

Atendimento pediátrico humanizado, reação da criança e satisfação dos pais no serviço público e privado de fisioterapia respiratória

Elinaldo da Conceição dos Santos¹, Aline da Silva Ramos² e Elzilian Aranha de Sousa³

1 Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amapá - UNIFAP. Especialista em Fisioterapia cardiopulmonar pela Faculdade de Macapá - FAMA e Bacharel em Fisioterapia pela SEAMA. E-mail: drelnaldofisio@hotmail.com

2 Fisioterapeuta. Especializando em Docência do Ensino Superior; e Docente da Faculdade Madre Tereza. E-mail: alinesr@hotmail.com

3 Fisioterapeuta. Especialista em Reabilitação Neurológica pela UEPA; e Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amapá. E-mail: elasousa@seama.edu.br

RESUMO: Este trabalho objetivou avaliar se os fisioterapeutas usam ludicidade, afetividade e participação dos pais como recursos humanizadores que facilitem a condução do tratamento, participação da criança, diminuam as reações negativas durante a terapia, levantando possível paralelo entre reações de desconforto e o cuidado e afetividade do fisioterapeuta com as crianças e seus acompanhantes e comparar o serviço oferecido nos âmbitos público e particular. Foram aplicados questionários aos responsáveis de 40 crianças que realizavam fisioterapia. Os resultados demonstraram que, em uma clínica particular, assim como na instituição pública, os três recursos eram utilizados de forma insatisfatória e, nesses locais, as crianças choravam muito durante a terapia, o nível médio de satisfação dos pais ficou entre 60% e 80%, e os pais acreditavam menos nos recursos propostos. Na outra clínica particular, a prática da afetividade e a interação foram consideradas satisfatórias, as crianças choravam pouco, os pais acreditavam na utilização dos recursos e o nível médio de satisfação ficou entre 90% e 100%. A maioria dos pais não achava que a fisioterapia causasse dor, logo, a ludicidade, afetividade e participação dos pais ajudam reduzir reações negativas e numa melhor visão dos responsáveis sobre atendimento humanizado.

Palavras chaves: Ludicidade. Recursos. Fisioterapia.

ABSTRACT. *Pediatric care, the child's reaction humanized and parental satisfaction in the public service and private respiratory physiotherapy.* This study aimed to assess whether physiotherapists use playfulness, affection and parental involvement as a humanizing features that facilitate the conduct of the treatment, child participation, reduce the negative reactions during therapy, raising possible parallel between reactions of discomfort and the care and affection of the physiotherapist with children and their caregivers and to compare the service offered in the public and private. Questionnaires were given to those responsible for 40 children who underwent physiotherapy. The

results showed that in a private clinic, as well as public institution, the three features were used in an unsatisfactory manner and in such places, the children cried a lot during therapy, the average level of parental satisfaction was between 60% and 80 %, and the parents believed less in resources proposed. In another private clinic, the practice of affection and interaction were considered unsatisfactory, the children cried little, parents believed in the use of resources and the average level of satisfaction was between 90% and 100%. Most parents did not think that physical therapy caused pain, so the playfulness, affection and parental involvement helps reduce negative reactions and a better view of those responsible on humanized care.

Keywords: Playfulness. Resources. Physiotherapy.

1 Introdução

Muito se tem discutido, atualmente, sobre a importância da humanização dos atendimentos em saúde e a necessidade de avaliar e tratar o paciente de uma forma global, não pontual, ou seja, não direcionada apenas para a alteração fisiológica apresentada, mas associando os aspectos físicos com os psicológicos do indivíduo (BEE, 2003).

Os diferentes serviços de fisioterapia surgiram a partir da necessidade e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento de pacientes em diversas condições. Entretanto, o paciente que se submete a cuidados de fisioterapia precisa de cuidados de excelência, direcionados não apenas aos problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, que se tornam intimamente interligadas à doença física. A assistência de fisioterapia prestada em diversos setores, por exemplo, na unidade de terapia intensiva é marcada pelo bom atendimento, pela atenção dada ao paciente e pelo tratamento de qualidade, caracterizando uma

assistência humanizada (LOPES; BRITO, 2009).

Segundo Frota; Gurgel; Pinheiro (2007) quando um indivíduo passa por um processo de doença, é natural que seu estado psicológico seja alterado, o que o faz desenvolver atitudes como desânimo, pessimismo, mau-humor, irritabilidade, entre outras coisas.

De acordo com Ribeiro; Ângelo (2005), os resultados gerados pelo processo patológico, assim como pela necessidade de se fazer presente em ambientes hospitalares e ambulatoriais para tratamento, desenvolvem-se de forma muito distinta em crianças, visto que as mesmas não possuem total consciência da situação vivida, o que as torna inabilitadas a compreender satisfatoriamente os sinais e sintomas apresentados, assim como a necessidade de passar por procedimentos desagradáveis para sua recuperação.

O paciente pediátrico possui características muito peculiares, que o diferenciam significativamente do paciente adulto, pois passa por uma fase de descoberta do mundo e encontra-se bastante inseguro frente a essas novas descobertas. Aspectos como a ausência de linguagem verbal, a limitação na

compreensão de comandos verbais e de explicações racionais sobre os fatos vividos, a hiperatividade e ansiedade diante de ações muito prolongadas e repetitivas, o apego intenso aos pais e a hesitação em relacionar-se com pessoas estranhas são próprias desta fase de desenvolvimento (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007).

Um bom profissional precisa ter a habilidade de perceber as características particulares dos indivíduos que trata, conseguindo traçar alternativas que possam facilitar ou aprimorar o seu atendimento, fazendo com que a adesão do paciente ao mesmo seja a maior possível, alcançando, com isso, resultados mais eficazes (SALGUEIRO; RAMOS; FALK, 2007)

Torna-se indispensável, então, a formação de uma consciência profissional multidisciplinar, multifocal, em que o paciente seja tratado como um ser humano variado, distinto e pessoal, e não apenas como um conjunto de alterações orgânicas que precisam ser resolvidas (BEE, 2003).

O referido objetivo foi proposto a partir da hipótese de que existe uma deficiência por parte dos profissionais de fisioterapia no que diz respeito à utilização de recursos que facilitem o atendimento e a participação de crianças antes e durante a terapia, tanto nas instituições públicas quanto nas instituições particulares de Macapá, fazendo necessária esta avaliação para possível aprimoramento dos serviços oferecidos.

2 Revisão de literatura

2.1 Características especiais da criança

Segundo Tierno (2007), o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, o que inclui linguagem, inteligência, afetividade, sociabilidade e outros aspectos, é determinante em sua vida, pois, quando estes se relacionam e interagem de forma adequada, são capazes de transformar um recém-nascido praticamente isento de qualquer experiência, aprendizagem ou habilidades em um indivíduo bem organizado, capaz de realizar inúmeras ações. Durante os primeiros cinco ou seis anos de uma criança, pode-se considerar um verdadeiro milagre as transformações que acontecem na mesma. Neste período, todas as informações boas, proveitosas e úteis que forem semeadas na criança produzirão benefícios inimagináveis para ela mesma e para os que a rodeiam.

Quanto à movimentação, nos primeiros dias, esta é bastante restrita e o bebê adota ainda a postura fetal, conseguindo rodar a cabeça para os lados quando deitado sobre o ventre, porém sem conseguir coordenar o olhar ou o movimento de alcançar ou rolar. Por volta da terceira ou quarta semana, o recém-nascido consegue levantar o queixo quando posicionado sobre o ventre, além de apresentar movimentos de rastejamento com a perna. Em torno dos dois meses, já consegue levantar a cabeça quando está no colo e inicia movimentos de golpear objetos próximos com as mãos (BEE, 2003).

Gallahue; Ozmun (2005) descrevem que, mesmo durante as primeiras

semanas de vida pode-se perceber hábito de realizar repetidamente certos movimentos, em especial nos dedos e pernas chutando, o que sugere a adaptação e evolução dos movimentos já adquiridos pelo bebê. Com o tempo, acontece uma adaptação progressiva aos estímulos do ambiente, podendo-se observar que o bebê passa a preferir estímulos móveis aos fixos, o que representa preferência à dificuldade em relação aos estímulos mais simples.

Eizirik; Kapczinski; Bassols, (2001) afirmam que, desde o nascimento, o bebê desenvolve uma capacidade de habituar-se e desabituar-se, a qual se apresenta bem desenvolvida por volta da décima semana de vida, o que significa, por exemplo, que o bebê tende a deixar de mostrar a reação de susto - Reflexo de Moro, a sons altos após as primeiras apresentações do mesmo, porém voltará a ter esta resposta de susto se o som mudar, assim como perde o interesse por algo que está sendo segurado continuamente diante de seu rosto.

Segundo Tierno (2007), aos três meses, o caminho de conquista da linguagem se inicia, pois as vocalizações já podem indicar alegria, diferenciar entonações afetivas, etc. O bebê consegue observar que seus “cantos, golpes, fonações e ruídos guturais” surtem efeitos, comunicando algo a alguém. Neste período, as formas de interação entre mãe e filho se multiplicam e variam, começando a surgir movimentos diferenciados de língua e lábios, conjuntamente com movimentos do corpo chamados “gesticulados”, o que corresponde, mesmo que longinquamente, à pré-linguagem.

De acordo com Tierno (2007), com quatro meses, a criança se dedica a repetir diferentes vocalizações, como se formasse um jogo de “cantarolar” constantemente, fatos carregados de verdadeira intenção comunicativa. Gradualmente, a comunicação infantil por gestos irá caminhando para a linguagem verbal, apesar da linguagem gestual continuar presente durante toda a vida.

No campo afetivo-emocional, as necessidades da criança são traduzidas através de gestos, mímicas e atitudes, provocando a reação do adulto. É importante que o adulto responda à criança com estímulos vocais claros, definidos e habituais que expressem reconhecimento, satisfação e afeto (TIERNO, 2007).

2.2 Principais afecções do aparelho respiratório em recém-nascidos e lactentes

As patologias respiratórias apresentam grande importância epidemiológica na infância. As pneumonias representam a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos (excluindo as causas perinatais), a asma representa a segunda causa de hospitalização em crianças de um a nove anos, e as infecções de vias aéreas superiores, a primeira causa de atendimento ambulatorial (LASMAR, 2002).

De acordo com Postiaux (2004), os dados disponíveis a respeito das afecções respiratórias permitem acreditar que as doenças respiratórias da primeira infância representam um problema de saúde pública muito maior que o relacionado às doenças cardíacas ou aos cânceres. No mundo, cerca de 15

milhões de crianças com idade inferior a 5 anos morrem anualmente por doenças respiratórias, particularmente por pneumonia e bronquiolite, o que representa uma morte para cada dez crianças desta faixa etária.

IRA, sobretudo a pneumonia e a bronquiolite, é a principal causa de óbitos em crianças com menos de cinco anos de idade, sendo responsável por dois milhões de mortes de lactentes anualmente, correspondendo a uma taxa de 25% a 33% do total de mortes observadas nos primeiros cinco anos de vida (FAÇANHA; PINHEIRO, 2004)

Estima-se que, nos primeiros dois anos de vida, cada criança vivencie de 8 a 9 episódios de infecções do trato respiratório superior (HART; CUEVAS, 2007).

2.3 Técnicas de fisioterapia respiratória em pediatria

Segundo Postiaux (2004), o aparelho respiratório deve ser considerado como um sistema, ou seja, como um conjunto de elementos reunidos para uma mesma função. Quando o próprio sujeito ou fisioterapeuta age para modificar o estado do sistema, está aplicando uma força que altera seu estado inicial.

Sarmiento (2007) descreve as manobras de fisioterapia respiratória como “*técnicas manuais, posturais e cinéticas dos componentes toracoabdominais*” que podem ser utilizadas isoladamente ou em conjunto com outras técnicas, a fim de mobilizar e eliminar secreções pulmonares, aprimorar a ventilação pulmonar, promover reexpansão pulmonar, melhorar as trocas gasosas e a oxigenação dos tecidos, reduzir o trabalho respiratório e o consumo de

oxigênio, reeducar os músculos respiratórios, alcançar independência respiratória funcional e acelerar a recuperação do indivíduo.

Para Carvalho; Hirschheimer; Matsumoto (2006) a fisioterapia tem um papel fundamental dentro de uma equipe multiprofissional, principalmente em razão da rápida instalação de patologias respiratórias em uma criança.

As principais técnicas de fisioterapia respiratória abordadas pelas literaturas e na prática clínica são: Drenagem Postural, Vibração Torácica, Compressão Torácica, Percussão ou Tapotagem e Aceleração do Fluxo Expiratório (LAMARI et al, 2006).

2.4 Importância do lúdico na terapia infantil

Junqueira (1999) caracteriza o lúdico como uma atividade espontânea, que não objetiva realizações externas e onde não há propósitos de intencionalidade.

De acordo com Piaget; Inhelder apud Costa; Jardim (2005), a evolução da atividade lúdica acontece durante os primeiros dezoito meses de vida da criança, através do desenvolvimento de suas habilidades sensório-motoras.

Costa; Jardim (2005) relatam que o interesse pelo novo é uma característica típica da criança, o que pode ser verificado a partir do quinto mês de vida. Crianças de um ano têm suas ações estimuladas pela novidade dos objetos e sustentadas pelas novas qualidades que descobrem nos objetos à medida que os manipulam.

Segundo Santin apud Paula; Ravelli; Zinn (2002), a vida da criança é cercada pelo mundo do brinquedo. Se analisarmos o crescimento e

desenvolvimento infantil, observamos que, independente da idade, a brincadeira sempre se faz presente.

Facilmente associa-se o brincar à infância, já que, em geral, pelo menos idealmente, essa etapa da vida está fortemente vinculada à ludicidade, e esta funciona como a linguagem própria da criança, sendo fundamental a sua prática para a socialização da criança e como um importante recurso de intervenção em saúde pediátrica (MITRE; GOMES, 2002)

O brincar deve ser explorado por ser uma das formas de expressão mais genuínas da criança e, mesmo quando doente, a criança sente necessidade de brincar (SOARES, 2001).

Paula; Ravelli; Zinn (2002), descrevem que o cuidado lúdico se faz por meio de formas de comunicação muito variadas, como desenhos, pinturas, músicas, jogos, oficinas, teatro, brincadeiras e outros. Deve-se ajudar a criança a enfrentar, da forma mais sadia possível, o que não pode ser evitado.

Atividades como ler em voz alta e oferecer brinquedos às crianças estão associados a melhor desenvolvimento cognitivo e de linguagem (TOMOPOULOS et al, 2006).

3 Percurso metodológico

3.1 Sujeitos

O estudo é do tipo descritivo, transversal e retrospectivo, pois, servirá para descrever uma ocorrência, abordando questões como população afetada, o local e o tempo. Para ser considerado estudo descritivo, leva-se em consideração variáveis mais comumente utilizadas, por exemplo,

variáveis ligadas ao indivíduo: idade, sexo, grupo étnico ou raça, nível sócio econômico, ocupação, estado civil, hábitos; variáveis relacionadas à família: tamanho do grupo familiar; e variáveis ligadas ao local: área geográfica, zonas urbanas e rural e migração (ESTRELA, 2005).

A aplicação de campo foi através do método quantitativo, o qual é baseado na atuação nos níveis de realidade e tem como objetivos a apresentação e a identificação de dados, indicadores e tendências observáveis. Esse tipo de busca é normalmente adequado quando existe a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma determinada população (HADDAD, 2004).

Foram formados dois grupos compostos, cada um, por 20 responsáveis (pai, mãe ou acompanhante) de crianças com idade entre 01 e 05 anos, de ambos os sexos, que apresentaram alguma patologia respiratória e estivessem realizando sessões de fisioterapia respiratória. O Grupo A foi formado por responsáveis de crianças provenientes de duas clínicas particulares de fisioterapia da cidade de Macapá, enquanto o Grupo B foi formado por responsáveis provenientes de uma instituição pública que oferecessem o serviço de fisioterapia respiratória pediátrica. Foram excluídos do estudo crianças com distúrbios neurológicos, suspeita ou confirmação de trauma musculoesquelético, que abandonaram o tratamento, além de sujeitos que preencheram inadequadamente os questionários.

3.2 Instrumentação e procedimentos

O estudo foi realizado a partir da aplicação de questionários, contendo 13 questões de múltipla escolha, aos responsáveis dos pacientes em tratamento. Os questionários foram aplicados pelos pesquisadores durante uma das sessões de fisioterapia da criança, e estes permaneceram junto aos sujeitos da pesquisa durante todo o preenchimento para esclarecer possíveis dúvidas. Os questionários deveriam ser preenchidos individualmente, sem intervenção do profissional cujo serviço foi avaliado ou quaisquer outras pessoas que não fossem o(s) sujeito (s) da pesquisa e o(s) pesquisador(es). A aplicação dos questionários foi realizada a partir da 3ª sessão de fisioterapia da criança, a fim de permitir um maior tempo de observação dos pais acerca da conduta do terapeuta.

Os proprietários das clínicas participantes do estudo foram previamente esclarecidos sobre a realização da pesquisa, porém não tiveram acesso aos questionários ou aos itens a serem avaliados, devendo autorizar a realização do estudo em sua instituição mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. As instituições cujos proprietários não concordaram com os termos estipulados por este estudo foram excluídas deste. Os sujeitos participantes igualmente deveriam assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa, previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Seama. A pesquisa foi conduzida de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96).

Os resultados encontrados nos questionários foram analisados individualmente e, posteriormente, foi realizado um levantamento estatístico e comparativo entre os achados dos dois grupos.

4 Resultados

A avaliação dos resultados foi realizada em duas fases, na primeira, relacionaram-se algumas perguntas do questionário aplicado com os recursos de humanização propostos – ludicidade, afetividade e interação do profissional com os pais da criança. Nesta etapa, o levantamento dos resultados obtidos foi feito pela quantidade e, conseqüentemente, porcentagem de respostas obtida em cada opção de resposta (“Sim, muito”, “Sim, pouco” e “Não”). As perguntas 1, 2 e 3 do questionário foram relacionadas ao item “Interação do Profissional com os Pais”; as perguntas 4 e 5, com o item “Afetividade”; e as perguntas 6 e 7, à “Ludicidade”. Na segunda fase, foram relacionadas perguntas do questionário à reação da criança, a visão que os pais têm a respeito da fisioterapia e do atendimento humanizado e a satisfação dos pais em relação ao atendimento fisioterápico.

A pergunta 8 do questionário foi relacionada ao item “Reação da criança”; as questões 9 e 11, à “Visão que os pais têm sobre a fisioterapia”, englobando a idéia de dor relacionada à fisioterapia e os principais fatores que causam desconforto na criança; a questão 10, à “Visão que os pais têm sobre o atendimento humanizado”; e a questão 12, à “Satisfação dos pais no atendimento”.

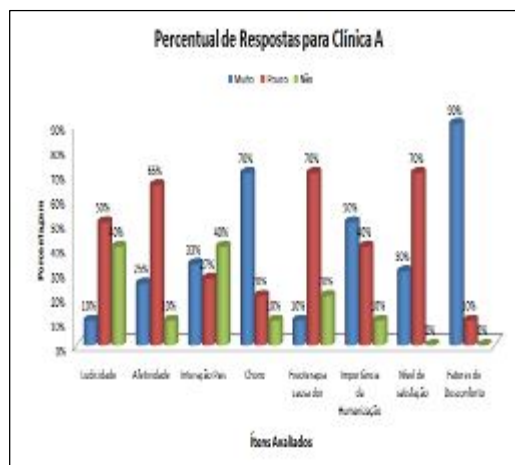
Na representação gráfica dos resultados obtidos, os itens “Nível de satisfação dos pais ao atendimento” e “Principais fatores que causam desconforto na criança” apresentam interpretações distintas dos demais. Quanto ao “Nível de satisfação dos pais”, a resposta “Muito” refere-se às notas 9 ou 10 atribuídas pelos pais; a resposta “Pouco” corresponde às notas de 6 a 8; e a resposta “Não” refere-se às notas abaixo de 5.

Em relação ao item “Principais fatores que geram desconforto na criança”, classificamos o desconforto em extrínseco e intrínseco. Definimos como “Desconforto extrínseco” os fatores relacionados ao tratamento, propostos objetivamente no questionário aplicado, os quais enquadram: “O local é desconfortável”; “O local causa medo na criança”; “O tratamento de fisioterapia é doloroso”; “O tratamento de fisioterapia é cansativo”; “O fisioterapeuta não sabe acalmar a criança”; “Não tem brinquedos e coisas que distraiam a criança”. Como “Desconforto intrínseco”, consideramos todas as demais respostas, classificadas como “Outros” no questionário aplicado, especificadas por cada pai ou responsável. Nesta avaliação, consideramos “Muito” aos fatores de “Desconforto extrínseco”, “Pouco” aos fatores de “Desconforto intrínseco” e “Não” à ausência de resposta para a pergunta.

Os resultados encontrados em ambas as fases de avaliação foram organizados nos gráficos abaixo, que demonstram o percentual de respostas “Sim, muito”, “Sim, pouco” e “Não” para cada item avaliado, de acordo com o local de

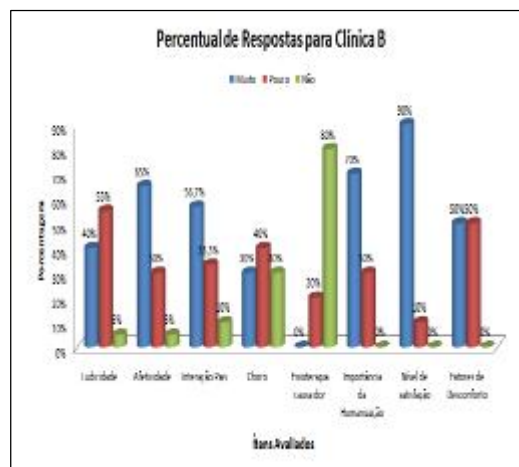
pesquisa (Clínica A, Clínica B e Hospital).

Gráfico 1: Respostas na Clínica A. Macapá, 2008



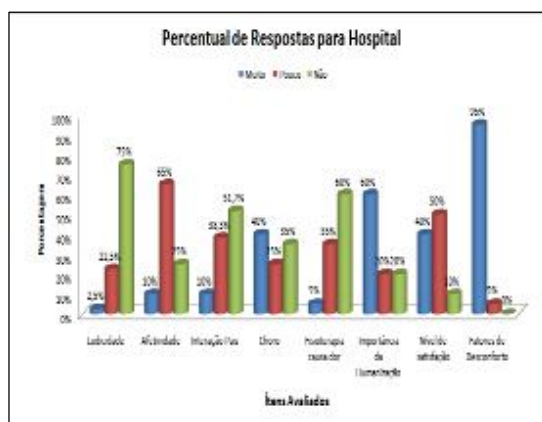
Fonte: Primária, 2008.

Gráfico 2: respostas na Clínica B. Macapá, 2008



Fonte: Primária, 2008

Gráfico 3: Percentual de respostas no Hospital. Macapá, 2008



Fonte: Primária, 2008.

5 Discussão

Neste trabalho, propomos a classificação dos achados da primeira fase de avaliação dos resultados em “Utilização satisfatória do recurso”, quando a porcentagem de respostas “Sim, muito”, nas perguntas correspondentes aquele recurso, for superior a 50%; e “Utilização insatisfatória do recurso”, quando a soma, e posterior média aritmética, dos percentuais das respostas “Sim, pouco” e “Não”, nas questões correspondentes aquele recurso, for superior a 50%.

A partir dos valores encontrados nesta fase, concluiu-se que na clínica A, a utilização dos itens “Ludicidade”, “Afetividade” e “Interação do profissional com os pais” foi considerada Insatisfatória, com 90%, 75% e 67% de respostas “Sim, pouco” e “Não”, respectivamente. Na clínica B, a utilização do item “Ludicidade” foi considerada Insatisfatória, com porcentagem de 60% de respostas “Sim, pouco” e “Não”; enquanto os itens “Afetividade” e “Interação do profissional com os pais” foram considerados Satisfatórios, com percentuais de 65% e 60% de respostas “Sim, muito”, respectivamente. No Hospital, todos os itens foram considerados Insatisfatórios, com percentuais de respostas “Sim, pouco” e “Não” de 97,5% referente à “Ludicidade”, 90% referente à “Afetividade” e 90% referentes à “Interação do profissional com os pais”.

Na segunda fase de avaliação, pudemos concluir que na clínica A, a maioria das crianças chora muito durante a terapia (70%); a maioria dos pais relaciona o desconforto da criança

a fatores extrínsecos, que englobaram aspectos referentes a problemas do local, tratamento cansativo e falta de habilidade do fisioterapeuta (90%), enquanto um pai relacionou o desconforto a fatores intrínsecos, neste caso “de acordo com o tipo de terapia utilizada” (10%); a maior parte dos pais acredita que a fisioterapia causa dor na criança (10%, muito e 70%, pouco); metade dos pais acredita que a Ludicidade, Afetividade e Interação do profissional com os mesmos possa diminuir muito o desconforto da criança (50%); e a maioria dos pais avaliou o atendimento fisioterápico com nota de 6 a 8 (70%). Na Clínica B, a maioria das crianças chora pouco durante a terapia (40%); metade dos pais relacionou o desconforto da criança a fatores intrínsecos, especificamente a “criança ter que se relacionar com pessoa estranha”, “criança ficar em colo diferente do pai e da mãe”, “criança estranhar o local”, “criança apresentar-se doente”, “criança estar sensível” (50%), enquanto a outra metade estabeleceu esta relação aos fatores extrínsecos: “local causa medo na criança”, “tratamento doloroso e cansativo”, “não ter brinquedos ou coisas que distraiam a criança” (50%); a maioria dos pais não acha que a fisioterapia causa dor na criança (80%); a maior parte dos pais acredita que a Ludicidade, Afetividade e Interação do profissional com os pais podem diminuir muito o desconforto da criança (70%); e a maioria dos pais avaliou o atendimento fisioterápico com nota 9 ou 10 (90%).

No hospital, a maioria das crianças chora muito durante a fisioterapia (40%); a maior parte dos pais acredita

que as principais causas de desconforto da criança sejam os fatores extrínsecos: “local causa medo”, “local desconfortável”, “tratamento cansativo”, “fisioterapeuta não sabe acalmar a criança” e “falta brinquedos ou coisas que distraiam a criança” (95%), enquanto apenas um pai estabeleceu esta relação com fatores intrínsecos – “o filho ser chorão” (5%); a maior parte dos pais não acha que a fisioterapia causa dor na criança (60%); a maioria dos pais acredita que a Ludicidade, Afetividade e Interação do profissional com os pais pode diminuir muito o desconforto da criança (60%); e metade dos pais referiu nota 6 ou 8 ao atendimento fisioterápico (50%).

Pode-se observar, então, que, nos locais em que a prática da ludicidade, da afetividade e da interação do profissional com os pais foi considerada insatisfatória, as crianças choram mais, mantendo o índice de chorar “muito”, enquanto que no local em que a afetividade e a participação dos pais na terapia são praticadas de forma satisfatória, a maioria das crianças chora, porém “pouco”. Assim sendo, a utilização destes recursos não é capaz de extinguir o choro da criança durante os procedimentos, o que não é o objetivo desta prática visto que o choro pode ser um fator benéfico durante a terapia, no entanto pode reduzir a intensidade desta manifestação, simbolizando uma aceitação maior da criança ao atendimento, o que facilita o desenvolver do mesmo.

Postiaux (2004) ressalta o papel terapêutico que o choro pode apresentar, pois na ocorrência deste, as variações de volume, fluxo e pressão expiratória se aproximam dos limites

funcionais respiratórios, além do volume corrente alcançado ser muito elevado.

Da mesma forma, a visão e a compreensão que os pais desenvolvem a respeito da fisioterapia difere de acordo com a prática dos itens de humanização propostos. Quando esta prática é insatisfatória, os pais tendem a associar o desconforto da criança durante a terapia a problemas com o local de atendimento, ao próprio tratamento, que é cansativo ou doloroso, ou à habilidade do profissional em acalmar a criança. Já quando os recursos propostos são utilizados satisfatoriamente, este desconforto é associado mais a fatores intrínsecos à criança, como as condições de saúde ou de personalidade da mesma, demonstrando uma satisfação maior no que se refere ao local de tratamento, ao atendimento e ao próprio profissional.

A visão dos pais sobre a fisioterapia causar ou não dor nas crianças não mostrou-se diretamente associado à prática do atendimento lúdico, afetivo e interativo, visto que, apesar da grande maioria dos pais da clínica A, onde esta prática foi considerada insatisfatória, achar que a fisioterapia causa dor na criança e a grande maioria dos pais da clínica B, onde a afetividade e a interação foram considerados satisfatórios, achar que a fisioterapia não causa dor, a maioria dos pais do hospital, onde os recursos foram considerados insatisfatórios, não acha que a fisioterapia cause dor na criança.

Carvalho; Begnis (2006) descrevem que, durante a hospitalização, a criança, muitas vezes, convive com o risco de

morte e com restrições em função de seu quadro clínico.

No que se refere à importância que os pais vêem na utilização de recursos lúdicos, demonstrações afetivas e de sua interação com o fisioterapeuta, pode-se perceber que a maioria dos pais entende a importância deste cuidado, porém, no local em que essas práticas são mais desenvolvidas, os pais as consideram mais relevantes ainda.

No entanto, ainda observa-se certa limitação na compreensão da importância do atendimento humanizado e do cuidado diferenciado, o que está, provavelmente, relacionado à visão tecnicista sobre o cuidado em saúde que ainda predomina na sociedade atual. Isso pode ser comprovado pelo fato de que pais que vivenciam mais o atendimento humanizado, a prática da ludicidade, da afetividade do terapeuta, a estimulação de sua participação como indivíduo importante no tratamento de seus filhos, tendem a assimilar melhor o quanto isso pode ajudar no progresso terapêutico da criança.

Faquinello; Higarashi; Marcon, (2007), em seu estudo abordando a percepção de acompanhantes de crianças hospitalizadas sobre o atendimento humanizado, puderam perceber que os pais costumam apresentar uma idéia um pouco vaga, com dúvidas a respeito do conhecimento ou familiaridade do termo “humanização”.

Não foi observada diferença dos resultados influenciada pelo tipo de serviço oferecido, se público ou particular, tendo-se encontrado alguns itens avaliados como menos satisfatórios em uma das clínicas

particulares do que no próprio hospital, contrariando o pensamento geral quanto à superioridade definida do atendimento particular em detrimento do público. Isto indica que a utilização destas propostas não depende diretamente dos recursos financeiros disponíveis para tal, mas muito mais da disposição do próprio profissional em fazê-lo.

Os mesmos autores ainda discutiram sobre esta idéia disseminada em relação à qualidade dos serviços públicos e particulares, relatando a existência de um senso comum e nos próprios meios de comunicação que compara o atendimento público ao privado, referindo desvantagem acentuada ao primeiro no tangente à qualidade e efetividade do atendimento prestado, idéia que foi contrariada também através dos resultados de seu estudo.

Assim sendo, este trabalho objetivou propor uma análise mais aprofundada sobre a prática da fisioterapia e o diferencial dos serviços oferecidos em nossa cidade, incluindo o processo de humanização, de forma a alcançarmos uma qualidade cada vez melhor dos mesmos, o crescimento de nossa classe profissional e uma maior adesão e satisfação por parte dos usuários destes serviços. A expressão da importância de estudos desta natureza, que vislumbrem a avaliação de uma dada realidade assistencial, como representantes de benefícios para a própria equipe de saúde e instituição investigada, enquanto fornece indícios para compreender melhor as necessidades e expectativas do público, possibilitando a definição de metas para a qualificação do atendimento e conseqüente melhoria da qualidade de

vida e saúde dos sujeitos envolvidos neste processo. Além disso, criam-se oportunidades para que percepções, opiniões, sugestões e reclamações dos usuários possam ser expressas livremente e com autonomia, consolidando um espaço para o verdadeiro exercício da democracia e cidadania.

A utilização da ludicidade, da afetividade e da interação do profissional com os pais da criança durante o atendimento pediátrico caracteriza um recurso muito prático e que exige pouco investimento, tornando-se facilmente acessível a qualquer âmbito da fisioterapia, sem grandes esforços. É necessário, apenas, que esta prática seja reconhecida como mais uma opção de aprimoramento do atendimento em saúde, especificamente em fisioterapia, dando-se a devida importância e estimulando seu uso.

Segundo pesquisa realizada por Lima; Jorge; Moreira, (2006) são fatores importantes de se observar, quanto à aparência do ambiente hospitalar, a decoração e a ambientação dos espaços, como a pintura das paredes, os móveis, as cores, frisando que ambientes com música, jardins, salas de estar e leitura, televisão favorecem a recuperação do paciente. Todos estes fatores influenciam na saúde mental tanto do usuário quanto do profissional, demonstrando que a arte e a ciência proporcionam importante evolução nos conceitos de saúde.

Outras propostas apresentadas por usuários de um serviço público pediátrico de Porto Alegre englobam questões relacionadas à acessibilidade, uso de vegetação, criação de áreas de

lazer, entre outros (Bergan; Santos; Bursztyn, 2004).

Mitre; Gomes (2004) relatam a experiência de um hospital na qual as paredes ganharam cores, personagens e brincadeiras, com objetivo de, não apenas estarem enfeitadas, mas oferecer às crianças oportunidades de entender e desmistificar os procedimentos médicos através da informação lúdica. Um exemplo desta estratégia era a decoração de um determinado corredor que dava acesso à área de radiologia, a qual era composta por desenhos de bichos que simulavam estar passando por uma radiografia.

É importante ressaltar que este estudo propôs a utilização dos referidos recursos como adjuvantes ao tratamento fisioterápico, não como foco principal da terapia, de forma que venha a auxiliar a relação do terapeuta com a criança e seus pais, alcançando maior aceitação do paciente pediátrico e maior adesão e satisfação dos pais ao atendimento.

De forma resumida, sugerimos a prática dos seguintes aspectos, dentro dos recursos propostos:

a) Ludicidade: ambientes decorados com motivos infantis, alegres, que chamem a atenção da criança; recursos musicais e visuais atraentes; brinquedos diversos, com sons, cores variadas; permitir que a criança passe algum tempo se habituando ao local, brincando um pouco antes da terapia, de forma a conquistar sua confiança e deixá-la um pouco mais à vontade.

b) Afetividade: ser carinhoso; pegar a criança no colo não apenas para a realização dos procedimentos, mas para conversar com ela, acalmá-la, levá-la

para se distrair; sorrir, conversar, brincar com a criança antes, durante e após o atendimento.

c) Interação com os pais: explicar aos pais a realidade de saúde da criança, o processo patológico, a necessidade do tratamento e o que será realizado; ensinar algumas técnicas aos pais, permitindo e estimulando que os mesmos os desenvolvam durante a sessão e em domicílio; permitir e estimular a presença dos pais durante a terapia, deixando-os o mais à vontade possível; passar segurança e tranquilidade a eles.

6 Conclusão

A abordagem da humanização na fisioterapia ainda encontra-se consideravelmente escassa, tanto em estudos científicos, quanto na prática profissional e dentro das instituições de formação acadêmica, fazendo deste um assunto relevante para inúmeras novas discussões.

Os resultados encontrados nas duas fases de avaliação deste estudo nos permitiram chegar à conclusão que: nos locais em que a utilização dos recursos de humanização propostos foi considerada insatisfatória, a maioria das crianças chora muito durante a terapia; o desconforto da criança é muito mais relacionado a problemas com o próprio tratamento, a estrutura do local e a habilidade do fisioterapeuta; diminui o índice de pais que acreditam que o cuidado humanizado possa diminuir o desconforto da criança; e a nota atribuída ao atendimento tende a ser notavelmente menor.

Quanto à idéia de geração de dor pela fisioterapia, observamos que esta não está diretamente relacionada à

prática das estratégias avaliadas, sendo importante o aprofundamento desta análise.

Embora, em um dos locais de estudo, a utilização de dois dos itens propostos ter sido considerada satisfatória, pudemos observar que o nível de utilização ainda permaneceu baixo, com uma média de apenas 60% caracterizado como “Muito utilizado”, demonstrando que, mesmo nesse local, ainda é necessário um aprimoramento desta prática.

Estes resultados não se mostraram influenciados pelo âmbito do serviço oferecido, particular ou público, mas sim pelo nível de humanização utilizado pelo profissional, tendo-se observado alguns itens avaliados como menos satisfatórios em uma das clínicas particulares do que no hospital público, sugerindo que a implantação destas propostas não depende diretamente do investimento financeiro despendido, mas principalmente da disposição do profissional em praticá-los.

Assim sendo, apesar dos achados referentes a este quesito terem nos surpreendido, consideramos termos alcançado os objetivos propostos por este trabalho, tendo avaliado parte significativamente importante da atuação da fisioterapia em nossa cidade, observando aspectos que precisam e podem, facilmente, ser aprimorados, de forma a conquistar um grau de satisfação cada vez maior por parte dos usuários deste serviço, fortalecendo nossa classe profissional e abrindo novas estratégias de atuação para a fisioterapia.

Referências

- BEE, H. **A Criança em Desenvolvimento**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- BERGAN, C.; SANTOS, M. S. O.; BURSZTYN, I. Humanização nos espaços hospitalares pediátricos: a qualidade do espaço construído e sua influência na recuperação da criança hospitalizada. **Anais do I Congresso Nacional da ABDEH: IV Seminário de Engenharia Clínica**. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao>>. Acesso em: 14 nov. 2008.
- CARVALHO, A. M.; BEGNIS, J. G. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo**, v. 11 n. 01. São Paulo. Jan.-Abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a13.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2008.
- CARVALHO, W. B.; HIRSCHHEIMER, M. R.; MATSUMOTO, T. **Terapia Intensiva Pediátrica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- COSTA, F. L. ; JARDIM, J. A. O. O brinquedo e o bebê: um estudo sobre as interações do bebê com o brinquedo. **Interação em Psicologia**, v. 05. n. 18. América do Sul. 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/3318/2662>>. Acesso em: 19 out. 2008.
- EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O Ciclo da Vida Humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001
- FAQUINELLO, P.; HIGARASBI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16. n. 04. Florianópolis. Out-Dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2008.
- FAÇANHA, M. C.; PINHEIRO, A. C. Distribution of acute respiratory diseases in Brazil from 1996 to 2001, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v.38. n.3. São Paulo: June. 2004.
- FROTA, M. A. ; GURGEL, A. A.; PINHEIRO, M. C. M. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. **Cogitare em Enfermagem**, v. 12. n. 01. Fortaleza. Jan.-Mar. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a12.htm>>. Acesso em : 24 set. 2008.
- GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o Desenvolvimento Motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3 ed. São Paulo: Phorte, 2005.
- HART, C. A.; CUEVAS, L. E. Acute respiratory infections in children. **Rev. Bras. Saude Matern. Infant.**, v.7. n.1. Recife. Jan-Mar. 2007.
- JUNQUEIRA, M. F. P. S. O bebê e o desenvolvimento infantil. **Revista Pediatria Moderna**, v. 35. n. 12. Rio de Janeiro. Dez. 1999.
- LAMARI, N. M.; MARTINS, A. L. Q.; OLIVEIRA, J. V.; MARINO, L. C.; VALÉRIO, N. Bronquiectasia e fisioterapia desobstrutiva: ênfase em drenagem postural e percussão. **Rev. Bras. Cir. Cardivasc.**, v.21. n.2. São José do Rio Preto. Apr-June. 2006.
- LASMAR, L. M. B. Doenças Respiratórias na infância. **Revista eletrônica mensal da SMSA-PBH**, n.4. Abr. 2002. Disponível em:

<<http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliotec a/sauededigital/abril2002/respirat.html>>.

Acesso em 18 mai. 2008.

LIMA, F. E. T.; JORGE, M. S. B.; MOREIRA, T. M. M. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59. n. 03. Brasília. Mai-Jun. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300008&Ing=pt&nrm=isso>. Acesso em: 18 mai. 2008.

LOPES, F. M.; BRITO, E. S. Humanização da assistência da fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 21, n. 3, Bahia. Ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a08v21n3.pdf>>. Acesso em: 27 Jul. 2011.

MITRE, R. M. A.; GOMES R. O papel do brincar na hospitalização de crianças: uma reflexão. **Psicologia em Pediatria**, v. 38. n. 07. Rio de Janeiro. 2002. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/congrext/Saude/Saude47.pdf>>. Acesso em 04 juli 2008.

PAULA, C. C.; RAVELLI, A. P. X.; ZINN, L. R. Cuidado de enfermagem na aventura do desenvolvimento infantil: reflexões sobre o lúdico no mundo da criança. **Cogitare em Enfermagem**, v. 07. n. 02. 2002. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/1666/1392>>. Acesso em: 13 ago 2008.

POSTIAUX, G. **Fisioterapia Respiratória Pediátrica: o tratamento guiado por ausculta pulmonar.** Tradução de Valdir de Souza Pinto e

Denise Radanovic. 2 ed. Rio Grande do Sul: Artmed, 2004.

RIBEIRO, C. A.; ANGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39. n. 04. São Paulo. Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400004&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2008.

SALGUEIRO, J. B.; RAMOS, M. Z.; FALK, M. L. R. Avaliação das ações humanizadoras desenvolvidas na pediatria do hospital das clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, v. 27. n. 02. Rio Grande do Sul. 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewFile/2022/1099>>. Acesso em: 14 nov. 2008.

SARMENTO, G. J. V. **Fisioterapia Respiratória no Paciente Crítico: Rotinas Clínicas.** 2 ed. São Paulo: Manole, 2007.

SOARES, M. R. Z. Hospitalização infantil: análise do comportamento da criança e do papel da psicologia da saúde. **Revista Espaço para Saúde**, v. 37. n. 11. Paraná. Nov. 2001. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaud e/v4n1/doc/pediatria.htm-19k->>>. Acesso em: 23 nov. 2008.

TIERNO, B. **A Psicologia da Criança e seu Desenvolvimento: de 0 a 8 anos.** São Paulo: Paulus, 2007.

TOMOPOULOS, S.; DREYER, B. P.; TAMIS-LEMONDA, C.; FLYNN, V.; ROVIRA, I.; TINEO, W.; MENDELSON, A. L. Books, toys, parent-child interaction, and

development in young Latino children.
Ambul. Pediatr., v. 6. n.2. Mar-Apr.
2006.

Artigo recebido em 16 de maio de 2011.

Aceito em 26 de setembro de 2011.