multiprofessional competence, the presence of the physiotherapist has been being more frequent. This study aims to evidence if physiotherapist's conduct professional experienced in intensive care unit is humanized.

**Methods:** A questionnaire for evaluate the physiotherapy at-

tendance humanization was elaborated and patients larger of 18 years, lucid and that were intern in intensive care unit for period equal or superior to 24 hours were included.

**Results:** Forty four patients were interviewed and 95.5% of these evaluated the physiotherapy attendance as humanized. Positive association was observed between dissatisfaction with the items dignity, communication, warranty and empathy, and a physiotherapy attendance inhumane. Patients that evaluated the warranty as negative presented a chance 2.0 (0.7 - 5.3) larger times of realize the attendance as inhumane. Patients that evaluated

the empathy as negative presented a chance 1.6 (0.8 - 3.4) larger times of realize this attendance as inhumane.

**Conclusion:** The physiotherapy attendance rendered in intensive care unit was marked by the good assistance, attention given to the patient and quality treatment, characterizing a humanized attendance.

**Keywords:** Physiotherapy; Humanization; Intensive care unit; Patient care; Patient satisfaction; Professional-patient relations; Questionnaires

## REFERÊNCIAS

- Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev Latinoam Enferm*. 2002;10(2):137-44.
- Guirardello EB, Romero-Gabriel CAA, Pereira IC, Miranda AF. A percepção do paciente sobre a sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(2):123-9.
- Matsuda LM, Silva N, Tisolin AM. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. *Acta Sci Health Sci*. 2003;25(2):163-70.
- Bazon FVM, Campanelli EA, Blascovi-Assis SM. A importância da humanização profissional no diagnóstico de deficiências. *Psicol Teor Prát*. 2004;6(2):89-99.
- Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2007;23(9):2103-12.
- Wallau RA, Guimarães HP, Falcão LFR, Lopes RD, Leal PHR, Senna APR, et al. Qualidade e humanização do atendimento em Medicina Intensiva. Qual a visão dos familiares? *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(1):45-51.
- Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2004;20(1):80-8.
- Pereira MGA, Azevedo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a óptica dos pacientes. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2005;51(3):153-7.
- Cesarino CB, Rodrigues MAS, Mendonça RCHR, Corrêa LCL, Amorim RC. Percepções dos pacientes em relação à Unidade de Terapia Intensiva. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(3):150-3.
- Masetti M. Especialistas garantem benefícios de humanização de hospitais [Internet]. Folha de São Paulo. Equilíbrio. 6 jan 2005. [citado 2005 Dez 22]. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3854.shtml>>
- Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A; JMIP Study Group. Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care*. 2005;9(2):R96-109.

**Anexo 1 - Questionário**

HOSPITAL SÃO RAFAEL  
UNIVERSIDADE CASTELO BRANCO / ATUALIZA ASSOCIAÇÃO CULTURAL

Nº: |\_|\_|\_|

**Projeto: Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva**

A) Características Sociodemográficas

01. Sexo: 1.  F 2.  M
02. Faixa etária: 1.  18 a 59 anos 2.  >60 anos
03. Estado civil: 1.  Solteiro 2.  Casado
04. Escolaridade: 1.  Sem escolaridade formal  
2.  Ensino fundamental: 2.1.  Incompleto 2.2.  Completo  
3.  Ensino médio: 3.1.  Incompleto 3.2.  Completo  
4.  Ensino superior: 4.1.  Incompleto 4.2.  Completo
05. Renda (Salários Mínimos): 1.  0 a 3 2.  >3
06. Classe de diagnóstico primário:  
1.  Clínicos: 2.  Cirúrgicos:  
1.1.  Respiratório 2.1.  Cardio-vascular  
1.2.  Cardiovascular 2.2.  Torácica  
1.3.  Neurológico 2.3.  Abdominal  
1.4.  Sepses não respiratória 2.4.  Cabeça / Pescoço  
1.5.  Gastrointestinal/hepática 2.5.  MMSS / MMII  
1.6.  Endócrina/Renal  
1.7.  Politrauma  
1.8.  Pós parada cardiorespiratória  
1.9.  Outros: \_\_\_\_\_
07. Tipo de UTI: 1.  Geral 2.  Cardiológica
08. Tempo de internação na UTI (dias): 1.  1 a 3 2.  >4
09. Uso de Ventilação Mecânica: 1.  Sim 2.  Não

B) Relação Fisioterapeuta-Paciente

01. Dignidade: *“Ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso. Ser identificado e tratado pelo nome. Poder identificar os fisioterapeutas envolvidos na sua assistência. Ter assegurada sua privacidade, individualidade e respeito aos seus valores éticos e culturais.”*

01.  Positiva 2.  Negativa

02. Comunicação: *“Receber informações claras, objetivas e compreensíveis. Ser ouvido cuidadosamente pelo fisioterapeuta, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas.”*

1.  Positiva 2.  Negativa

03. Autonomia: *“Ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento, depois de discutir com o fisioterapeuta. Poder recusar o tratamento.”*

1.  Positiva 2.  Negativa

04. Confiabilidade: *“Os fisioterapeutas cumprirem o que prometeram e estarem habilitados para realizar o serviço.”*

1.  Positiva 2.  Negativa

05. Garantia: “*Serviço de fisioterapia aliando práticas resolutivas e habilidade de seu desempenho.*”

1.  Positiva      2.  Negativa

06. Aspectos Interpessoais: “*Modo com que cada fisioterapeuta interage pessoalmente com os pacientes, ou seja, respeito, cortesia, interesse, ânimo.*”

1.  Positiva      2.  Negativa

07. Empatia: “*Fisioterapeutas com habilidade de imaginar-se no lugar do paciente e oferecer uma assistência individualizada.*”

1.  Positiva      2.  Negativa

08. Eficácia: “*Atendimento resolutivo baseado em critérios de risco, resultando em melhoria ou manutenção da saúde.*”

1.  Positiva      2.  Negativa

09. Receptividade: “*Prontidão em ajudar e responder às necessidades dos pacientes.*”

1.  Positiva      2.  Negativa

### C) Procedimentos

1. Durante alguma conduta do fisioterapeuta percebeu que houve falta de humanização:

1.  Sim:      2.  Não

1.1.  Terapia de posicionamento

1.2.  TEP

1.3.  Interrupção do suporte ventilatório

1.4.  THB:    1.4.1.  Aspiração    1.4. 2.  Estímulo à tosse

1.5.  Cinesioterapia

1.6.  Alongamentos

1.7.  Outros: \_\_\_\_\_