



Artigo Original

PROMOVER A VIDA: UMA MODALIDADE DA FISIOTERAPIA NO CUIDADO À SAÚDE DE IDOSOS NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE

PROMOTE TO THE LIFE: THE PHYSIOTHERAPY IN THE CARE TO THE AGED IN THE FAMILY AND THE COMMUNITY

Resumo

Leila Grazielle Dias de Almeida¹
Icácia de Oliveira Leão¹
Jamine Barros Oliveira¹
Maria Marta Oliveira Santos¹

¹Departamento de Saúde,
Universidade Estadual do Sudoeste da
Bahia (UESB)
Jequié – BA – Brasil

E-mail
leila_grazielle@hotmail.com

Em virtude do processo de envelhecimento populacional, ou seja, da mudança na estrutura etária da população no Brasil, têm ocorrido muitas alterações na maneira de abordar o cuidado à saúde das pessoas na velhice. Atualmente a comunidade científica tem começado a aceitar a importância do contexto familiar como "locus" primordial para o cuidado a idosos doentes e/ou fragilizados e a relevância de uma abordagem multiprofissional junto a essas famílias. Observar-se, portanto, a necessidade da afirmação da atuação fisioterapêutica em ambiente domiciliar, na garantia do envelhecimento saudável, buscando somar estratégias para efetividade na abordagem terapêutica. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, que teve por objetivo caracterizar o cuidado domiciliar oferecido às famílias do projeto de extensão "Fisioterapia em Atenção à Saúde do Idoso na Família e Comunidade". Para tanto, foram feitas visitas domiciliares à doze famílias de idosos no Bairro Inocoop, em Jequié-BA, por quatro meses consecutivos, duas vezes por semana e foram analisados os prontuários construídos a partir das visitas domiciliares realizadas. Assim, pôde-se caracterizar a atuação fisioterapêutica no ambiente domiciliar como direcionada a três esferas: educação familiar (promoção, prevenção e minimização de agravos à saúde), assistência e reabilitação. A Fisioterapia Coletiva vem, com isso, buscar promover a atenção para o idoso e seus familiares, contribuindo para o processo de desenvolvimento humano individual e coletivo.

Palavras-chave: idoso, promoção da saúde, fisioterapia.

Abstract

The process of aging population in Brasil and the change in the age structure of the population has occurred many alterations in the way to approach the care to the health of the people in the oldness. The scientific community, now a days, has to accept the importance of the familiar context as "locus" for the care to the aged sick people and the relevance of a multiprofessional boarding to the these families. From there, the necessity of the affirmation of the physiotherapy work in domiciliary environment, searching to add strategies for effectiveness in the therapeutical boarding. This study

is a description, of qualitative nature, that had for objective to characterize the domiciliary care to the families of the project "Physiotherapy in Attention to the Health of Aged in the Family and the Community". For in such a way, visits to the twelve families of aged had been made in the Inocoop Quarter, Jequié-BA, by four consecutive months, two times for week and had been analyzed handbooks constructed from the carried through visits domiciliary. Thus, the physiotherapy work in the domiciliary as directed to the three spheres could be characterized: familiar education (promotion and prevention), care and rehabilitation. Thus, the Collective Physiotherapy comes to search to promote the attention for aged and theirs families, contributing for the process of human and collective development.

Key words: aged, promotion of the health, physiotherapy.

Introdução

A família é um grupo instituído pela sociedade, construído a partir de relações humanas e caracterizada por ser uma entidade bastante complexa, já que busca a convivência fraterna entre pessoas de gerações diferenciadas e com propósitos de vida desiguais. Para Elsen¹ família saudável é *“uma unidade que se auto-estima positivamente onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformado. Desenvolve-se com experiências construindo sua história de vida”*.

Numa família em que convivem juntas várias gerações de pessoas, é comum a presença do idoso, na maioria das vezes fragilizado, necessitando do olhar cuidador dos seus parentes. Sendo assim, quando o idoso vivencia situações de fragilidade, em decorrência de limitações funcionais impostas por doenças, ele se apóia na própria família para receber os cuidados dos quais não pode realizar.

O envelhecimento humano geralmente vem acompanhado da fragilização da pessoa idosa nos níveis bio/psico/social, levando a uma diminuição na capacidade adaptativa do idoso frente às novas vivências, às modificações sociais e familiares, e às realizações das atividades laborais. Isto caracteriza transformações no estilo de vida, tornando o idoso dependente de ambiente familiar, especialmente de seus cuidadores, condicionando uma relação de dependência, o que possivelmente influenciará na sua qualidade de vida (Meira²).

Qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente. Ou seja, a qualidade de vida na velhice é dependente de muitos

elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo. Depende das condições físicas do ambiente; das condições oferecidas pela sociedade, relativas a renda, saúde, educação formal e informal; da existência de redes de relações de amizade e de parentesco, do grau de urbanização e das condições de trabalho; das condições biológicas propiciadas pela genética, pela maturação, pelo estilo de vida e pelo ambiente físico.

Quando estes elementos em interação não estão equilibrados, ou seja, quando falta ao idoso algum elemento que diretamente está ligado ao seu bem-estar e saúde, diz-se que o idoso adquire ou desenvolve alguma patologia.

Pesquisa do IBGE³ detectou como maior problema encontrado entre os idosos na faixa etária de 60 a 79 anos as doenças de coluna, seguida por hipertensão arterial sistêmica e artrite. E entre os idosos com idade maior que 80 anos, há um somatório de vários problemas como câncer, cirrose, tuberculose, artrite, depressão e diabetes. Com as mulheres apresentando maior risco e pior estado de saúde do que os homens (Camarano⁴). Vale salientar que, apesar de a grande maioria de idosos portar pelo menos uma doença crônica, nem todos ficam limitados fisicamente e levam uma vida normal e independente.

Santos⁵ tem revelado vários estudos que apontam para o retorno dos cuidados à esfera doméstica em virtude da tendência à desospitalização do idoso doente e tentativa de diminuir ao máximo o tempo de internação, a “**reprivatização do cuidado**”, já que no ambiente hospitalar há uma diminuição da imunidade do indivíduo, podendo acarretar em alto custo para o sistema público de saúde. Além disso, o domicílio é um ambiente que favorece os aspectos emocionais do idoso, já que é um lugar onde existe a manutenção da identidade pessoal.

Assim, o cuidado em família tem sido um dos enfoques importantes da Saúde Coletiva na atualidade. O sistema familiar de saúde está inserido num contexto sócio-cultural permeado pelos sistemas popular e profissional de cuidados, onde ocorrem trocas, influenciando-os e sendo influenciado por eles. Na área de saúde o ambiente familiar assume um papel fundamental, já que proporciona a assistência de forma mais integrada, levando à melhoria no processo de viver do idoso, conhecendo o seu modo de vida e compreendendo a sua complexidade e diversidade. (Resta & Budó⁶).

Desta forma, o cuidado ao idoso fragilizado no domicílio não deve se limitar somente à presença do cuidador familiar. O cuidado interdisciplinar, por parte do fisioterapeuta, enfermeiro, médico, nutricionista, entre outros, deve ser uma prática constante, para o acompanhamento das condições de saúde do idoso e da família, intervenção e orientação correta quanto ao ato de cuidar (Meira, 2004²).

Dentro deste contexto, o papel do fisioterapeuta na atenção à saúde do idoso vai desde aspectos educacionais e preventivos, como a identificação de idosos vulneráveis e o monitoramento da sua capacidade físico-funcional, até medidas de reabilitação naqueles idosos frágeis e com limitações funcionais que os impedem de se submeter a um processo de reabilitação de forma ambulatorial.

Além disso, o serviço de assistência domiciliar deve procurar adequar os meios de saúde assistenciais disponíveis aos recursos e às necessidades da

comunidade a ser atendida. Deve-se ter um enfoque interessante de educação em saúde com os cuidadores dos pacientes, para que possam aprender e se adaptar à formas de cuidar na sua dinâmica familiar (Resta & Budó, 2004⁶).

O governo brasileiro instituiu a Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto n°. 1948 de 13/07/96. Uma das diretrizes desta política recomenda que o atendimento ao idoso deva ser feito por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. Para assumir esta responsabilidade, a família necessita de uma rede social e de saúde que constitua um suporte para lidar com o seu familiar idoso à medida que este se torna mais dependente. Um dos aspectos importantes desta rede é a formação de recursos humanos preparados para lidar com a família do idoso, particularmente, o mais dependente.

A recente Política Nacional de Saúde do Idoso reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos apontando que esta parceria possibilitará a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalização, asilamento e outras formas de segregação e isolamento.

No Nordeste, embora a inclusão do profissional fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família avance em passos lentos, o município de Sobral, Ceará, entre outros, desponta como uma possibilidade de efetivação desta rede social e de saúde, onde fisioterapeutas, em parceria com Secretaria Municipal de Saúde, executam junto com outros profissionais, um atendimento integral à saúde da criança, mulher e do idoso.

Surge, neste contexto, uma nova forma de pensar e atuar na área da fisioterapia, segundo a qual fatores políticos, econômicos, sociais e culturais se convertem em prioridades como meios para promover melhores condições de vida e saúde, sendo as coletividades seu principal foco de interesse (Dominguez & Hamann⁷).

Assim, torna-se um desafio para o fisioterapeuta estar inserido no ambiente domiciliar para o cuidado à saúde, tanto quanto a formação de parcerias com os familiares na tentativa de incorporação dos hábitos culturais e costumes do ambiente no qual se pretende intervir.

Neste sentido Resta & Budó⁶ colocam que é fundamental a articulação do profissional de saúde para a igualdade e diferença no ambiente domiciliar, a base cultural comum e expressões de pluralidade social e cultural. As peculiaridades de cada cultura e as multiculturas presentes em cada comunidade têm apontado uma gama infinita de possibilidades e de elementos que fundamentam essa reflexão.

Este artigo traz dados referentes ao perfil do profissional fisioterapeuta em ambiente domiciliar (as diferentes formas de cuidar), observadas durante a atuação do projeto de extensão “Fisioterapia em Atenção à Saúde do Idoso na Família e Comunidade”, na cidade de Jequié-BA.

Metodologia

Este estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa teve como fonte de coleta de dados visitas domiciliares realizadas a doze famílias selecionadas a partir da implementação do Projeto de Extensão “Fisioterapia em Atenção à Saúde do Idoso na Família e na Comunidade”.

O projeto partiu da iniciativa de docentes do DS (Departamento de Saúde) da UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, até então única universidade pública que possui o curso de fisioterapia do estado da Bahia, na perspectiva de propiciar uma melhora significativa da qualidade-de-vida de idosos e dar um novo olhar na atenção a saúde do idoso, apontando possibilidade de inclusão e ampliação da temática em atividades de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo para a melhoria da atenção integral, na construção e difusão de novos saberes, principalmente sobre a contribuição da fisioterapia na saúde do idoso na família e comunidade.

As atividades do projeto tiveram uma abrangência de atuação no bairro Inocoop – bairro periférico na cidade de Jequié-BA, assistindo durante quatro meses (setembro a dezembro de 2005) à doze famílias que apresentavam um (ou mais) idosos fragilizados, sendo que eram realizadas duas visitas a cada família por semana.

A seleção das famílias assistidas foi feita junto à equipe do Grupo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento (GREPE) e profissionais de saúde (enfermeiras e ACSs) da Unidade de Saúde da Família Padre Hilário Terrosi, situada no Bairro Inocoop. A seleção se baseou na situação de fragilidade dos idosos e necessidade de assistência de profissionais de saúde junto à eles.

Para operacionalização do projeto, contou-se com a participação da professora coordenadora e de acadêmicos bolsistas (de extensão) e voluntários do curso de Fisioterapia da UESB. Para a análise das situações vivenciadas junto às famílias do projeto de Extensão, cada família envolvida no projeto assinou um termo de consentimento livre e esclarecido acerca de sua inclusão no projeto de extensão. Mesmo assim, vale destacar que foram levados em consideração os preceitos éticos disciplinadores das pesquisas que envolvem seres humanos, regulamentados pela Resolução 196/96.

Resultados e Discussão

Tradicionalmente o desempenho dos fisioterapeutas tem se concentrado, de modo quase exclusivo, na atenção clínica e hospitalar, limitando as oportunidades para a realização de investigações, a realização de trabalho social nas comunidades e a produção de conhecimento científico em geral. Porém, a fisioterapia coletiva tem surgido como uma possível resposta aos desafios apresentados pela realidade do mundo atual, como o avanço da ciência e tecnologia em saúde, novas necessidades das coletividades e os imperativos da natureza epistemológica.

Não obstante, as transformações dos quadros de mortalidade e morbidade ocorridas nos últimos vinte anos em muitos países – relacionados diretamente com práticas preventivas e com mudanças nos hábitos de vida –

têm colocado em pauta discussões que valorizam a produção social do conhecimento em saúde, gerando tensão epistêmica ou crise do paradigma terapêutico-curativo vigente durante boa parte do século XX (Dominguez & Harmann⁷).

Prestar um cuidado ao indivíduo de forma integral, visando-o como ser humano único formando um todo complexo, membro de uma família que interage com os outros grupos sociais, vivendo em uma comunidade e em um determinado ambiente, é um objetivo que os profissionais de fisioterapia têm se proposto a alcançar, apesar de grandes dificuldades e correntes opostas ao seu alcance.

Vislumbrando uma assistência integralizada à família e seus membros, foram desenvolvidas várias atividades através do Projeto de Extensão: Fisioterapia em Atenção à Saúde do Idoso na Família e Comunidade, que agrupadas serão apresentadas em três categorias.

A primeira categoria foi denominada de “Educação Familiar”, onde foram agrupados cuidados referentes à promoção, prevenção e minimização de agravos à saúde do idoso e seus familiares. Com relação à promoção da saúde foram realizadas orientações referentes a: relacionamento familiar, lazer, interação com a comunidade e auto-estima.

A promoção de saúde entre os idosos, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, divisão regional da OMS, pode ser definida como “o conjunto de ações que provoquem mudanças no estilo de vida, objetivando a diminuição do risco de adoecer e morrer, estabilizando ou melhorando a saúde dos indivíduos em sua totalidade, aliando à saúde física a sua complexidade social”.

Quanto às atividades de prevenção e minimização de agravos à saúde foram feitas orientações com relação à exercícios terapêuticos, alimentação, higiene, adesão ao tratamento medicamentoso, abono às automedicações, formas de realizar atividade física na própria comunidade (caminhadas, por exemplo), além das orientações para os cuidadores quanto às posturas mais adequadas e transferência durante o cuidado ao idoso na tentativa de evitar distúrbios músculo-esqueléticos, lesões na coluna vertebral e em outras articulações do corpo. Em alguns momentos solicitávamos ao cuidador que ele simulasse o cuidado que realizava diariamente junto ao idoso, para que fossem feitos alguns ajustes necessários que implicariam numa melhora da biomecânica corporal para o próprio cuidador.

As orientações aos cuidadores quanto aos exercícios terapêuticos a serem realizados junto aos idosos envolviam exercícios respiratórios (respiração diafragmática e cinesioterapia respiratória), auto-alongamentos (região cervical, membros superiores e membros inferiores), além de utilização de crioterapia, mudanças de decúbitos de duas em duas horas, massagem em regiões próximas à escaras, quando presentes, (melhorar o aporte sanguíneo para a região) e bomba tíbio-társica para os idosos acamados.

Na categoria “Assistência” foram realizadas atividades como aferição de sinais vitais, comunicação terapêutica, articulação com a direção da Unidade de Saúde do Bairro, articulação com integrantes do Projeto de Extensão de Enfermagem da UESB e apoio emocional aos idosos e familiares.

Quanto à última categoria “Reabilitação”, foi prestada a assistência fisioterapêutica curativista para os idosos que necessitavam, de acordo com a avaliação realizada, a qual foi feita por fichas de avaliação e aplicação da escala de Barthel para grau de funcionalidade. Os problemas apresentados por eles estavam enquadrados dentro de três subcategorias.

Para a primeira subcategoria “Alterações Respiratórias”, foram utilizadas intervenções, tais como: alongamento de região cervical e peitorais, respiração diafragmática, inspiração profunda, inspiração fracionada, respiração segmentar, freio labial, huff, sustentação máxima da inspiração (SMI), cinesioterapia respiratória, vibrocompressão, estímulo à tosse efetiva, propriocepção diafragmática.

Quanto a segunda subcategoria “Alterações Traumato-Ortopédicas” foram utilizadas as seguintes intervenções terapêuticas: alongamentos, cinesioterapia passiva e ativa, crioterapia, bomba tíbio-társica, mobilização patelar e escapular, pompagens, dissociação de cintura escapular, treino de equilíbrio, treino de marcha com e sem obstáculos, treino de marcha lateral, exercícios resistidos (resistência manual), treino de transferências, desativação de trigger points, massoterapia, exercícios de estabilização da coluna, fortalecimentos, mobilização neural.

Com relação à terceira subcategoria “Alterações Neurológicas” os idosos dispuseram das seguintes intervenções terapêuticas: alongamentos, mobilização patelar e escapular, cinesioterapia ativo-assistida e passiva, crioterapia, bomba tíbio-társica, dissociação de cintura escapular e pélvica, treino de equilíbrio e coordenação, Exercícios de Frenkel, treino de marcha com e sem obstáculos, treino de transferências, fortalecimento de abdome, posicionamentos, mobilização neural.

Podemos destacar que ao tentar realizar as atividades em domicílio, buscou-se um atendimento integral ao idoso e sua família, que é o que tem sido apregoado pelos estudos em Fisioterapia Coletiva.

Para Dominguez & Harmann⁷, Fisioterapia Coletiva é *“um ramo da fisioterapia encarregado de investigar, analisar e inspirar epistemologicamente uma prática profissional fisioterapêutica de acordo com as necessidades físico-motoras das coletividades. Ela tem o propósito de ampliar a gama de opções das pessoas e coletividades em justa igualdade de oportunidades para todos. O objeto de estudo específico da Fisioterapia Coletiva é a promoção da saúde no âmbito do movimento humano, mediante a potencialização das capacidades físico-motoras, para contribuir com o processo de desenvolvimento humano individual e coletivo”*.

Conclusão

Este projeto visou uma assistência integral não somente ao indivíduo idoso, mas também a sua família, levando em conta a realidade encontrada em cada domicílio, ou seja, as reais condições de vida de cada família. Foram consideradas, portanto, três categorias durante as visitas: a educação para família, que engloba a promoção, prevenção e diminuição de agravos; a

assistência e a reabilitação. Para cada uma destas categorias foi utilizado um grande arsenal de técnicas e atividades terapêuticas.

É válido explicitar que várias são as necessidades das famílias visitadas, principalmente às ligadas às questões socioeconômicas, o que era frustrante para a equipe envolvida no projeto, já que são questões difíceis de serem imediatamente resolvidas.

Enquanto docentes e acadêmicos do curso de fisioterapia, fazemos uma alerta para a necessidade de serem desenvolvidos projetos de pesquisa e extensão voltados para esta temática, já que esta é uma área nova e que muito tem a contribuir com a melhoria da qualidade de vida de indivíduos e coletividades.

Agradecimentos

À Deus, primeiramente, pelo amor sem limites e pela oportunidade de vivenciar trajetórias inusitadas em nossa caminhada. Às famílias assistidas pelo projeto de Extensão: “Fisioterapia em Atenção à Saúde do Idoso na Família e Comunidade”, principalmente ao Sr. João Arquimínio, que nos deu o prazer de fazê-lo companhia em seus últimos dias de vida aqui na terra

Referências Bibliográficas

1. Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. *Maringá*: Eduem; 2002.
2. Meira EC. *Projeto de Extensão: Saúde do Idoso na Família e Comunidade*. Departamento de Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié, 2004.
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo (2000)*. Rio de Janeiro. IBGE; 2000.
4. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 58-70.
5. Santos SMA. *Idosos, Família e Cultura: Um estudo sobre a construção do Papel do Cuidador*. Campinas: Alínea; 2003.
6. Resta DG, Budo MLD. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. *Maringá* 2004; 26 (1): 53-60.
7. Domínguez AGD, Hamann EM. Kinesioterapia coletiva: repensando el papel Del kinesiólogo em la sociedad brasileña. *Revista Cubana Salud Pública* 2004; 30 (3).
8. Alves DCI, Silva LMH, Fernandes LM, Durman S. A violência no Idoso. *Nursing – Revista Técnica de Enfermagem* 2002; 5(47): 26-30.

9. Balbinotti HBF. O segredo de saber envelhecer. *Viver Psicologia* 2003; 11(123).
10. Caldas CP. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. *Textos Envelhecimento* [periódico na Internet]. 2002 Jun [citado 2006 Jan 05]; 4(8). Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1517-59282002000200005&lng=pt&nrm=iso.
11. Duarte YAO. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000.
12. Portugal, Ministério da Saúde. *Os mais velhos: relatório de actividades*. Lisboa: Ministério da Saúde; 1998.
13. Radovanovic CAT, Waidman MAP, Pereira MO, Felipes L, Ferrari IG, Marcon SS. Caracterizando os problemas de saúde e o cuidado domiciliar oferecido às famílias do projeto “Promovendo a vida na Vila Esperança”. *Maringá* 2004; 26 (1): 27-30.

Endereço para correspondência

Av. Arthur Moraes, 282, Jequiezinho
Jequié – BA
Cep: 45000-000

Recebido em 20/03/2006

Revisão em 25/07/2006

Aprovado em 26/07/2006