

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ADESÃO AO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO:
UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-SEMIÓTICA DA
PERCEPÇÃO DE PACIENTES E TERAPEUTAS**

Marina Medici Loureiro Subtil

Vitória

2010

Marina Medici Loureiro Subtil

**ADESÃO AO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO:
UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-SEMIÓTICA DA
PERCEPÇÃO DE PACIENTES E TERAPEUTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Professora Dra. Mariane Lima de Souza.

Vitória

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S941a Subtil, Marina Medici Loureiro, 1984-
Adesão ao tratamento fisioterapêutico : uma análise
fenomenológico-semiótica da percepção de pacientes e
terapeutas / Marina Medici Loureiro Subtil. – 2010.
98 f. : il.

Orientadora: Mariane Lima de Souza.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Fisioterapia. 2. Fenomenologia. 3. Semiótica. 4. Relações
humanas. 5. Comunicação. I. Souza, Mariane Lima de. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

Depois de esporádicas e perplexas meditações sobre o cosmos, cheguei a várias conclusões óbvias (o óbvio é muito importante: garante certa veracidade). Em primeiro lugar concluí que há o infinito, isto é, o infinito não é uma abstração matemática, mas algo que existe. Nós estamos tão longe de compreender o mundo que nossa cabeça não consegue raciocinar senão a base de finitos. Depois me ocorreu que se o cosmos fosse finito, eu de novo teria um problema nas mãos: pois, depois do finito, o que começaria?

Depois cheguei à conclusão, muito humilde minha, de que Deus é o infinito. Nessas minhas divagações também me dei conta do pouco que sabia, e isso resultou numa alegria: a da esperança. Explico-me: o pouco que sei não dá para compreender a vida, então a explicação está no que desconheço e que tenho a esperança de vir a conhecer um pouco mais.

Clarice Lispector

AGRADECIMENTOS

Fazer parte do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, foi desde o início, motivo de orgulho e certeza de que bons frutos seriam colhidos durante e após a caminhada. Neste percurso, o aprendizado e os desafios foram constantes, as amizades e os amores surgiam; e todos esses fatores se somaram para que eu chegasse ao momento de defesa da dissertação e por conseguinte, da aquisição do título de mestre em Psicologia.

Sendo assim, desejo fazer alguns agradecimentos aos atores desta jornada rumo ao meu sucesso pessoal e profissional:

A Deus, criador e “orientador maior” de nossas vidas.

Aos meus pais por acreditarem nos meus sonhos e se orgulharem deles a cada nova vitória.

Ao meu irmão, pois mesmo com nossas diferenças, nos amamos.

Ao Thiago Barros Izoton, meu amor, amigo e companheiro, que me ajuda, me escuta, me “futuca”, me estimula, me irrita, me faz ser uma pessoa melhor e me ama.

A minha amiga-sogra-mãe (Jô), por todo o apoio e carinho recebidos, mesmo em tão pouco tempo de relação. À nova família que faço parte, a vó Zefa, a tia Ana Paula (pelas muitas impressões) e ao Clementino, agradeço o carinho e a torcida.

Ao grande mestre e incentivador Mauro Arruda Villas Boas Filho, que mesmo em seus últimos momentos acredita que a vida deve ser bem vivida a cada instante.

Ao paciente e amigo José de Araújo, pelo apoio emocional constante, pelas palavras de sabedoria e pelos florais de Bach prescritos nos momentos de atribulação.

À professora, orientadora e educadora, Doutora Mariane Lima de Souza, pelo incentivo constante ao meu crescimento intelectual e pessoal, oferecendo todo o apoio e paciência para que eu chegasse ao final desta jornada.

Ao professor Agnaldo Garcia, por ter aceitado o convite em participar das minhas bancas de qualificação e defesa; por ter me acompanhado e ajudado no desenvolvimento da dissertação e de outros projetos afins.

À professora do curso de fisioterapia da UFES, fisioterapeuta e doutora Flávia Marini Paro, por aceitar participar da banca e compartilhar o saber de nossa classe profissional.

À professora Maria das Graças Moulin, por ter sido membro na banca de qualificação e ter feito colocações pertinentes ao desenvolvimento da pesquisa.

Aos demais professores do programa de pós-graduação em Psicologia da UFES, por me fazerem entender a cada dia o quanto é fundamental perceber o ser humano em seu mundo, e dessa forma, dando-me idéias para associar o conhecimento da psicologia e da fisioterapia, que hoje, ao meu ver, são profissões que não podem caminhar sozinhas.

A nossa amiga e secretária Lúcia Fajoli pelas informações valiosas e a disponibilidade em ajudar sempre.

Aos amigos e colegas que fiz durante o mestrado, especialmente às queridas Cinthia Ferreira de Souza e Lívia Maria Bonomo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES), pelo apoio financeiro concedido através da bolsa de estudos.

À direção geral do CREFES, que permitiu a realização deste estudo junto à instituição.

Aos fisioterapeutas do CREFES que fizeram parte dessa pesquisa; obrigada por terem me recebido de braços abertos e acreditarem no crescimento da nossa profissão.

Aos pacientes que se dispuseram falar sobre seus problemas de ordem física e emocional, a fim de contribuir para o avanço das pesquisas em fisioterapia.

À psicóloga, à assistente social e à educadora física do CREFES, que contribuíram em grande medida com seus relatos profissionais e pessoais.

A todos que fizeram parte dessa caminhada, tanto nas horas de alegria, quanto nas horas de desconforto. Dedico a vocês parte da minha felicidade e realização.

RESUMO

A adesão ao tratamento é um processo que tem recebido cada vez mais atenção dos pesquisadores das áreas de saúde nos últimos anos. De forma geral, a adesão pode ser definida como uma colaboração ativa entre o paciente e o profissional que o trata, num trabalho cooperativo para alcançar sucesso terapêutico. Contudo, a ênfase do debate tem recaído sobre a responsabilidade do paciente nesse processo; e a investigação dos fatores que sustentam a adesão tem focalizado o levantamento de dados como, por exemplo, a utilização correta dos medicamentos, a adequação da dieta alimentar, o comparecimento às visitas médicas e a outros especialistas. Especificamente na área da fisioterapia, na qual a frequência e continuidade das sessões é fator crucial para a reabilitação do paciente, e a interrupção do tratamento pelo paciente é uma constante, são escassos os estudos sobre os fatores que determinam a adesão. Investigar as percepções sobre a adesão dos pacientes e dos profissionais que os tratam é fundamental para um entendimento qualitativo das variáveis que interferem nesse processo. O objetivo dessa pesquisa foi, portanto, compreender as percepções de pacientes e terapeutas sobre o processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico, descrevendo mais especificamente os motivos que levam tanto à continuidade quanto à interrupção das sessões de reabilitação. Participaram 11 pacientes adultos de 25 a 73 anos, atendidos em um centro de reabilitação física do Espírito Santo, ligado ao SUS; além de quatro fisioterapeutas, uma psicóloga, uma assistente social e uma educadora física/nutricionista atuantes no mesmo local. Os procedimentos de pesquisa incluíram (a) a amostragem por conveniência dos pacientes, dos fisioterapeutas e demais profissionais e (b) a aplicação de uma entrevista semi-estruturada a todos os participantes. Os dados foram submetidos à análise a partir dos referenciais da fenomenologia semiótica. A análise das falas foi realizada em três etapas: descrição fenomenológica, redução fenomenológica e interpretação fenomenológica. A descrição do processo de adesão foi dividida em quatro grandes áreas temáticas: a fisioterapia no centro de reabilitação, a percepção dos pacientes, a percepção dos fisioterapeutas e a percepção dos demais profissionais. A redução revelou que o fenômeno da adesão na fisioterapia para essa amostra, encontra-se estruturado em torno de três aspectos: o cuidado integral, a comunicação e as contingências sócio econômicas. A interpretação dos dados revelou que a adesão à fisioterapia trata-se de um fenômeno multifatorial, abrangendo aspectos emocionais, sociais, econômicos e até mesmo culturais, tanto dos pacientes, quanto dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação. Discute-se, por fim, o papel fundamental da comunicação na relação terapeuta-paciente para o sucesso da fisioterapia e consequentemente do processo de adesão.

Palavras-chave: adesão ao tratamento, fenomenologia semiótica, comunicação, relacionamento, fisioterapia e reabilitação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Adesão ao tratamento na saúde.....	15
1.2 Relacionamento interpessoal entre fisioterapeuta e paciente.....	20
1.3 Adesão ao tratamento na fisioterapia e a perspectiva Fenomenológica.....	23
1.4 Objetivo geral.....	25
1.5 Objetivos específicos.....	26
2 MÉTODO	27
2.1 Delineamento.....	27
2.2 Localização e período.....	27
2.3 Participantes.....	27
2.4 Instrumentos	29
2.5 Aspectos éticos.....	30
2.6 Procedimento para a coleta de dados.....	31
2.7 Análise dos dados.....	32
3 RESULTADOS	33
3.1 A fisioterapia no centro de reabilitação.....	33
3.2 A percepção dos pacientes.....	37
3.3 A percepção dos fisioterapeutas.....	43
3.4 A percepção dos outros profissionais.....	54
3.5 O cuidado Integral.....	60
3.6 A comunicação e o relacionamento entre pacientes e terapeutas.....	62
3.7 Contingências sócio-econômicas – razões para aderir ou não ao tratamento.....	64
4 DISCUSSÃO	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
6 PLANO DE DESENVOLVIMENTO	85
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos pacientes quanto ao sexo, idade, escolaridade, profissão, diagnóstico clínico (DC) e tempo de atendimento (TA) em número de sessões na UTA (unidade de trabalho ambulatorial).

Tabela 2 - Descrição dos profissionais quanto ao cargo ocupado, sexo e o tempo de atuação na instituição.

1 INTRODUÇÃO

Entre os povos mais antigos, os recursos da natureza, tais como o calor do sol, a influência do frio e do gelo, além do uso da eletricidade, foram utilizados no tratamento de dores agudas e crônicas. Somados aos recursos naturais, o movimento humano, incluindo os músculos, os nervos, as articulações e a respiração, vêm sendo utilizados desde a antiguidade terapêuticamente. Sendo assim, a fisioterapia revela sua formação e desenvolvimento com início há milhares de anos em torno do mundo.

Retomando a época da Revolução Industrial, o ritmo de trabalho intenso com jornadas de trabalho abusivas (mais de 16 horas diárias), o trabalho infantil e todo o contexto de exploração dos operários e dos camponeses, favoreceram o surgimento de novas doenças. Abordagens terapêuticas para recuperar trabalhadores acidentados e lesionados, além de garantir o aumento da produtividade, foram ministradas utilizando ginásticas e exercícios (Barros, 2002).

A partir do século XX, ocorreram diversas mudanças na área da saúde, exigindo a formação de novos especialistas que pudessem dar conta das seqüelas de epidemias e dos resultados das grandes guerras mundiais. Neste período surgem os primeiros cursos de formação de fisioterapeutas no mundo, atrelada à custódia dos médicos e da medicina (Sanchez, 1984).

Nos países envolvidos na Primeira Guerra Mundial, o número elevado de mortos e mutilados levou a uma diminuição na força de trabalho ativa, manifestando a necessidade de medidas que reintegrassem estes trabalhadores à força produtiva. Nesta época surgiam os grandes centros de reabilitação, locais onde eram prescritas e realizadas as atividades de reaprendizagem do movimento, a reeducação funcional e a volta às atividades de trabalho (Figueirôa, 1996).

No Brasil, médicos com formação européia, foram responsáveis pela criação dos primeiros serviços de fisioterapia no século XIX, por volta de 1879 a 1883 (Sanchez, 1984). Nos anos 50, com o fim da Segunda Guerra Mundial, no campo da saúde, a incidência de poliomielite era alta, e portanto, a quantidade de portadores de seqüelas também era elevada. Somado a isso, o índice de acidentes de trabalho no país era um dos mais elevados da América do Sul, revelando uma demanda por recuperar e reinserir social e produtivamente as pessoas lesionadas (Rebelatto & Botomé, 1999).

Os anos seguintes no Brasil foram marcados por lutas e reivindicações por parte dos profissionais para tornar a fisioterapia uma profissão reconhecida. A fisioterapia foi regulamentada no Brasil através do decreto-lei 938/69, em 13 de outubro de 1969 e desde então, tem sido exercida regularmente pelos profissionais fisioterapeutas (Barros, 2002). Apesar de ser uma profissão considerada nova, suas áreas de inserção atendem pacientes com os mais variados diagnósticos. Aborda desde problemas osteomusculares, até doenças relacionadas ao desenvolvimento infantil ou que acometem o sistema nervoso; evidenciando uma demanda para o cuidado de disfunções com causas complexas, que envolvem a interação entre componentes físicos, emocionais e cognitivos (Rebelatto & Botomé, 1999).

No seu exercício profissional, o fisioterapeuta pode atuar em diversas áreas. Na atuação clínica, de reabilitação e prevenção, este profissional pode trabalhar em instituições públicas e privadas, tais como clínicas, hospitais, postos de saúde, consultórios, academias, empresas, condomínios, clubes ligados à prática desportiva, entre outros, integrando uma equipe multidisciplinar ou atuando individualmente.

Alem da prática clínica, sua atuação se expande à docência em escolas de ensino médio e em universidades lecionando disciplinas básicas nos cursos da área de saúde, à coordenação de cursos e à produção de pesquisa científica.

O início da profissão deu-se em uma época em que a reabilitação e a cura eram o foco central, caracterizando-a em princípio com foco mais curativo que preventivo. O que se mostra no país, desde o surgimento da fisioterapia como profissão, não é um panorama diferente da realidade mundial, na qual os focos reabilitador e curativo ainda se apresentam mais fortes. No entanto, essa realidade vem mudando ao passo que o conhecimento da área se aprofunda. Atualmente o fisioterapeuta atua em todo o ciclo da vida humana, por meio de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação, buscando uma abordagem integral que vem ao encontro do conceito ampliado de saúde (Marques & Sanchez, 1994).

A Organização Mundial de Saúde (1986) define a saúde não apenas como ausência de doença, mas como uma situação de bem estar físico, mental e social. Entender o significado deste conceito é de extrema importância para a prática fisioterapêutica em qualquer ramo de atividade da profissão. Quando um indivíduo busca os serviços de fisioterapia, o fisioterapeuta deve avaliá-lo de maneira abrangente, analisando deste modo aspectos subjetivos associados não apenas ao processo do adoecimento físico, mas aos fatores sociais ligados às disfunções e às queixas daquele ser que o procura.

No processo de avaliação e tratamento fisioterapêutico é preciso deixar de olhar o paciente de forma fragmentada, afinal, o tratamento não será calcado em apenas um joelho doente ou uma coluna com disfunções. Esse paciente que procura e necessita dos cuidados fisioterapêuticos não deseja ser visto apenas como um corpo destituído de sentimentos, cognições e atitudes. Saber escutar e entender as expectativas e as angústias inseridas no processo de adoecimento faz com que a adesão ao tratamento fisioterapêutico aconteça de forma favorável e consistente (Marinho & Fiorelli, 2007). O que não significa atribuir ao fisioterapeuta o papel de psicólogo, mas sim, esperar

dele, enquanto um profissional da saúde, uma concepção sistêmica do ser humano, aliada à sensibilidade para ouvir e compreender em profundidade as condições que cercam as queixas apresentadas pelo paciente.

Algumas pesquisas têm seguido um caminho de abordagem que se aproxima e se preocupa com o modelo humanizado e integral de atendimento na área da saúde. Certos profissionais têm indicado que permitir aos pacientes falar o que pensam tanto em relação ao tratamento que recebem quanto à fisioterapia, garante que a equipe de fisioterapeutas e todos os indivíduos inseridos neste processo compreendam os fenômenos a ele relacionados, identificando pontos favoráveis ou não à adesão ao tratamento (Moreira, Nogueira & Rocha, 2007).

Embora os problemas relacionados à adesão ao tratamento não sejam novos nem circunscritos a uma só área de conhecimento, no caso da fisioterapia, a adesão constitui-se como um novo objeto social e fenomenológico. A percepção de fisioterapeutas e pacientes quanto ao processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico representa um fenômeno pouco conhecido e estudado por essa profissão.

Na prática fisioterapêutica o tema da adesão seja presença constante nas conversas informais entre os profissionais, ainda assim, existem poucos relatos sistematizados ou estudos empíricos sobre as percepções de pacientes e fisioterapeutas em relação à adesão ao tratamento. Portanto, parece fundamental uma investigação que levante tais dados e, principalmente, focalize em sua análise, a comparação e o contraste entre as percepções desses dois grupos, os pacientes e os profissionais de saúde. Desta forma, torna-se possível a compreensão de um fenômeno vivenciado em grande medida na prática diária de consultório e clínica (experiência da consciência), para um universo científico (consciência da experiência).

A questão crucial por trás do problema da adesão ao tratamento fisioterapêutico é compreender as percepções daqueles que recebem a atenção (paciente) e daqueles que a oferecem (fisioterapeutas e demais profissionais). Saber quais os olhares e significados que pacientes e fisioterapeutas têm a esse respeito permite estabelecer conexões e pontes entre semelhanças e/ou diferenças encontradas nesse processo, identificando possíveis pontos de encontro ou desencontro. Essas aproximações também podem oferecer aos envolvidos na política de saúde pública, caminhos para a resolução de problemas possivelmente encontrados e conseqüentemente melhoria na gestão dos gastos públicos, reduzindo os problemas oriundos da situação provável de desajuste no tocante ao processo de adesão ao tratamento oferecido. Além dos benefícios esperados para as políticas de saúde pública, os envolvidos diretamente nesse processo de adesão (fisioterapeutas, demais profissionais de saúde e pacientes), terão a chance de aproximar ainda mais as suas experiências, garantindo uma comunicação mais efetiva e um processo de trocas que favorece o sucesso do tratamento fisioterapêutico.

1.1 Adesão ao tratamento na saúde

Um dos problemas que profissionais da saúde encontram, com freqüência, na atenção aos doentes é a dificuldade destes em seguir um tratamento de forma regular e sistemática. Embora essencial, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir. Por isso, muitos são os elementos que tornam a questão da adesão ao tratamento motivo de estudo entre os pesquisadores, desde sua definição até a forma como lidar com ela (Reiners, Azevedo, Vieira & Arruda, 2006). Vários estudos propõem estratégias para a resolução dos problemas ligados à adesão de medicamentos ou de mudanças de comportamentos de promoção à saúde (Conrad, 1985 ; Milstein-Moscatti, Persano & Castro, 2000), e elaboram explicações teóricas sobre os motivos

apresentados por algumas pessoas a fim de justificar certos tipos de comportamento (Green, 1987).

Mas de uma maneira geral, do que trata a adesão ao tratamento? O conceito de adesão é definido de forma diferenciada em diversos estudos; tratando tanto da utilização de medicamentos corretamente (Leite & Vasconcelos, 2003), quanto da transposição, para a vida cotidiana do indivíduo, de comportamentos e hábitos como tomar o remédio, mudar o estilo de vida, melhorar a dieta, comparecer às visitas médicas e a outros especialistas (Horwitz & Horwitz, 1993 ; Pierin, Strelec & Mion Júnior, 2003). Vários fatores interferem no processo de adesão e podem estar relacionados a características do paciente que recebe a atenção, tais como aspectos religiosos, crenças sobre a saúde, hábitos de vida, aspectos culturais, relativos à doença e ao tratamento em questão (Sanguin & Vizzotto, 2007). A adesão para alguns médicos, é definida como uma colaboração ativa entre o paciente e seu médico, num trabalho cooperativo para alcançar sucesso terapêutico, e é expressa na medida em que o comportamento do paciente corresponde à opinião, à informação ou ao cuidado médico, seguindo instruções para medicações, dietas e/ou fisioterapia (Drotar, 2000; Miller, 1997).

Ao verificarmos os termos utilizados para definir o que é adesão por diversos autores, entendemos a percepção dos pesquisadores da área médica sobre o papel de todos os envolvidos no processo. Os termos mais utilizados na língua inglesa, *adherence* e *compliance*, têm significados diferentes apesar de serem usados em contextos semelhantes. O termo *compliance*, que na língua portuguesa pode ser traduzido por obediência, sugere um papel passivo por parte do paciente, enquanto *adherence*, traduzido por aderência, sugere um papel mais ativo por parte do paciente,

fazendo referência à liberdade de escolher entre seguir determinado tratamento ou recomendação, ou não (Brawley & Culos- Reed, 2000).

Cardoso e Galera (2006), ao fazerem uma revisão de artigos que tratam do assunto adesão ao tratamento psicofarmacológico, selecionaram aqueles em que o termo adesão foi apresentado como um complexo de fenômenos que envolvem a decisão do paciente de utilizar e seguir a prescrição de medicamentos e procedimentos diversos. Eles não encontraram consenso sobre os conceitos de adesão, indicando que o seu uso varia de acordo com o profissional e o tipo de tratamento envolvidos.

Outros questionamentos fundamentais quanto ao processo de adesão ao tratamento direcionam o foco das investigações para as seguintes perguntas: Porque um paciente adere ou não adere a determinado tipo de tratamento? Será que o paciente tem consciência do que seja aderir? Como os profissionais de saúde lidam com essas questões? Aquele que trata ouve aquele que é tratado quanto as suas percepções sobre o tratamento?

Pesquisas variadas acerca do tema indicam respostas que ou transferem a responsabilidade da não-adesão exclusivamente aos pacientes; ou à precária comunicação existente entre os profissionais de saúde e seus atendidos. Para Leite e Vasconcelos (2003), os estudos de adesão seguem duas vias: a que focaliza o fenômeno no paciente e aquela que procura a compreensão da adesão em fatores externos ao paciente. Vários estudos que tratam a adesão em relação a medicamentos desconsideram o paciente, ou o responsável por sua saúde, como ser social, que carrega expectativas, anseios, conhecimentos, interesses, valores sócio culturais, todos produzindo sentidos e significados a respeito do uso da terapêutica recomendada ao processo de adoecimento (Luz, 1988).

Kidd e Altman (2000) tratam a adesão como um dos critérios para o uso de medicamentos e cuidado de saúde, sendo afetada pelo meio social e cultural em que acontece. Eles citam as questões de nível sócio econômico e escolaridade como coadjuvantes ao processo de adesão, argumentando que a compreensão dos fatores envolvidos com este processo, não se encontra em esferas individuais apenas, e sim em contextos mais amplos que envolvem a sociedade.

O conhecimento sobre o adoecimento e o tratamento é outro ponto a ser considerado no contexto da adesão. Alguns estudos revelam em contrapartida que apenas o conhecimento da doença não é forte o suficiente para garantir a adesão ao tratamento em questão, já que o conhecimento da doença é racional, enquanto que a adesão é um processo mais complexo, envolvendo fatores biossociais, emocionais e demais fatores de ordem prática e pessoal (Pierin, Strelec & Mion Júnior, 2003).

Outras pesquisas consideram a não adesão como fenômeno universal, estando relacionada a fatores diversos ligados ao profissional de saúde, ao tratamento, à doença e ao paciente (Paulo & Zanini, 1997; Nemes; Carvalho & Souza 2004; Vasconcelos, 2003; Faleiros, 2000). Desta forma, fatores psicossociais configuram-se como agentes essenciais na adesão ao tratamento na realidade de doenças crônicas, sendo que a falta de adesão ao tratamento mostra-se como uma dificuldade para alcançar os objetivos terapêuticos e revela frustrações aos profissionais de saúde envolvidos neste processo (Jesus, Augusto, Gusmão & Ortega, 2008).

A maneira como o paciente é visto no tratamento também se reflete na forma como são discutidas as questões ligadas à adesão entre o mesmo e o profissional que o atende. Em muitos casos a não adesão ao tratamento é definida como ignorância dos pacientes ou responsáveis por eles sobre a importância do tratamento e pouca educação (Leite & Vasconcelos, 2003). Neste contexto, o paciente é considerado um sujeito ativo

do processo, que adere ou não e assume responsabilidade sobre o seu tratamento (Conrad, 1985 e Milstein-Moscati, Persano & Castro, 2000). Ou seja, o paciente não está preocupado em desobedecer ou aderir ao receituário, mas sim em lidar com sua condição de vida da maneira que lhe pareça mais favorável, permitindo maior autocontrole. A não adesão pode ser entendida, em alguns casos, portanto, como a negação da doença por parte do paciente e a dificuldade em aceitar a realização de um tratamento profilático (Scott & Pope 2002).

Quais seriam, então, as saídas para garantir a adesão ao tratamento? Alguns estudos sugerem que para o sucesso na adesão são necessários três diferentes níveis de comprometimento. O primeiro está relacionado ao serviço: exames laboratoriais, especialidades, agendamentos facilitados, vínculo e acolhimento. O segundo se relaciona com a qualidade da assistência prestada pelo profissional, no seu empenho em ouvir, interagir, conscientizar, adequar sua linguagem, etc. Por fim, mas não menos importante, temos o papel do paciente, que precisa conhecer, compreender e aceitar o tratamento proposto, aderindo às estratégias para o auto cuidado, orientações alimentares, uso correto das medicações, exercícios físicos com o objetivo de aumentar a qualidade de vida, entre outras (Colombrini, Lopes & Figueiredo, 2006).

Todas as atividades acima devem ser desenvolvidas continuamente, e para isso, o estabelecimento de um vínculo entre o profissional de saúde ou a equipe e o paciente se faz necessário. A adesão torna-se algo possível quando o paciente torna-se consciente desse processo que o envolve, aceita sua condição de saúde e opta por atitudes e mecanismos de auto cuidado, garantindo sua participação ativa neste processo. Nesse contexto, uma comunicação e linguagem adequadas devem ser ferramentas dos profissionais de saúde permitindo a efetividade do tratamento (Oliveira & Gonçalves, 2004). Equipes estáveis de atendimento representam um avanço importante no tocante

ao processo de adesão. Para isso, é preciso estabelecer rotinas claras que facilitem a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde desde o início da terapêutica, independente da idade. Esses procedimentos deverão ser flexíveis, respondendo ao desenvolvimento e estado psicológico de cada um (Oliveira & Gomes, 2004).

1.2 Relacionamento Interpessoal entre Fisioterapeuta e Paciente

Os serviços de saúde oferecidos à sociedade geralmente são mediados por relacionamentos entre profissionais que prestam o serviço e os pacientes que os recebem. As pesquisas sobre essa forma de relacionamento, contudo, tem contemplado mais o relacionamento interpessoal entre médico e paciente, com ênfase nas questões ligadas ao processo de comunicação estabelecido entre essas partes (Garcia, 2005). No diagnóstico dado pelo médico e a terapêutica administrada, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão implicadas nos resultados satisfatórios (Gadamer, 1994). A proposta de conhecer melhor os aspectos envolvidos no adoecimento do paciente é responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o enfermo em sua integridade física, psíquica e social e não somente de um ponto de vista biológico (Wulff, Pedersen & Rosemberg, 1995).

O papel do escutar é destacado por Marinho (1995) como importante na relação terapêutica estabelecida. Caldeira (2001) enfatiza a importância da criação de um espaço na relação onde o paciente tem a permissão de expressar-se e ambos participam efetivamente do processo de cura. Neste caso, o paciente se sente aceito, compreendido, amado e sem culpa, criando experiências de grande importância para ele. Um dos fatores necessários para que a fisioterapia atue diretamente no desenvolvimento do paciente está na maneira como o paciente se relaciona com o fisioterapeuta e vice-versa.

A partir da prática profissional, pode-se observar que, à medida que os pacientes se envolvem no tratamento fisioterapêutico, relações interpessoais marcadas pela afetividade se desenvolvem, as quais podem afetar o curso e a qualidade do tratamento em questão. No caso da fisioterapia, esse relacionamento é fundamental, uma vez que o tratamento pode se estender por anos, com um contato freqüente, até várias vezes por semana e com uma proximidade expressiva, devido à natureza do atendimento, incluindo o próprio contato físico. A reciprocidade também favorece as aquisições de habilidades interativas, bem como a evolução de um conceito de interdependência (Ribeiro, Moraes & Beltrame, 2008). Segundo Copetti (2001) a reciprocidade pode gerar uma motivação capaz de levar os indivíduos a prosseguirem e acelerarem suas atividades, melhorando o padrão de aprendizagem e conseqüentemente os quadros de saúde física e mental.

Os profissionais de saúde que se propõem a tratar o paciente precisam buscar o sentido e o significado da queixa que o cerca. A leitura parcial desse paciente representa, de certa forma, a fragilização da relação terapêutica (Loyola, 1984) quando desconsidera que a eficácia terapêutica depende de todos os atos que envolvem o encontro entre o paciente e o profissional (Ferreira, 1993).

Sobre a relação terapeuta - paciente Perestrello diz:

[...] a relação interpessoal é uma relação viva. Todo o ato médico é, conseqüentemente, um ato vivo, por mais que se lhe queira emprestar caráter exclusivamente técnico. Não existe ato puramente diagnóstico. Todas as atitudes do médico repercutem sobre a pessoa doente e terão significado terapêutico ou antiterapêutico segundo as vivências que despertarão no paciente e nele, médico, também (1996, p. 102).

Durante as sessões de fisioterapia é necessário que o paciente não apenas observe e execute as atividades propostas pelo fisioterapeuta, mas que esse (paciente) se reconheça como ativo e chave fundamental no processo terapêutico. Afinal, a efetividade do tratamento encontra-se numa via de mão dupla, onde os pacientes

precisam ser participantes ativos sob a orientação do fisioterapeuta. A tendência é que à medida que os participantes se envolvam em relações interpessoais, características como afetividade, reciprocidade, confiança, respeito e vínculo se desenvolvam e se tornem mais evidentes.

Neste panorama, o desenvolvimento de relacionamento entre fisioterapeuta e paciente apresenta-se como algo natural e muito provável de acontecer entre essas partes, visto que o tratamento em questão apresenta fatores favoráveis ao surgimento de um relacionamento interpessoal, tais como longo período de convivência, estímulos táteis prolongados e comunicação verbal em boa parte do atendimento fisioterapêutico.

1.3 Adesão ao tratamento na fisioterapia e a perspectiva fenomenológica

A revisão de literatura científica a respeito do processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico revelou alguns estudos nacionais e internacionais que tratam da satisfação de pacientes com o tratamento fisioterapêutico (Goldestein, Elliott & Guccione, 2000; Monnin & Pernerger, 2002; Beattie, Pinto, Nelson & Nelson, 2002; Esperidião & Trad, 2006; Campbell & colab, 2001), que embora não façam referência específica ao processo de adesão, revelam a estreita ligação entre o mesmo e a satisfação com a fisioterapia. Essa satisfação remete aos resultados positivos da reabilitação e o fator comunicacional e dialógico presente na relação que se estabelece entre fisioterapeuta e paciente. As pesquisas nacionais de Sanguin & Vizzoto (2007) e de Kurita & Andruccioli (2003), mostram que o fenômeno adesão na fisioterapia ainda é pouco valorizado e explorado nas pesquisas científicas apesar de constituir a base do tratamento fisioterapêutico.

Estima-se que a não adesão ao tratamento fisioterapêutico varia de 30 a 60 %, sendo maior em se tratando da prescrição de medidas profiláticas e de desordens crônicas (Dumbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Claydon & Efron, 1994).

No campo da saúde, a tentativa de compreender todos os aspectos envolvidos no processo de adesão ao tratamento, desde os fatores ligados ao indivíduo até a relação que se estabelece entre ele e sua realidade social tem sido pautada por uma abordagem fenomenológica. Nesta perspectiva, o foco está voltado para a análise dos vários fenômenos ligados ao processo de adoecimento, possibilitando compreender a percepção sobre a doença, o sofrimento e as expectativas de quem passa por esse processo. O pesquisador procura entender o fenômeno, o sujeito e o mundo no qual todos eles estão inseridos, levando em conta a percepção deste indivíduo em relação a esse fenômeno (Leopardi, 2001). Com o objetivo de entrelaçar as ciências e a filosofia,

a fenomenologia sugere que se veja “o fenômeno como uma estrutura, reunindo, dialeticamente na intencionalidade da consciência o homem e o mundo, o sujeito e o objeto, a existência e a significação” (Rezende, 1990 , pg. 34-35).

Esse conceito de intencionalidade que reúne o homem e o mundo reconhece que toda a consciência é consciência de alguma coisa, a consciência não é algo simplesmente pronto e fechado em si mesmo. O objeto é algo pensado e percebido (Costa, 2003). A fenomenologia conseguiu unir o extremo do subjetivismo ao extremo do objetivismo de acordo com Merleau-Ponty (1994). O mundo fenomenológico não é o ser puro, mas os significados do cruzamento entre experiências; ele é inseparável tanto da subjetividade quanto da intersubjetividade. Dessa forma, oferece um meio privilegiado para analisar e pensar na relação estabelecida entre o fisioterapeuta e o paciente. Desse modo, a tarefa da fenomenologia passa a ser a de valorizar todas as experiências concretas do homem, não se restringindo àquelas ligadas ao conhecimento, mas também as experiências de vida que se estabelecem nas relações do ser no seu mundo (Costa, 2003).

A afirmação acima pode nos direcionar a considerações quanto à postura do fisioterapeuta em relação a seu paciente, explicitando a necessidade deste profissional em conhecer a dinâmica do paciente e suas relações com seu mundo vivido, além de sua própria dinâmica no que confere a sua participação no processo de cura e reabilitação. Essa percepção evita a fragmentação e a dicotomização sujeito-objeto, corpo-alma, interioridade-exterioridade.

Captar o que se mostra nas relações exige do profissional de saúde uma postura diferenciada, muito mais do que aderir a uma teoria determinada. A postura em questão direciona o olhar para o fenômeno, para o que se doa na relação (Costa, 2003). Fisioterapeuta e paciente não constituem elementos separados e independentes que

podem ser fragmentados – eles estão ligados por uma relação recíproca. Para a fenomenologia, quem entra por um consultório não é apenas um corpo, é um homem; não só um homem, mas um universo singular, um ser que existe com toda sua originalidade (Cruz, 1997). Antes mesmo de o profissional preocupar-se em oferecer um diagnóstico preciso da alteração que o paciente apresenta, faz-se necessário perceber que ele existe.

O método fenomenológico vem, portanto, atender aos anseios da área de saúde que busca por um lado uma compreensão objetiva, e de outro a intersubjetividade, sendo que o grande desafio dessa relação é a conciliação do aporte teórico com a singularidade do indivíduo (Costa, 2003). Nesta pesquisa, o fenômeno a ser estudado é a adesão ao tratamento fisioterapêutico sob o olhar de quem trata (fisioterapeuta) e/ou participa do processo de inserção e tratamento (psicóloga, assistente social, educadora física/nutricionista) e de quem é tratado (paciente). Desta forma, a dissertação organiza-se em torno da seguinte questão de pesquisa: qual a percepção que pacientes, fisioterapeutas, psicóloga, assistente social, educadora física/nutricionista de um centro de reabilitação têm a respeito do processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico?

1.4 Objetivo geral

Compreender as percepções de pacientes, fisioterapeutas e dos demais profissionais de uma equipe de reabilitação de uma instituição (psicólogo, assistente social, educadora física/nutricionista) sobre o processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico, descrevendo quais aspectos estão relacionados à adesão; descrevendo mais especificamente os motivos que levam tanto à continuidade quanto à interrupção de um tratamento de acordo com os relatos dos pacientes e dos profissionais, focalizando a existência de pontos de encontro ou desencontro entre as percepções.

1.5 Objetivos específicos:

- Caracterizar o processo de adesão ao tratamento a partir da perspectiva dos pacientes, verificando sua relação com fatores como motivação para continuar o tratamento, causas para interrupção do tratamento, conhecimentos acerca da fisioterapia como profissão e vínculo estabelecido com o fisioterapeuta;
- Caracterizar o local de pesquisa escolhido com foco nas suas atribuições e propostas de atendimento;
- Descrever a experiência de ser fisioterapeuta, assistente social, psicóloga e educadora física/nutricionista, identificando as ações profissionais multidisciplinares realizadas na instituição e a percepção que cada profissional tem a respeito da sua satisfação em relação ao exercício profissional;
- Caracterizar o processo de adesão ao tratamento a partir da perspectiva dos profissionais;
- Comparar e contrastar qualitativamente as perspectivas dos pacientes e dos terapeutas.

2 MÉTODO

2.1 Delineamento

A pesquisa tem caráter qualitativo e foi delineada com base nos critérios da fenomenologia-semiótica (Gomes, 1998; Lanigan, 1992; Giorgi, 1970). O objeto de investigação é a percepção dos pacientes e de profissionais do SUS quanto ao processo de adesão à fisioterapia.

2.2 Localização e Período

A pesquisa foi realizada em um centro de reabilitação do Espírito Santo no ano de 2009, nos períodos matutino e vespertino, e a coleta dos dados realizada durante um período de três meses.

2.3 Participantes

A amostra foi composta por conveniência e constituída por um grupo de pacientes e um grupo de terapeutas. O grupo de pacientes foi selecionado aleatoriamente através de sorteio pelo número dos prontuários que foram disponibilizados pelos fisioterapeutas. A amostra foi composta por 11 pacientes atendidos na unidade citada (de um total de 25 pacientes sorteados) de ambos os sexos, com idades variando de 25 a 73 anos, que apresentavam capacidade de fala e leitura, e disponibilizaram-se em realizar a entrevista. Os pacientes estavam em atendimento há pelo menos 10 sessões de fisioterapia no local da pesquisa (ver Tabela 1). Preenchendo os critérios de inclusão (capacidade de fala, leitura, e atendimento no setor há pelo menos 10 sessões), o paciente foi convidado a participar da pesquisa, sendo previamente informado sobre o estudo através da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A).

Os integrantes da equipe que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B). O grupo de terapeutas

abrangeu quatro fisioterapeutas, uma psicóloga, uma assistente social e uma educadora física/nutricionista, uma vez que esses profissionais também acompanham os pacientes durante o tratamento fisioterapêutico, ou no momento de entrada e triagem do serviço de fisioterapia, ou durante o tratamento conforme as necessidades de cada um (ver Tabela 2).

TABELA 1 - Descrição dos pacientes quanto ao sexo (M- masculino; F- feminino), idade, escolaridade (EFI – ensino fundamental incompleto; S- superior; EM- ensino médio; EF- ensino fundamental), profissão, diagnóstico clínico (DC) e tempo de atendimento (TA) em número de sessões na UTA (unidade de trabalho ambulatorial).

Paciente	Sexo	Idade	Escolaridade	Profissão	DC	TA
PPM01	M	67	EFI	Aposentado	Artrose	20
PPM02	M	73	S	Aposentado	Fratura fêmur	15
PPF03	F	25	EM	Ajudante de pedreiro	Hérnia de disco	11
PPF04	F	43	S	Dentista	Epicondilite	12
PPF05	F	62	S	Professora	Artrose	21
PPF06	F	42	EM	Desempregada	Fratura clavícula	15
PPM07	M	41	EF	Pintor	Fratura braço	13
PPF08	F	37	S	Professora	Pós AVC	22
PPM09	M	27	S	Publicitário	Pós-operatório joelho	15
PPM10	M	34	EM	Representante comercial	Fratura perna	14
PPF11	F	45	EM	Empregada doméstica	Hérnia de disco	17

TABELA 2 - Descrição dos profissionais quanto ao cargo ocupado, sexo e o tempo de atuação na instituição.

Profissional	Função	Sexo	Tempo de atuação na instituição
PF01	Fisioterapeuta	Feminino	18 anos
PF02	Fisioterapeuta	Masculino	11 anos
PF03	Fisioterapeuta	Feminino	23 anos
PF04	Fisioterapeuta	Feminino	10 anos
PPIS	Psicóloga	Feminino	01 ano
PAS	Assistente Social	Feminino	05 anos
PEDFN	Educadora Física e nutricionista	Feminino	14 anos

2.4 Instrumentos

Para a pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Entrevista semi-estruturada para pacientes (ANEXO C). O roteiro é composto de questões que abrangem dados pessoais, diagnóstico clínico, experiência com e conhecimento da fisioterapia, relação do trabalho com o processo de adoecimento e reabilitação, mudanças com o tratamento fisioterapêutico, caracterização do bom tratamento e do bom fisioterapeuta, motivos de adesão e não adesão ao tratamento, bem como a influência do relacionamento com o fisioterapeuta nesse processo de adesão;

2) Entrevista semi-estruturada para fisioterapeutas (ANEXO D). O roteiro é composto de questões sobre as atividades profissionais realizadas, a escolha da profissão, o grau de satisfação em ser fisioterapeuta, o trabalho da fisioterapia no SUS e numa equipe multidisciplinar, o papel do fisioterapeuta e do paciente no processo de adesão ao tratamento, os motivos que levam à adesão ou desistência do tratamento e a influência do relacionamento com o paciente nesse processo;

3) Entrevista semi-estruturada para psicóloga, assistente social e educadora física (ANEXO E). O roteiro abrange questões sobre a forma de ingresso no local de trabalho, as atividades desenvolvidas junto à equipe de trabalho, o seu papel no processo de reabilitação, os aspectos envolvidos no processo de adesão por parte de quem trata e de quem é tratado e a influência do relacionamento com o paciente nesse processo.

2.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de ética do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, conforme os requisitos da Secretaria Estadual de Saúde, com fundamentação do Conselho Nacional de Saúde, sendo enquadrado dentro da resolução 196/96. A pesquisa foi iniciada após a aprovação do comitê de ética e da aprovação da direção do centro de reabilitação através de um documento previamente elaborado para esse fim (ANEXO F). Após a aprovação, os indivíduos identificados que se enquadraram nos critérios da amostra, foram instruídos a ler o termo de consentimento livre e esclarecido juntamente com a pesquisadora, sendo esclarecidos a respeito de possíveis dúvidas quanto à pesquisa, com explicações completas e pormenorizadas. Aceitando participar do estudo, cada participante assinou o termo em duas vias, uma ficando com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa. O material registrado em arquivos de voz e papel será mantido sob sigilo pela pesquisadora por 05 anos após a análise dos mesmos. Após a coleta, análise dos dados e da defesa da dissertação, os

achados da pesquisa foram devolvidos ao centro de reabilitação pesquisado, aos profissionais da equipe multidisciplinar, sob a forma de palestra.

2.6 Procedimentos para a coleta de dados

Inicialmente junto à direção do local de pesquisa em Vila Velha, a pesquisadora obteve a permissão de acesso à UTA. O primeiro contato com a equipe foi realizado por meio de uma reunião que acontece toda semana, contendo grande parte dos profissionais (fisioterapeutas, psicóloga, educadora física, assistente social, musicoterapeuta e massoterapeuta) envolvidos na avaliação e atendimento dos pacientes da UTA. Nesta reunião foi apresentado o projeto de pesquisa, destacando-se os objetivos e a metodologia. O convite para participar da pesquisa foi feito a todos os profissionais da equipe. A identificação dos pacientes atendidos foi realizada junto aos fisioterapeutas da UTA que disponibilizaram os prontuários de atendimento. Os pacientes sorteados foram convidados a acompanhar o pesquisador até uma sala reservada após o atendimento na fisioterapia, para que pudessem conversar a respeito da pesquisa. Neste momento foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido. Ficou claro que não se tratava de atendimento fisioterapêutico e sim de uma pesquisa científica. Os indivíduos que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento em duas vias e passaram para a fase da entrevista.

Terminada a abordagem aos pacientes, os terapeutas que desejaram participar da pesquisa foram entrevistados individualmente pela pesquisadora. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram gravadas em MP4 e posteriormente transcritas na íntegra.

2.7 Análise dos Dados

A análise dos dados seguiu os três passos da fenomenologia-semiótica: descrição e redução, que se estruturam na sessão resultados e a interpretação, e a interpretação

fenomenológica, que foi estruturada na sessão discussão. A descrição consistiu numa separação de partes de um todo e numa demarcação de unidades de sentido do texto original. A redução apresenta-se como uma síntese, já que agrupa as partes separadas da descrição apontando os temas centrais do fenômeno que serão analisados posteriormente na interpretação; a interpretação organiza o conteúdo das unidades reduzidas em um texto que integra todos os temas que compõem a experiência de cada indivíduo dentro do fenômeno estudado, comparando-os com as pesquisas realizadas acerca da temática escolhida (Gomes, 1998 ; Lanigan, 1992).

3 RESULTADOS

Os dados obtidos em uma cartilha informativa disponibilizada pela UTA, através da observação e registro em diário de campo da pesquisadora; além de conversas com os terapeutas, permitiram a caracterização da instituição e das atividades desenvolvidas no setor escolhido para estudo. Tal caracterização tem como o objetivo de esclarecer e informar aos leitores como se dá o atendimento fisioterapêutico no CREFES e em especial na UTA. Logo em seguida, apresentam-se os três grandes focos temáticos da descrição fenomenológica, que estruturam a análise das entrevistas com os participantes: a percepção dos pacientes, a percepção dos fisioterapeutas e a percepção dos demais profissionais.

3.1 A fisioterapia no centro de reabilitação

O centro de reabilitação escolhido para esta pesquisa presta atendimento a pacientes desde o nascimento até a terceira idade; reabilitando, adaptando e reintegrando à vida social e familiar indivíduos com paralisias e disfunções causadas por hipertensão, diabetes, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, mergulho, doenças da coluna, meningite, parto com intercorrências, gravidez de alto risco, dentre outras.

O atendimento na instituição é feito através de encaminhamento fornecido por profissionais da área médica que atendem na rede pública conveniada ao SUS. No centro de reabilitação o paciente é encaminhado e atendido em unidades de trabalho específicas, de acordo com a sua patologia e disfunção:

- Unidade de Trabalho Ambulatorial – UTA: tratamento de fraturas, traumatismos, pré e pós operatórios ortopédicos e doenças ortopédicas agudas, crônicas e degenerativas;

- Unidade de Trabalho Neurológica Adulto e Infantil – UTNAI: tratamento de seqüelas de derrames, traumatismos cranianos, paralisias encefálicas e de crianças com atrasos no desenvolvimento total;

- Unidade de Trabalho de Prótese e Órtese – UTPO: confecciona aparelhos para auxílio na locomoção, sustentação e correção dos membros (superiores e inferiores amputados), coletes, confecção de aparelhos que facilitem as atividades de vida diária dos pacientes, efetua a doação de meios auxiliares de locomoção, tais como: muletas, cadeiras de rodas, cadeiras higiênicas; efetua também a concessão de próteses mamárias e coletores urinários de perna;

- Unidade de Trabalho de Internação – UTI: atende seqüelas de derrames recentes, pós-operatórios e traumatismos de coluna e crânio;

- Unidade de Trabalho de Reabilitação Comunitária – UTRC: atende doenças ou acidentes com incapacidades permanentes de longo tempo, faz orientações e visitas domiciliares, avaliação diagnóstica auditiva, tratamento clínico, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual, acompanhamento e terapia fonoaudiológica.

As unidades de trabalho e tratamento são compostas por equipes multidisciplinares nas áreas de Fisioterapia, Clínica Geral, Pediatria, Urologia, Otorrinolaringologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Musicoterapia, Nutrição, Educação Física, Odontologia, Protetização e Ortetização.

Nesta pesquisa, o ambiente de estudo escolhido para a coleta dos dados foi a Unidade de Trabalho Ambulatorial (UTA). A UTA tem a missão de promover e executar o atendimento institucional a pacientes portadores de patologias traumato-ortopédicas e reumatológicas, visando prevenir, diagnosticar, orientar e definir metas de

tratamento reabilitacional desenvolvendo suas potencialidades, por meio de um programa de atividades em equipe multidisciplinar, reintegrando-os à família e a sociedade.

São elegíveis ao atendimento deste serviço, pacientes a partir de 12 anos de idade, portadores de patologias traumato-ortopédicas e reumatológicas, com prognóstico de reabilitação, sendo a prioridade verificada através do Risco Reabilitacional (questionário que define a prioridade para o atendimento com base no grau de disfunção de cada paciente).

A triagem é realizada pela seguinte equipe: médico fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social. Neste processo é definido para qual dos programas oferecidos pela UTA o paciente será encaminhado.

Durante o processo de triagem, antes do início do tratamento propriamente dito, os pacientes assistem a uma palestra com os profissionais da equipe de saúde. O objetivo da palestra é informar as funções de cada profissional na equipe, os tipos de tratamento e abordagens fisioterapêuticas disponíveis na UTA, assim como enfatizar a importância da participação ativa do paciente no processo de reabilitação e sua responsabilidade no sucesso do tratamento.

Cada fisioterapeuta do setor atende 25 pacientes por dia em média, totalizando cinco pacientes por hora para cada profissional. Dessa forma, a rotatividade do setor gira em torno de 100 a 150 pacientes por dia, visto que normalmente são três fisioterapeutas atendendo em cada turno.

Os pacientes participantes desta pesquisa estavam em atendimento no ambulatório da UTA. Os profissionais entrevistados atuam junto à UTA, ligados direta ou indiretamente ao tratamento fisioterapêutico, por meio do trabalho multidisciplinar proposto pela unidade.

O trabalho multidisciplinar nem sempre fez parte do contexto de atendimento na fisioterapia da UTA. A implantação do trabalho em equipe ocorreu com o passar dos anos, envolvendo a inserção dos demais profissionais como psicóloga, nutricionista, educadora física, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta e massoterapeuta. A equipe inicial contava com a presença dos médicos, fisioterapeutas e da assistente social. Destes envolvidos na assistência ao usuário do centro de reabilitação, apenas o médico não participa das reuniões semanais de equipe, o que é motivo de insatisfação junto aos demais profissionais.

Quando eu cheguei no CREFES não tinha esse trabalho multidisciplinar, hoje conseguimos reunir quase todos os profissionais da equipe, o médico não participa das reuniões, ainda não é o ideal, mas para o paciente é o melhor que se pode oferecer, ele é tratado por uma equipe (PF01).

O processo de inserção da fisioterapia no centro de reabilitação foi pontuado como lento, já que a princípio, o atendimento era realizado por técnicos em fisioterapia. Nesta época, os fisioterapeutas do setor apenas supervisionavam o trabalho dos técnicos e eram impossibilitados de prescrever, tratar ou dar alta aos pacientes. Essas funções ficavam sob a responsabilidade do médico. A conquista por mais espaço de atuação na instituição foi percebida como um trabalho cansativo, demorado, mas que se tornava gratificante à medida que o reconhecimento da profissão acontecia por parte da equipe médica.

O fisioterapeuta no início aqui no CREFES não tinha nenhum respaldo como profissional, os técnicos é que executavam as atividades que eram nossas, com o tempo

o nosso primeiro ganho foi em nível de prescrição e atendimento. Os médicos não nos viam como fisioterapeutas (PF03).

A organização da instituição, dividida em setores e ambulatórios de atendimento, tem a preocupação de seguir uma filosofia multidisciplinar, oferecendo aos pacientes um suporte de atendimento que integre vários especialistas e profissionais de diferentes áreas de atuação. No entanto, a prática revela um panorama de desajuste deste processo, que pode estar relacionado às altas demandas pelos serviços oferecidos contando com poucos profissionais para muitos pacientes; além de desajustes no que se refere às falhas de comunicação entre os profissionais e os pacientes, e entre a própria equipe.

Sabemos que existe toda uma política de saúde que nos orienta a oferecer um trabalho multidisciplinar, mas veja só, como eu posso atender 05 pacientes por hora, não ter tempo de reunir os profissionais adequadamente e nem ter incentivo em qualificação aos terapeutas, e ainda assim, dizer que existe multidisciplinaridade? As vezes parece piada... (PF01).

3.2 A percepção dos pacientes

Os relatos dos participantes sugeriram uma estrutura do fenômeno organizada em torno de quatro áreas temáticas: a) expectativas e mudanças com a reabilitação; b) a fisioterapia e o bom profissional: tem que ser profissional, mas tem que ser humano também; c) abandono versus permanência; d) tratamento e trabalho. A narrativa descritiva foi documentada com breves excertos extraídos das entrevistas e identificados

por abreviaturas como PPM01 ou PPM03, diferenciando homens (PPM) e mulheres (PPF) e indicando o número da entrevista (conforme a Tabela 1).

3.2.1 Expectativas e mudanças com a reabilitação

O processo de reabilitação foi descrito de uma forma positiva, a partir de um contraste entre as expectativas prévias em relação ao tratamento e os resultados alcançados. As expectativas quanto ao processo de reabilitação incluem a melhora do quadro doloroso e o retorno às atividades de vida diária, principalmente as ligadas ao trabalho. Recuperar as capacidades funcionais como andar sozinho, subir e descer escadas, caminhar, praticar esportes, vestir-se, limpar a casa, pegar ônibus e realizar as funções de trabalho, foram destacadas como as principais metas relacionadas à reabilitação através da fisioterapia. O tratamento fisioterapêutico foi percebido como uma chance de diminuir ou suprimir as dores e incapacidades geradas pelas lesões.

As mudanças se estenderam a diversas áreas, abrangendo tanto melhoras nos aspectos físicos, quanto emocionais e até mesmo na vida social, como diminuição da dor, recuperação de movimentos, melhora da autoestima, aumento da socialização e coadjuvante no tratamento da depressão. Cada sessão de fisioterapia significou a associação de ganhos e melhoras para as capacidades físicas e emocionais. Estar na fisioterapia foi percebido como um momento destinado a resolver as limitações físicas e também as alterações de ordem emocionais ligadas ao processo de adoecimento.

Eu melhorei muito, minha auto-estima aumentou, eu consigo andar sozinho e não estou mais deprimido ... (PPM03).

A fisioterapia me devolveu a vontade de viver, de me curar, de enxergar que eu estava viva e poderia voltar a fazer as coisas de antes, aqui eu trato meu corpo e minha cabeça (PPF04).

3.2.2 A fisioterapia e o bom profissional: tem que ser profissional, mas tem que ser humano também.

O bom fisioterapeuta foi visto como aquele que alia a habilidade técnica à habilidade para o relacionamento interpessoal. O fisioterapeuta é o profissional capaz de aliviar ou suprimir os sintomas dolorosos de cada doença, tornando-os capazes de voltar às atividades de vida diária, com destaque para o trabalho. Além da competência técnica, o fisioterapeuta precisa saber relacionar-se com o paciente, oferecendo a atenção individualizada, avaliando e cuidando daquele que o procura de uma forma integrada, considerando tanto os aspectos físicos como emocionais. Para ser considerado bom, o relacionamento entre paciente e fisioterapeuta precisa envolver empatia, reciprocidade, confiança e afeto. Todas essas qualidades foram percebidas como determinantes do relacionamento e do sucesso do processo terapêutico.

Tem que ter conhecimento, mas tem que conversar, ouvir, dar atenção... (PPF07).

Não adianta ser muito bom na teoria se não sabe nem conversar com o paciente e dar a atenção que ele precisa aqui...(PPM02).

O relacionamento entre os pacientes e os fisioterapeutas da unidade de atendimento foi percebido como satisfatório, no entanto, consideram ter pouco tempo de contato e baixa possibilidade de conversar com cada terapeuta sobre seus problemas e a evolução na reabilitação.

Eu sei que eles atendem muitos pacientes por hora, e acho que talvez por isso não possam nos dar a devida atenção, passar mais tempo nos escutando, avaliando e tudo mais (PPM09).

3.2.3 Abandono *versus* permanência

A permanência no tratamento é um processo que está vinculado tanto ao paciente quanto ao profissional. Realizar o tratamento fisioterapêutico até o final requer qualidades e aspectos daquele que trata e daquele que é tratado. No caso dos pacientes, fatores como disciplina, desejo de melhorar, assiduidade, confiança no profissional e na técnica escolhida, compromisso e a realização das orientações quanto a execução das atividades domiciliares figuram como determinantes para que o paciente realize todo o tratamento na fisioterapia. Quanto aos fatores ligados aos fisioterapeutas, os aspectos relacionais, ligados à forma como se dá o relacionamento e o tratamento do profissional com o paciente aparecem antes das habilidades técnicas. Oferecer atenção, carinho, respeito, amor, confiança e afeto, foi percebido como essencial para que o paciente sintasse motivado a continuar a fisioterapia.

A redução dos sintomas e a possibilidade do retorno às funções perdidas também foram percebidas como fatores motivantes ao tratamento. Quanto mais cedo o paciente percebe a melhora do seu quadro doloroso, mais satisfação terá com a fisioterapia, e consequentemente, seu interesse em concluir o tratamento será maior.

O abandono da fisioterapia aparece ligado a quatro fatores: dificuldades financeiras; necessidade de voltar ao trabalho; falta de interesse e desvalorização do tratamento, tanto devido à avaliação negativa dos serviços oferecidos pelo SUS, quanto devido a fatores psicológicos que geram um descomprometimento do paciente com um

tratamento que não é pago; insatisfação com as técnicas fisioterapêuticas e com o relacionamento com o fisioterapeuta.

Não ter o dinheiro para pagar a passagem de ida e volta à fisioterapia foi apontado como a maior dificuldade financeira e impedimento à realização de todo o tratamento. O abandono também foi percebido como uma falta de vontade do paciente em melhorar e buscar a cura, por desvalorização do atendimento oferecido pelo SUS, avaliando-o como inferior aos tratamentos particulares. A não aceitação do quadro crônico de determinadas doenças traumato ortopédicas contribui em grande parte ao abandono do tratamento. Algumas patologias podem ter seus sintomas aliviados sem necessariamente alcançar a cura do quadro, restando ao paciente conscientizar-se da necessidade de buscar tratamentos a longo prazo e aceitar o quadro de cronicidade da lesão.

O paciente precisa ser motivado para fazer a fisioterapia e também tem que querer melhorar, mas o fisioterapeuta tem uma grande parcela nisso, ele precisa dar atenção e carinho (PPM12).

Às vezes muitos pacientes nem tem o dinheiro do ônibus pra vim pra cá, não tem nem o que comer em casa. Aí abandonam mesmo (PPM09).

Tem gente que desvaloriza o tratamento só por ele ser do SUS, aí começa e não dá valor e larga, achando que não é de boa qualidade. Eu sei que meu problema é crônico, e isso as vezes desanima, tipo, eu não vou melhorar nunca cem por cento mesmo, mas eu to aqui e vou ficar até o final (PPF01).

3.2.4 Tratamento e trabalho

O trabalho aparece como um fator importante no processo de adesão. Contudo, a percepção da finalidade da fisioterapia e seu impacto na capacidade de trabalho é paradoxal: o tratamento é tanto o que possibilita o retorno ao trabalho, quanto o que os impede de voltar imediatamente. Os pacientes anseiam por melhoras rápidas e um processo de reabilitação mais eficiente. Em diversos tipos de lesão, o processo de reabilitação é visto como lento pelos pacientes.

O trabalho foi percebido como algo essencial à vida dos pacientes, trazendo dignidade, além de suprir as necessidades de sustentação individual e familiar. Trabalhar representa “ser útil”, capaz, enquanto estar doente e afastado do trabalho significa sentir-se inútil, improdutivo e incapacitado diante dos conhecidos e da sociedade em que vive.

O afastamento das atividades profissionais para a realização do tratamento na fisioterapia está relacionado tanto a um sentimento de esperança, com a expectativa de cura e reabilitação para voltar ao trabalho, quanto a sentimentos de incerteza e vontade de que a fisioterapia termine logo. O desejo de melhorar logo para voltar ao trabalho é percebido como fonte de grande ansiedade, se manifestando através de distúrbios do sono, como insônia e agitação noturna.

Eu sei que eu posso melhorar e voltar ao trabalho, mas ao mesmo tempo eu perco tempo nos dias da fisioterapia e deixo de trabalhar (PPF10).

Eu quero curar logo o meu problema, todo o dia eu durmo e penso quando eu vou melhorar e trabalhar de novo, tenho uma família para cuidar, isso me deixa doido, às vezes (PPM07).

3.3 A percepção dos fisioterapeutas

Os relatos sugeriram uma estrutura organizada em cinco áreas temáticas: a) ser fisioterapeuta e a satisfação com a fisioterapia; b) capacidades e habilidades do bom fisioterapeuta; c) a fisioterapia e o tratamento multidisciplinar; d) A permanência na fisioterapia: abandonar ou ir até o final do tratamento; e) o relacionamento fisioterapeuta – paciente e o processo de adesão.

A narrativa descritiva foi documentada com breves excertos extraídos das entrevistas e identificadas por abreviaturas como PFM02 ou PF04, diferenciando homens (PFM) e mulheres (PFF) e indicando o número da entrevista (conforme Tabela 2).

3.3.1 Ser fisioterapeuta e a satisfação com a fisioterapia

A decisão de ser fisioterapeuta partiu de escolhas motivadas por vocação, despertado por um contato prévio, ou como paciente ou como acompanhante de paciente. A escolha foi percebida como um ato ligado ao desejo de ajudar o outro através do toque, isto é, do uso das mãos e das técnicas manuais a fim de reabilitar e oferecer alívio ao desconforto e à dor do paciente. Além disso, as diversas ferramentas disponíveis ao fisioterapeuta, que podem ser utilizadas como coadjuvante no tratamento, tais como aparelhos eletrotermoterápicos, órteses, próteses, piscina, entre os principais, foram mencionadas como atrativos importantes na escolha da profissão. A possibilidade de utilizar essa gama diversa de ferramentas aparece relacionada à uma expectativa de resultados mais efetivos. Portanto, ser fisioterapeuta significa se colocar no lugar do outro, saber usar os benefícios do toque e das ferramentas de trabalho, além de ter a habilidade de identificar o que há de melhor para a resolução do caso e disfunção de cada paciente.

A experiência do meu irmão que precisou de fisioterapia fez com que eu gostasse dessa área (PF01).

Eu sempre gostei de questões de reabilitação, de pegar um paciente com problema e tentar recuperar, de ouvir o que ele tinha a dizer e de ajudar a resolver o caso dele (PF04).

Os fisioterapeutas mostram-se satisfeitos com as atividades desempenhadas na instituição, motivados e felizes, e têm apreço pelo trabalho que realizam, mas também fazem uma avaliação crítica da instituição, apontando limitações de ordem estrutural (falta de novos materiais e aparelhos mais modernos), de ordem pessoal (necessidade de novas contratações profissionais a fim de suprir as altas demandas), a dificuldade do trabalho em equipe nas reuniões semanais (ausência do médico) e as restrições na comunicação estabelecida entre profissionais e gestores do serviço.

Eu gosto muito de trabalhar aqui, gosto de atender, gosto de conversar com o paciente.

Estou muito satisfeito, o que eu consegui melhorar na minha vida devo a fisioterapia.

Eu sinto prazer em ser fisioterapeuta, em poder aliviar a dor do outro (PF01).

Hoje eu me vejo realizada, eu consigo atuar realmente como fisioterapeuta, foi um trabalho lento, mostrando nosso valor, nosso trabalho com responsabilidade e profissionalismo. Eu gosto demais de trabalhar aqui no CREFES (PF03).

Temos o problema com as altas demandas, pouco profissional para muitos pacientes; também tem a questão da falta de investimento público no serviço de reabilitação (PF01).

A grande demanda por atendimento foi descrita como um fator de insatisfação, sendo que os profissionais percebem a necessidade de contratação de mais fisioterapeutas e a criação de outros centros de reabilitação no estado, permitindo o acesso ao processo de reabilitação gratuito à maior parte da população. Mesmo que cada fisioterapeuta se esforce em atender cinco pacientes por hora da melhor forma possível, admitem que o tratamento não será de total qualidade.

As perspectivas futuras da profissão são outra faceta da satisfação quanto à atuação na fisioterapia. A percepção dos fisioterapeutas revela a preocupação com a falta de representação política da classe (pouco engajamento e participação dos profissionais na luta pelas conquistas de boa colocação no mercado de trabalho, ausência de um sindicato e de um conselho regional com sede no estado), a má remuneração e o subaproveitamento pelos serviços de saúde pública.

Não conheço nenhum profissional fisioterapeuta que se sente realizado com o salário que recebe, estou realizada com os meus pacientes, com as amizades que eu tenho aqui, mas em relação ao salário não, mas nem por isso deixo de dar um atendimento de qualidade (PF04).

Depende da gente mostrar o trabalho que pode ser feito pelo fisioterapeuta e também ter um conselho que nos represente (PF01).

O mercado de fisioterapia não está nada bom, existe demanda, mas os salários são ruins, e o sistema público não investe nesse tipo de serviço. Parece que não se sabe ainda o enorme valor que a fisioterapia tem (PF03).

A profissão foi percebida com um futuro promissor desde que os profissionais se unam pelos interesses comuns da classe, participando dos debates políticos, mostrando seu trabalho, investindo em pesquisa e qualificação profissional.

Quando você está preparado as oportunidades aparecem, os profissionais sérios, que gostam de pesquisar, que gostam de levar a coisa a frente, tem grandes mercados. A vida é feita de possibilidades e escolhas. O que mais nos impede de fazer as coisas é o medo, a gente tem medo do novo, insegurança, e a vida passa e depois a gente só fica reclamando (PF02).

Por outro lado, a saturação do mercado de trabalho (o número grande de cursos que formam mais profissionais do que o mercado pode absorver) e a falta de valorização da fisioterapia na esfera política (os políticos ligados à gestão de saúde não reconhecem o trabalho desenvolvido pela fisioterapia em todas as suas áreas de atuação, isto é, desde o processo preventivo à reabilitação) apontam para a percepção de um futuro não promissor para a profissão.

Quando eu vejo alguém fazendo fisioterapia eu até fico com pena, os políticos não dão o real valor a fisioterapia e o espaço é cada vez mais restrito aí fora, a competitividade é enorme, por isso eu não vejo com bons olhos o futuro da fisioterapia (PF03).

O panorama de atuação dos fisioterapeutas no estado e no país pode ser melhorado através da inserção do fisioterapeuta no SUS, que foi percebido como a grande porta de entrada para o trabalho da fisioterapia em sua totalidade, atuando nos estágios de atenção primária, secundária e terciária. O trabalho do fisioterapeuta no SUS

é visto como uma forma de reduzir os gastos públicos em hospitais, internações e tratamentos medicamentosos.

Eu acho que o SUS é a grande porta de entrada para o fisioterapeuta, inclusive no programa de saúde da família. Eu espero que a fisioterapia consiga penetrar nos campos que estão abertos, entrar na atenção primária (PF01).

A fisioterapia é uma profissão muito importante e o resultado é muito bonito, eu acho que tem que fazer um trabalho, principalmente no SUS, em relação aos benefícios do trabalho da fisioterapia, principalmente preventiva, tem muito profissional formado, mas tem poucas vagas de trabalho (PF04).

Sintetizando, a satisfação com a fisioterapia aparece intimamente relacionada ao reconhecimento do profissional e da profissão por parte dos médicos. Ou seja, a realização plena do fisioterapeuta aparece relacionada de alguma forma à sua aceitação e reconhecimento pela equipe médica do próprio serviço em que trabalha ou de outros serviços de saúde.

3.3.2 Capacidades e habilidades do fisioterapeuta

Na percepção dos fisioterapeutas, as qualidades que o profissional deve ter para oferecer um tratamento satisfatório se referem tanto ao contexto técnico quanto ao contexto pessoal. O bom fisioterapeuta é aquele profissional capaz de associar suas capacidades e habilidades técnicas a capacidades e habilidades comunicativas, tais como saber escutar e compreender o paciente em estado de sofrimento, oferecendo atenção e cuidado em forma de afeto (amor, respeito, solidariedade/apoio, carinho, atenção, escuta) e de contato físico (terapia manual). A atuação fisioterapêutica não

deve permanecer restrita à execução de técnicas e aplicação de aparelhos, mas deve construir uma abordagem que integre as competências profissionais e as habilidades para lidar com o outro de forma abrangente.

Ter amor à profissão, gostar do que faz, então faz com qualidade, ter respeito pelo paciente, porque ele precisa do seu toque e do seu carinho, da sua atenção, do seu conhecimento técnico científico; mas não adianta nada saber todas as técnicas se você não encosta no paciente. A maioria dos nossos pacientes precisa mais da nossa atenção, do nosso calor humano, do que às vezes da nossa técnica, e só de você encostar e tocar nele, de conversar com ele, você já está resolvendo parte do problema (PF04).

O público é muito carente de amor, atenção e carinho. Aliás, o profissional de saúde tem que ter amor à profissão, porque vai mexer com a vida, vai mexer com saúde, vai mexer com emoção, então precisa ter primeiro amor antes de todas as coisas (PF02).

O fisioterapeuta é visto como o profissional capaz de devolver as aptidões físicas ao paciente, possibilitando o retorno as suas funções de vida diária, ao trabalho e levando a melhora da qualidade de vida.

O bom fisioterapeuta é aquele que atua desde a prevenção de disfunções até a reabilitação do indivíduo, orientando os pacientes para executar as atividades em casa, já que as duas horas semanais na fisioterapia são insuficientes para a reabilitação completa e rápida do paciente.

Fisioterapeuta tem o papel de orientar, educar e corrigir o paciente (PF04).

O trabalho da fisioterapia junto as pessoas e a comunidade, melhora o nível de vida das pessoas, principalmente de idosos, acamados. Somos capazes de aliviar a dor do outro, reduzir o sofrimento. Não tem profissão mais bonita e criativa que essa. A fisioterapia cabe em tudo porque mexe com o movimento humano, o que me incomoda é que a nossa profissão ainda não foi vista em sua plenitude, acho que nem mesmo os fisioterapeutas se dão conta dessa magnitude (PF02).

3.3.3 A fisioterapia e o tratamento multidisciplinar

O trabalho em equipe foi percebido como a maneira de atender os pacientes de forma mais ampla e abrangente, identificando e priorizando suas necessidades, ligadas a aspectos físicos, sociais e emocionais, além de associar as competências de cada profissional em busca de um atendimento humanizado.

Eu não conheço trabalho em fisioterapia sozinho, é o que podemos oferecer de melhor ao paciente, porque se ele tem um problema emocional você já pensa em encaminhar para a psicóloga, se ele não tem dinheiro, encaminha para a assistente social. Isso eu posso fazer aqui no CREFES porque nós somos uma equipe. Assim eu acredito que no final o paciente é bem mais cuidado (PF02).

Apesar de considerarem a interação entre os profissionais algo essencial ao tratamento do paciente, existe a crítica ao processo de formação do fisioterapeuta, que ainda não oferece a devida importância ao trabalho multidisciplinar, além de não valorizar as disciplinas que envolvem aspectos da psicologia, sociologia e antropologia na sua formação de base.

Acho muito importante o trabalho em equipe, mas os fisioterapeutas ainda tem muita resistência a esse tipo de trabalho, porque nossa visão de formação não é muito aberta a essa questão multidisciplinar. Eu lembro que poucos dos meus colegas gostavam das disciplinas de psicologia, sociologia e antropologia, achavam uma perda de tempo. O fisioterapeuta precisa dos outros profissionais para ver ganho no seu tratamento com o paciente. Eu vejo com muito bons olhos essa questão da equipe multidisciplinar, é uma soma de trabalho, para o paciente é um ganho (PF03).

3.3.4 A permanência na fisioterapia: abandonar ou ir até o final do tratamento

A permanência na fisioterapia foi descrita pelos fisioterapeutas como um evento associado em grande parte ao paciente, considerando este último peça fundamental no processo de reabilitação. O paciente deve ser um agente ativo deste processo, desejando alcançar e buscar a melhora e reabilitação das funções perdidas ou prejudicadas pelo adoecimento.

Para que o paciente permaneça no tratamento, é necessário, por parte dos fisioterapeutas, tratar com atenção cada caso apresentado, de forma individualizada, oferecendo a abordagem fisioterapêutica adequada àquele caso.

O paciente precisa participar ativamente do tratamento, fazer os exercícios em casa seguindo nossas orientações e se conscientizar que não fazemos milagres, nem trabalhamos sozinhos, precisamos da ajuda e participação dele (PF03).

Para ele continuar a vir ele precisa se sentir apoiado, cuidado, ouvido, tratado (PF02).

O fisioterapeuta tem que dar atenção a ele continuamente, cobrar a vinda dele e a participação no tratamento (PF04).

A carência por afeto e os demais comprometimentos de ordem emocional dos pacientes foram apontados como fatores ligados ao processo de adesão.

As vezes não são só problemas físicos, tem problemas de família desorganizada, com dores físicas e dores da alma. Alguns vêem a fisioterapia só para saírem de casa e se sentirem menos sozinhos e abandonados, eles fogem do ambiente em que vivem (PF02).

Os fatores de ordem emocional foram identificados como limitantes na continuidade do tratamento caso não sejam solucionados. Cabe ao fisioterapeuta identificar essas possíveis alterações e encaminhar ao profissional de psicologia da equipe.

O processo de não aderir ao tratamento fisioterapêutico esteve associado a seis causas principais: as condições sócio-econômicas desfavoráveis dificultando o acesso ao local de tratamento, a busca pela aposentadoria precoce e o auxílio do INSS, a demora até o início do tratamento, a não aceitação do quadro crônico de certas doenças, a melhora relativa dos sinais e sintomas da doença somada a falta de persistência em continuar até o final e a necessidade de voltar às atividades de trabalho para o sustento da família.

Portanto, a adesão ao tratamento na fisioterapia esteve relacionada tanto a contingências gerais quanto a características pessoais/ perfil psicológico dos pacientes. Nesse processo, o paciente é visto como elemento principal e o fisioterapeuta como elemento secundário. Ser o elemento principal significa ter a maior parte das responsabilidades ligadas ao processo de reabilitação, ou seja, a melhora do quadro dependerá mais da vontade e do interesse do paciente em alcançar os objetivos do tratamento do que o tratamento em si oferecido pelos fisioterapeutas.

Aqui o nosso maior problema com a adesão é a passagem, 80 a 90% são pessoas humildes, depois tem muitos pacientes que vem pra cá por conta de um laudo do INSS, aí eles pegam o laudo e vão embora, e tem a questão da demora da triagem (PF01).

Primeiro eles desistem pelas condições financeiras, depois eu tenho a impressão que no meio do tratamento eles começam a melhorar e faltam ou abandonam. E as vezes eles não aceitam que o tratamento é demorado mesmo, tem lesões que são crônicas e eles precisam aprender a conviver com isso. Aí eles voltam ao trabalho, precisam trabalhar pra sobreviver, e acho que a pior das doenças é a pobreza (PF02).

Sempre tem muita falta porque o paciente fica sem dinheiro e não consegue vir para o tratamento, outra coisa é quando eles perdem o benefício e precisam voltar ao trabalho, daí a empresa não libera para o tratamento e começam a faltar, tem o paciente que só quer vir para receber o benefício do governo, aí ele consegue e não vem mais quando perde (PF04).

3.3.5 O relacionamento entre fisioterapeuta e paciente e o processo de adesão

O relacionamento entre fisioterapeuta e paciente foi percebido como fator fundamental para o sucesso da reabilitação, além de ser peça chave no processo de adesão comentado no tema anterior. A relação que se constrói entre esses indivíduos é permeada por respeito, carinho, empatia, atenção e capacidade de escuta do outro.

A gente tem que ter empatia com o paciente, tem que dá atenção, os pacientes vem pra cá procurando o tratamento de reabilitação, mas a gente não é só fisioterapeuta, a gente acaba sendo um pouco de conselheiro (PF01).

A relação é de muito respeito, um carinho respeitoso eles tem por nós e nós por eles, muitos contam problemas e a gente acaba ouvindo. Eles tem carência de serem ouvidos (PF03).

Tem que haver empatia pelo profissional e pelo paciente para refletir positivamente no tratamento, tem que ter uma relação positiva, estar atento às reclamações dele, as coisas que você pode estar melhorando no tratamento dele, no atendimento (PF04).

Existe um conflito na forma como os participantes descrevem essa relação, para alguns se trata de uma amizade com características profissionais, mas sem a formação de vínculo íntimo, para outros existe a formação do vínculo, mas sem necessariamente caracterizar uma relação de amizade.

A forma como percebem o relacionamento revela suas dúvidas na identificação e descrição desse tipo de relação, que hora apresenta-se como amizade e hora como relacionamento profissional, associando características dos dois tipos de relação.

Mesmo com as dificuldades em descrever o tipo de relação que se estabelece entre fisioterapeutas e pacientes, o relacionamento entre ambos foi identificado como fator essencial no processo de reabilitação e adesão na fisioterapia.

Eu converso, tento formar não uma amizade, mas um vínculo com o meu paciente, eu gosto de conversar, de ouvir o que ele tem a dizer. Não precisa ser amigo pessoal, mas no relacionamento profissional tem que dar atenção (PF01).

Eu sei o que é dor e o que é sofrimento, eu procuro receber o paciente da melhor maneira possível, criando um vínculo com ele sem intimidades é claro, para que essa uma hora que ele passa aqui, ele se sinta bem, que tire suas dúvidas e que confie no

profissional, que até brinque às vezes, tendo um respeito, mas também com liberdade (PF02).

Às vezes eles nos vêem como parte da família, muitos passam dois ou mais meses com a gente. Cria um vínculo e às vezes é até difícil dar alta e eles aceitarem a alta (PF03).

3.4 A percepção dos outros profissionais

Os relatos da assistente social, psicóloga, educadora física/nutricionista sugeriram uma estrutura organizada em três áreas temáticas: a) a atuação na UTA; b) o trabalho em equipe ; c) o processo de adesão e o relacionamento terapeuta paciente. A narrativa descritiva foi documentada com breves excertos extraídos das entrevistas e identificadas por abreviaturas como PAS (assistente social), PPIS (psicóloga), PEDFN (educadora física e nutricionista).

3.4.1 A atuação na UTA

A assistente social atua junto aos pacientes da UTA, trabalhando desde o processo de triagem para o tratamento na fisioterapia, no processo de acolhimento, nas orientações sociais, na oferta de benefícios como vale transporte e vale alimentação, nas reuniões de equipe e na elaboração de laudos.

A psicóloga participa do processo de triagem e acolhimento dos pacientes junto à equipe multidisciplinar. Caso seja identificado algum caso de adoecimento psicológico durante o processo de triagem, este paciente é selecionado para o tratamento com a psicóloga, em grupo, ou individualmente. Se durante o tratamento na fisioterapia, o fisioterapeuta identificar necessidade de apoio da psicóloga, este paciente é encaminhado ao serviço.

A educadora física e nutricionista participa da palestra de acolhimento junto aos demais profissionais, orientando quanto a importância da prática de atividades físicas e da boa alimentação durante e após o tratamento na fisioterapia.

O processo de acolhimento acontece antes da triagem e reúne tanto os pacientes quanto os profissionais envolvidos na reabilitação. Cada profissional fala um pouco sobre o seu trabalho e a importância da participação ativa do paciente neste processo. Essa palestra de acolhimento foi percebida como uma forma de levar conhecimento ao paciente acerca de suas responsabilidades durante o tratamento fisioterapêutico, deixando claro que sua melhora e o alcance dos seus objetivos dependerá não somente do empenho da equipe de saúde, mas principalmente da participação do paciente e do seu envolvimento em todo o tratamento proposto.

O acolhimento é quando chegam aqueles 25 pacientes pra fazer a triagem, aí a gente coloca eles dentro do auditório, e aí a fisioterapeuta fala um pouco de como vai ser o trabalho, o que tem na unidade, o que vai acontecer, porque que eles estão ali, o porque da gente estar falando, eu falo um pouquinho da importância do aspecto psicológico, e como que se dá o encaminhamento para o trabalho na psicologia (PPSI).

... conseguir mostrar para ele (paciente) a importância dele no alívio da dor, a importância de sua dedicação, do comprometimento dele, quando eu falo em viabilizar é isso, é um trabalho de conscientização, de informação, chamar e trazer ele na responsabilidade pelo corpo dele, pelo tratamento dele (PPSI).

O serviço social entra falando um pouco da estrutura da unidade, da instituição, colocando a importância do cartão do SUS, do prontuário, que não somos a chave de ouro para abrir as portas do INSS, e sim que aqui é a reabilitação dele, para terem alta e voltarem ao normal (PAS).

3.4.2 O trabalho em equipe

O trabalho em equipe multidisciplinar foi percebido tanto de forma positiva como negativa. De um lado, considera-se que a atuação dentro de uma equipe com múltiplos profissionais deveria ser compartilhada e comunicada por mais tempo, reunindo todos os terapeutas envolvidos, nos encontros semanais. As reuniões deveriam abranger o debate de casos específicos e as atuações realizadas ou possíveis de ser realizadas por cada profissional. De outro lado, o trabalho em equipe foi visto como satisfatório apesar das limitações. O paciente tratado por vários profissionais de saúde pode ser cuidado de forma abrangente, levando em conta os aspectos físicos, sociais e psicológicos de cada um. A ausência do médico nas reuniões foi pontuada como um fator limitante na proposta de atendimento integralizado.

Eu acho que é muito falho ainda, precisava ter mais reuniões para discutir os casos dos pacientes individualmente e como cada profissional poderia atuar em cada caso. Pra mim isso que é trabalho em equipe (PEDF).

Ainda não é perfeito o trabalho multidisciplinar daqui, mas eu considero um dos melhores tratamentos, em termos de espaço físico, de pessoal, tem uma equipe olhando por ele (PAS).

Temos nossas limitações, mas conseguimos dar conta de atender esse paciente oferecendo o apoio e a atenção dos profissionais que fazem parte da equipe. Sentimos falta da participação do médico neste processo (PPSI).

3.4.3 O processo de adesão e o relacionamento terapeuta paciente

Aderir ao tratamento na fisioterapia foi percebido como um fenômeno ligado aos dois componentes do processo de reabilitação: os pacientes e os profissionais. Tanto aqueles que recebem o tratamento, como os que o oferecerem, são peças fundamentais no sucesso terapêutico e conseqüentemente no processo de adesão dos pacientes. A qualidade do relacionamento entre terapeutas e pacientes foi diretamente ligada à motivação por parte dos últimos em continuar o tratamento até o final.

Neste processo, os pacientes são vistos como indivíduos que precisam ter consciência da necessidade da reabilitação, das reais possibilidades de cura, de aceitação da doença e da forma como devem conduzir o tratamento adequadamente, comparecendo às sessões com empenho e desejo de melhorar.

Aos terapeutas, cabe o compromisso com seu paciente, se colocando em seu lugar, tratando-o como ser humano, de forma carinhosa, respeitosa, com amor e dedicação. Precisa haver empatia e reciprocidade na relação, pois se o paciente se sente acolhido e bem recebido pela equipe, permanecerá no tratamento. A escuta e o diálogo entre fisioterapeutas, demais profissionais e pacientes foram apontados como elos fundamentais no processo de aderir à fisioterapia.

Eu falo sobre a importância de não faltar, eu falo que vai aparecer resistência ao tratamento, que vai ter dias em que eles vão estar com preguiça de levantar da cama para vir, vai ter dia em que estará chovendo, qualquer motivo pode ser um motivo para não vir, estou cansada, com dor de cabeça, não tenho transporte, mas vocês precisam ser fortes, porque é só esse o preço que a gente quer que vocês paguem, vocês precisam

fazer um investimento de outra ordem, é um investimento emocional, de comprometimento... (PPSI).

A relação que se estabelece entre terapeuta e paciente é caracterizada tanto como um relacionamento profissional, quanto como um relacionamento de amizade. Por parte dos pacientes há um apego em relação ao tratamento em si e em relação ao profissional que o atende. Os profissionais consideram a formação deste tipo de vínculo saudável se não interferir no processo de alta. Contudo, em alguns casos, esse vínculo é prejudicial, visto que alguns deles apresentam uma resistência quando se aproxima a hora de terminar as sessões de fisioterapia. Em certos casos, os pacientes passam a ver a rotina do tratamento como uma parte gratificante de sua vida social.

As vezes tem pacientes que não querem deixar de vir a fisioterapia porque criam uma espécie de apego pelo tratamento, pelos profissionais e pelos colegas pacientes que fazem na instituição. É preciso saber lidar com este momento e mostrar para o paciente que a vida dele será melhor caso alcance sua cura ou reabilitação (PPSI).

As vezes os pacientes ficam aqui porque se sentem amados por todos, coisa que em casa não encontram normalmente. Daí quando de recuperam de um problema, já começa outro em seguida, as vezes em outro lugar. Com isso, a permanência deles na instituição é estendida ainda mais. É preciso ter muito bom senso para lidar com esses casos específicos, a fim de não piorar o caso deste paciente, que na verdade tem mais problema de ordem emocional que física na verdade. Nessas horas eu vejo como é importante o profissional de fisioterapia ter um conhecimento mais amplo do ser

humano. Ele precisa sim entender um pouco do lado emocional para ajudar a reconhecer essas falhas e realizar um trabalho mais eficiente... (PAS).

O abandono do tratamento esteve associado a fatores ligados ao paciente e aos terapeutas. Os pacientes abandonariam a fisioterapia por vários motivos, dentre eles: dificuldades financeiras para pagar a passagem de ônibus, necessidade de voltar ao trabalho, descaso com o tratamento do SUS, falta de interesse em melhorar, dificuldades de acesso ao centro de reabilitação pela distancia de seus endereços, horários de atendimento não compatíveis com as possibilidades de cada paciente, não aceitação da doença e da sua cronicidade, insatisfação com o tratamento recebido e com o fisioterapeuta que o atende.

Desistir da fisioterapia esteve também associado à obtenção pelos pacientes de um laudo médico e fisioterapêutico, que posteriormente é apresentado ao INSS a fim de conquistar a aposentadoria por invalidez. Neste contexto, o tratamento é iniciado pelo paciente e assim que o laudo passa às mãos do mesmo, as sessões de fisioterapia são interrompidas e abandonadas.

As vezes, o paciente não aceita o tratamento, não aceita a condição física, as suas limitações, sua dor, e acha que o tratamento não é adequado. As vezes ele quer melhorar totalmente, e no caso dele não tem cura por ser uma lesão crônica (PPSI).

Eles fazem muita confusão em relação ao INSS e aqui, digo a eles que não somos a chave de outro para o INSS, muitos ficam no tratamento até pegarem o laudo e somem, mas mesmo assim, comparados ao todo, ainda bem que são a minoria (PAS).

Alguns melhoram um pouco e precisam voltar ao trabalho então abandonam no meio do tratamento (PEDF).

A partir dos temas apontados nas categorias descritas anteriormente (descrição fenomenológica) definiram-se três focos problemáticos (redução fenomenológica) para o contexto da adesão ao tratamento: o cuidado integral, que se refere à demanda por atendimento humanizado nas relações de saúde; a comunicação, que se refere às relações estabelecidas entre os profissionais, os pacientes da equipe, e os responsáveis pela gestão do setor; e as contingências sócio-econômicas, que se referem principalmente à importância do trabalho na manutenção da qualidade de vida do paciente/indivíduo, a influência dele no processo de adesão e os demais motivos associados à permanência ou à desistência da fisioterapia.

3.5 O cuidado integral

O adoecimento físico apareceu estreitamente relacionado ao estado emocional dos pacientes e de acordo com os pacientes e os terapeutas, produz uma demanda pelo cuidado integral, isto é, um cuidado que considere o paciente de forma abrangente. O tratamento deve ser pautado não apenas nas partes acometidas pela lesão de ordem física, mas também na compreensão deste paciente como um ser social e emocional, que por vezes pode estar em processo de adoecimento em função de suas características psíquicas. Ao fisioterapeuta cabe a visão de um paciente que não apresenta apenas um problema físico em determinada região do corpo, mas sim de um indivíduo que pode ter nessa lesão o ponto inicial (a causa) ou o ponto final (consequência) de problemas que vão além das disfunções físicas, tais como problemas de ordem emocional.

O tratamento integrado tem sido desenvolvido com empenho pelos profissionais da UTA, podendo ser observado nos relatos tanto de pacientes quanto dos terapeutas da unidade. Sendo assim, apesar da falta de investimento constante em novas tecnologias e

suportes ao atendimento, as altas demandas por vagas na fisioterapia, o número reduzido de profissionais atuantes e os pequenos conflitos existentes dentro da equipe, principalmente em relação ao não envolvimento do médico nas reuniões semanais, a tentativa e a busca pelo atendimento integralizado tem sido meta constante na rotina desses profissionais, além de ser percebida positivamente pelos pacientes atendidos na UTA.

Apesar do empenho de alguns profissionais – nota-se que há conhecimento teórico do cuidado integral –, a prática não reflete o conhecimento da teoria, uma vez que há impedimentos de ordem concreta e de ordem formativa. A alta quantidade de pacientes por profissional, falta de recursos e equipamentos atualizados, ausência de investimentos em capacitação constante da equipe (através de cursos, especializações e incentivos em aumento de salários) contribuem diariamente para a crescente dificuldade em oferecer um tratamento de fato integral e humanizado. O processo de formação acadêmica da maior parte dos profissionais de saúde tem foco no modelo biomédico de atendimento, priorizando as disciplinas básicas que consideram mais os fatores físicos do ser humano, dando pouca ênfase aos aspectos psíquicos.

Dessa forma, apesar do empenho de grande parte da equipe da UTA em oferecer um atendimento integralizado e multidisciplinar, existem desencontros de opiniões entre os profissionais que tem contato direto com o paciente e entre esses e os responsáveis pela direção da instituição.

Esse desencontro de opiniões perpetua o abismo existente entre a idealização e a concretização de uma abordagem terapêutica integral.

3.6 A comunicação e o relacionamento entre pacientes e terapeutas

A descrição revelou que tanto sob o olhar dos pacientes como dos terapeutas, o sucesso do tratamento fisioterapêutico, em certa medida, depende de fatores que envolvem a participação de todos os envolvidos. Os fisioterapeutas percebem que, em grande parte, a responsabilidade do processo de reabilitação encontra-se nas mãos dos pacientes, através do empenho destes durante as sessões de fisioterapia, da disciplina em seguir as orientações dadas pelos fisioterapeutas, da assiduidade e do desejo de melhorar. Essa responsabilidade é ressaltada inclusive, no momento de acolhimento oferecido aos pacientes através de uma palestra dada pelos profissionais da equipe, que antecede a primeira sessão. A auto - responsabilização pelo tratamento, em caso de insucesso, gera nesses pacientes uma culpabilização pela não melhora dos sintomas, o que pode favorecer o afastamento e abandono da fisioterapia.

Os pacientes percebem que o sucesso do tratamento dependerá primeiramente deles mesmos, reafirmando a fala dos fisioterapeutas, no entanto, consideram importante a forma como estes últimos se relacionam com seus pacientes. A qualidade da comunicação entre profissional e paciente constitui-se como fator essencial ao sucesso do tratamento e a motivação para continuidade do mesmo. O bom relacionamento interpessoal para os pacientes, envolve características mais próximas da amizade, além de aspectos como empatia e reciprocidade, indicando que além de ser profissional é preciso ser amigo.

Os demais profissionais acreditam que um tratamento de qualidade precisa ter a participação daquele que trata e daquele que é tratado, sendo que ambos serão responsáveis pelo sucesso da reabilitação. Dessa forma, aquele que trata precisa ter apreço pela profissão e atividade desempenhada na instituição, ter vocação e enxergar o paciente como alguém que precisa ser cuidado e escutado a todo o momento. Resta

àquele que é tratado o dever de seguir as orientações e prescrições estabelecidas durante os atendimentos, assim como perceber a importância de estar integralmente envolvido no processo de reabilitação.

A boa qualidade da comunicação e o ato de escutar o paciente foram colocados como habilidades fundamentais do fisioterapeuta para a qualidade do processo terapêutico tanto por parte dos pacientes quanto por parte dos terapeutas. Contudo, a responsabilização do paciente por parte dos fisioterapeutas, a auto-responsabilização por parte do próprio paciente em função do que lhe é dito e as considerações dos demais profissionais quanto a mútua responsabilização – do paciente e do terapeuta - sinalizam uma séria falha de comunicação e diálogo entre pacientes, fisioterapeutas, médicos e os demais profissionais de saúde.

Os pacientes atendidos na UTA, em sua maioria, têm condições sócio econômicas limitadas e às vezes chegam à fisioterapia sem ao menos entenderem o diagnóstico clínico recebido pelos médicos. Caso essa primeira falha de comunicação não seja resolvida e corrigida durante as sessões, o processo de adesão e sucesso no tratamento podem estar comprometidos, perpetuando um afastamento de opiniões e percepções entre fisioterapeutas e pacientes. O paciente precisa ser bem informado quanto as suas chances de reabilitação e em caso de processos de adoecimento crônico, deve ser dito quais são os melhores caminhos para o alcance de uma vida com bem estar e qualidade.

O conhecimento acerca das possibilidades de tratamento na fisioterapia revelou-se escasso por parte dos pacientes. Esse fato sinaliza para a dificuldade do paciente em estabelecer o que caracteriza um atendimento bom ou ruim já que não existem referências prévias sobre as diversas formas de abordagem fisioterapêuticas.

O relacionamento estabelecido entre profissionais e pacientes foi considerado pelos grupos como essencial no processo de melhora, apesar de descrito paradoxalmente pelos envolvidos. Aos pacientes, fica a percepção de um relacionamento próximo da amizade, aos fisioterapeutas uma relação que apresenta mais elementos do relacionamento profissional, sem intimidade, mas que ao mesmo tempo se parece com um tipo de amizade, já que envolve empatia, afeto e reciprocidade. Aos demais profissionais, fica a percepção de que pode ser estabelecido um relacionamento amigo-profissional, que ora apresenta aspectos de um, ora de outro, observando que a associação cautelosa desses aspectos deve ser reavaliada constantemente pela equipe de saúde envolvida nos cuidados aos pacientes. No desenvolvimento desse tipo de relação, faz-se necessário ficar atento à formação de apego e vínculo por parte dos que são tratados e também dos que tratam, identificando suas dimensões e até que ponto isso pode ou não comprometer o processo terapêutico.

Apesar dos demais profissionais considerarem que o sucesso do tratamento depende tanto dos pacientes quanto dos terapeutas, quando se fala dos motivos que levam um paciente a desistir do tratamento, pouco se fala sobre possíveis falhas dos profissionais que prestam esse atendimento. A responsabilidade pelo abandono é em grande parte transferida a fatores ligados ao paciente.

3.7 Contingências sócio-econômicas – razões para aderir ou não ao tratamento.

Aderir ou não ao tratamento na fisioterapia foi percebido sob aspectos que ora se assemelham e ora se distanciam quando se compara a descrição dos profissionais e dos pacientes.

Àqueles que recebem o atendimento, ficou a percepção que a adesão é um fator dependente tanto de quem trata como de quem é tratado, tendo como base os fatores

ligados ao bom relacionamento com o terapeuta, o alcance rápido dos objetivos terapêuticos para voltar as atividades de vida diária, principalmente o trabalho, além da possibilidade de custear o deslocamento e a alimentação nos dias destinados as sessões de fisioterapia.

A percepção dos fisioterapeutas quanto ao processo de adesão tem como foco de responsabilização os pacientes atendidos por eles. Segundo aqueles que tratam, para que o paciente mantenha-se na fisioterapia é necessário ter condições financeiras para custear os gastos com passagem e alimentação, valorizar o tratamento oferecido e realizar as prescrições dos profissionais corretamente, como as orientações para o auto - tratamento em casa.

Aos demais terapeutas, fica a percepção de que a responsabilidade pela adesão à fisioterapia é tanto de quem trata como de quem é tratado. Fatores como as dificuldades de ordem financeira e a necessidade de voltar ao trabalho seriam as principais causas de afastamento da fisioterapia, além da possível insatisfação com o tratamento ou a não valorização do mesmo, enxergando em alguns casos, o tratamento fisioterapêutico do SUS como porta de entrada para o INSS e a aposentadoria precoce. Manter-se na fisioterapia também dependerá de uma boa relação entre paciente e terapeuta, além do alcance de resultados positivos na reabilitação.

Os pacientes percebem o trabalho como fonte essencial de renda e de dignidade, revelando dessa maneira, que trabalhar significa mais do que sustentar uma família, significa sentir-se útil e produtivo, capaz de realizar as funções de vida diárias.

O trabalho, tanto na perspectiva dos pacientes quanto dos profissionais, é um fator estreitamente ligado ao processo de adesão. Os pacientes chegam à fisioterapia em busca da cura das lesões causadas ou desencadeadas pelo trabalho, como também percebem o trabalho como algo que os leva em algum momento a faltar às sessões ou

mesmo interromper o tratamento. As dificuldades financeiras para manterem-se no tratamento, tais como a falta de dinheiro para o pagamento do transporte até o local da fisioterapia, se entrelaçam às angústias e à sensação de incapacidade desses pacientes, que se vêem dessa forma impossibilitados física, emocional e financeiramente. Na visão dos pacientes, o trabalho ainda é percebido como um fator mais importante que o tratamento recebido através da fisioterapia e os benefícios que poderão ser obtidos através dela.

Por um lado, alguns pacientes enxergam o trabalho como fonte de renda e garantia de afirmação social e pessoal, e por isso precisam abandonar a fisioterapia para voltarem às atividades laborais. Por outro, fisioterapeutas e demais terapeutas da equipe identificam o afastamento e o abandono às sessões por parte de alguns pacientes, como forma de conseguirem os benefícios oferecidos pelo INSS, através do laudo emitido pela fisioterapia, percebendo o tratamento do centro de reabilitação como trampolim para a aposentadoria precoce.

Neste contexto, identifica-se um diálogo sem entendimento entre aquele que trata e aquele que é tratado, sendo que nenhuma das partes compreende ou toma consciência da fala e das percepções do outro.

4 DISCUSSÃO

A redução fenomenológica mostrou que o fenômeno da adesão ao tratamento na fisioterapia está estruturado em torno de três aspectos: o cuidado integral, que compreende a forma de abordagem da equipe multidisciplinar durante o tratamento fisioterapêutico, considerando o paciente em todas as suas dimensões (físicas, psíquicas e sociais); a comunicação, que abrange os aspectos da relação que se estabelece entre terapeutas e pacientes, terapeutas e terapeutas, e entre terapeutas e integrantes da direção da instituição; e as contingências sócio econômicas que perpassam as limitações financeiras dos pacientes atendidos pelo SUS - os fatores ligados à permanência ou abandono da fisioterapia, e a participação do trabalho como fator determinante tanto no processo de adoecimento quanto no abandono à reabilitação. Dessa forma, o desafio da interpretação fenomenológica e discussão é entender como esses três focos problemáticos explicam e se relacionam com o fenômeno da adesão na fisioterapia.

A adesão não se limita ao conhecimento e reconhecimento da doença músculo esquelética e à escolha do procedimento mais adequado à reabilitação. A adesão na fisioterapia envolve questões ligadas ao cuidado integral, cercado de uma abordagem terapêutica e avaliação multifatorial; ao desenvolvimento e aperfeiçoamento continuado da comunicação e da relação que se estabelece em todos os níveis interpessoais do tratamento: paciente-terapeuta, terapeuta-terapeuta e terapeuta-instituição; e a consideração dos fatores sócio econômicos de cada paciente, principalmente relacionados ao trabalho e a forma de sustento familiar desse indivíduo que necessita de cuidados fisioterapêuticos.

Portanto, aderir ao tratamento na fisioterapia é muito mais que realizar as 10 ou 20 sessões prescritas pela equipe, revelando não se tratar de um processo quantitativo e sim qualitativo, que envolve mais do que uma disfunção músculo esquelética a ser

resolvida. A adesão compreende uma situação em que um indivíduo busca o serviço do centro de reabilitação, carregando consigo uma série de sentimentos, perspectivas, emoções, dores e angústias, que podem, na maioria dos casos se aproximarem ou estarem relacionadas de alguma forma ao adoecimento de ordem física.

O cuidado integral perpassa questões que envolvem a tomada de decisões tanto por parte dos terapeutas, quanto dos pacientes. Cuidar integralmente de um indivíduo significa percebê-lo como um ser social, físico e emocional, que carrega consigo todos os medos, angústias e frustrações por estar doente naquele momento.

O paciente é um indivíduo que apresenta uma história e uma personalidade únicas. Sua carga genética, assim como as suas experiências de vida, terão influência sobre a sua personalidade e sobre a forma como o mesmo reage à doença. Está no próprio indivíduo o motivo de sua doença (Perestrello, 1996 & Tahka, 1988).

O tratamento recebido pelos pacientes desta pesquisa, apesar de ter sido considerado satisfatório, trouxe uma série de pontuações e críticas, dentre elas o desejo em ter mais tempo de contato com os fisioterapeutas e demais profissionais. A expectativa por mais toque, mais atenção e maior disponibilidade para serem ouvidos, parece expressar uma necessidade de tratamento mais abrangente, tirando o foco da parte física lesionada e direcionando mais a atenção aos fatores emocionais que podem estar envolvidos no processo de adoecimento.

No mesmo sentido, aqueles que tratam revelaram estar conscientes da necessidade deste tipo de abordagem sistêmica; no entanto, percebe-se um desencontro entre a fala e a prática diária, visto que não há tempo suficiente para a realização de uma anamnese aprofundada com cada paciente, nem a chance de ouvi-lo um pouco mais a cada sessão. Esse desajuste pode ser o resultado da sobrecarga de trabalho: um mesmo

fisioterapeuta precisa atender cerca de cinco pacientes por hora de terapia, o que de fato o impossibilita de oferecer um tratamento de maneira efetivamente integral.

Com a automatização do atendimento fisioterapêutico, nem mesmo os profissionais se dão conta da perda de qualidade em atendimento, considerando muitas vezes que apesar do pouco tempo com o paciente e as altas demandas, a reabilitação é satisfatória para quem oferece e para quem recebe o atendimento. A angústia dos profissionais do centro de reabilitação direciona-os a momentos em que é reconhecida a necessidade de ajuste no modelo de atendimento, e a momentos em que os limites e as metas estabelecidas pela instituição superam as possibilidades de ajustes favoráveis à implementação da abordagem terapêutica integral. Este fato revela que o ritmo intenso de trabalho e a necessidade de atender um número máximo de pacientes, tem contribuído para a perpetuação do modelo biomédico de atendimento e de uma visão quantitativa do processo de adesão.

O modelo biomédico tem pouco a dizer sobre o sofrimento e sobre como o indivíduo percebe frente ao adoecimento, já que seus procedimentos e sua forma de abordagem terapêutica acabam por resumir as pessoas, as coisas, a vida e os acontecimentos do mundo às medidas de seus padrões de referência, onde o que mais importa é a parte doente e não o todo (Castiel, 1994).

A literatura mostra que existe uma exigência de produtividade e elevada demanda dos serviços de saúde, favorecendo uma prática massificada que não abre espaço ao diálogo e à boa comunicação, apesar destes últimos serem importantes fatores na busca pela adesão (Moreira e Araújo, 2002).

Não é suficiente ao processo de adesão apenas eliminar os sinais e sintomas de ordem física, reduzir as dores, melhorar a flexibilidade, aumentar a força muscular, ajustar a postura, entre tantos outros objetivos terapêuticos ligados à fisioterapia.

A adesão significa reequilibrar o corpo e a mente de cada paciente que procura o serviço de reabilitação, a fim de que os ganhos adquiridos no âmbito físico sejam associados continuamente aos ganhos psicológicos, ou aos aspectos associados aos fatores psicológicos do adoecimento (Moreira & Thelma; 2002; Sanguin & Vizzotto, 2007).

Saber identificar se um paciente apresenta fatores emocionais ligados ao processo de adoecimento, como causa ou como consequência, remete a um processo de formação do fisioterapeuta que deve ser embasado nos aspectos psicossociais do indivíduo. Os estudos comprovam que as grades curriculares do curso de fisioterapia dedicam poucas horas de aprendizado teórico-prático ligados ao conhecimento da psicologia na área de saúde. Além disso, os próprios alunos não valorizam as poucas disciplinas ofertadas que apresentam a finalidade de tornar a visão do profissional mais humanizada e menos mecanicista (Maciel, Silva, Sampaio & Drummond, 2005; Blascovi-Assis & Peixoto, 2002; Sanchez, Pierin & Mion Junior, 2004).

Além de tortuosidades no processo de formação, para que o profissional de saúde ofereça um tratamento mais abrangente, é preciso identificar se os mesmos estão preparados a perceberem que não é possível limitar sua ação ao componente físico. Quando de parte do pressuposto que todas as doenças são psicossomáticas já que corpo e mente são inseparáveis, anatômica e funcionalmente (Mello, 1983; Marinho & Fiorelli, 2007), constitui-se um erro tentar dissociar os problemas psicológicos e emocionais dos transtornos orgânicos, já que toda agressão ao corpo provoca reflexos para a mente e vice versa.

O paciente expressa por meio de palavras, gestos, posturas e ações, além de características pessoais, a forma como a disfunção se manifesta.

Sabe-se que a efetividade de um tratamento, assim como a adesão estão estreitamente relacionados à comunicação e a relação entre terapeuta-paciente, seja no contexto da psicoterapia (Jardim, Souza & Gomes, 2009) no contexto da enfermagem; (Esperedião & Trad, 2006; Hoga, 2004); no contexto da medicina (Lemme, 2005 ; Perestrello, 1996) ou no contexto da fisioterapia (Sanguin & Vizzotto, 2007; Marinho & Fiorelli, 2007).

Portanto, os resultados do presente estudo sugerem que cuidar integralmente de um paciente, requer além das habilidades técnico científicas, a capacidade de estabelecer uma comunicação adequada entre todos os envolvidos no processo de reabilitação. Desde o momento do acolhimento do paciente, passando pela triagem, durante as sessões, até o dia da alta fisioterapêutica. Tanto aqueles que recebem o tratamento como aqueles que tratam, vêm na comunicação uma ferramenta essencial ao sucesso da reabilitação.

Indo ao encontro dos achados deste estudo, alguns pesquisadores apontam que o desenvolvimento de uma relação de qualidade entre terapeuta e paciente contribui para o conhecimento mais aprofundado daquele que é tratado, além da expansão do conhecimento de quem trata, tanto sobre a melhor forma de reabilitar o paciente, como aprender a avaliar continuamente o tipo de abordagem terapêutica que é oferecida a cada um (Balint, 2007; Abdo, 1996; Silva, 2008; Stone, Patton & Heen, 2004).

O paciente deve ser visto como alguém que comunica e necessita de uma atenção especial, não só como um portador de uma patologia (Costa Junior & Sandoval, 2002). Segundo Leon (1973), para que o profissional da área da saúde seja bom é necessário priorizar a comunicação com o paciente. A relação criada pelo profissional com seu paciente, quando afetuosa e valorizada, favorece o desenvolvimento de estados emotivos positivos que facilitam a reabilitação. Quanto mais o fisioterapeuta entende o

paciente, maior é a possibilidade de ajudá-lo, tratá-lo e incentivá-lo a realizar todo o tratamento.

Quanto maior é a compreensão das necessidades, das capacidades e desejos do paciente, pelos profissionais da área da saúde, maior será o sucesso obtido no tratamento do mesmo (Olivieri, 1985; Caprara & Rodrigues, 2004; Moreira & Araújo, 2002 ; Fishman, 1995).

A descrição fenomenológica revelou a urgência na melhoria da comunicação entre terapeuta e paciente, onde o profissional dará mais atenção a como o paciente percebe a sua doença, não se apresentando tão distante e afogado em suas próprias percepções; ou mesmo envolvidos em seus medos, anseios e dúvidas quanto a seu empenho diante de determinado caso a ser tratado. Isto também não quer dizer que os fisioterapeutas e demais profissionais tenham que mudar de papel e exercerem outras funções atribuídas à psicologia, mas sim devem estar mais abertos à comunicação com o paciente e compreender em que medida podem usar o diálogo a favor do tratamento e o momento certo de convidar o psicólogo a participar do processo de reabilitação.

A maneira como o fisioterapeuta se relaciona com o paciente, pareceu preceder a perfeição da técnica, de acordo com as descrições dos pacientes, ao ser considerada como um aspecto mais relevante durante a reabilitação. Isto não significa que o tratamento sem resultados terapêuticos seja considerado bom, mas sim que antes da remissão dos sintomas e devolução das funções perdidas, a relação que se estabelece entre fisioterapeuta e paciente deve ser satisfatória, sendo essencial para a adesão e o sucesso da reabilitação.

A dificuldade tanto por parte de terapeutas quanto por parte dos pacientes em descrever e classificar o tipo de relacionamento que se estabelece entre eles parece indicar uma dificuldade dos fisioterapeutas em lidar com um tipo de informação

psicológica ou emocional trazida pelos pacientes à terapia (angústias, medos, frustrações, carências, entre outros). Essa dificuldade perpetua o distanciamento entre quem trata e quem recebe a atenção, e reforça o receio dos fisioterapeutas de estabelecer vínculos afetivos que possam se tornar uma relação de dependência pelo tratamento e ou pela relação que o paciente estabelece com o profissional. Encontrar um ponto de equilíbrio entre o vínculo saudável e o vínculo dependente foi visto como um desafio aos profissionais de saúde, já que a relação que se estabelece entre ambos, no entanto, é percebida como algo mais que um relacionamento exclusivamente profissional, apesar de não se tratar exatamente de amizade.

A amizade é considerada um tipo de relacionamento com maior grau de liberdade tanto na escolha do amigos quanto da sua continuidade (Garcia, 2005), e apesar de não ter definições fixas, designa a capacidade dos indivíduos estabelecerem laços de informações entre si, que exprimem seus gostos, suas opiniões, seus interesses, seus segredos, suas paixões, mas que em algumas situações, leva certos indivíduos a não ter a chance de escolher se relacionar com alguém (Silva, 2005). Ainda segundo a autora, a convivência experimentada em algumas situações, coloca os indivíduos num certo grau de intimidade, de informalidade, mas que nem sempre remete uma amizade, podendo tratar-se de um tipo de cumplicidade cotidiana, afinal, as características tradicionais de um amigo implicam em afinidade, confiança, cumplicidade, lealdade, sinceridade, entre outros.

Alguns estudos destacam a tentativa em descrever e classificar a relação que se estabelece entre médico e paciente, identificando temas centrais que fazem parte da construção do relacionamento: controle, negociação de papéis, confiança, compromisso com o cuidado da saúde, além de questões de tempo e dinheiro (Woodward, 2001; Potter & McKinlay, 2005).

Os estudos sobre o relacionamento giram em torno de dimensões. Hinde (1997) apresenta uma série dessas dimensões, dentre elas o compromisso, a confiança, a agressão, o ciúme, o respeito, a proximidade, a intimidade, o perdão, o apoio social, a comunicação interpessoal, o apego, entre outros. A comunicação é umas das dimensões dos relacionamentos em geral e é tão importante que os próprios relacionamentos tem sido considerados diálogos (Baxter, 2004).

Com base nos resultados e na descrição dos participantes, sugere-se que a relação terapeuta-paciente é, antes de qualquer coisa, uma relação entre duas pessoas que se comunicam e estabelecem trocas durante todo o tempo. O relacionamento estabelecido entre os terapeutas e os pacientes apontou a presença de dimensões como compromisso, confiança, respeito, apoio social, apego, proximidade, intimidade (maior no sentido paciente-terapeuta) e comunicação. Quando há falhas na comunicação, a intervenção pode ficar comprometida, visto que parece essencial haver uma compreensão do profissional quanto às expectativas do paciente sobre a sua doença e do paciente quanto ao papel do fisioterapeuta e o seu próprio papel durante a reabilitação. Da mesma forma, o fisioterapeuta deve ser capaz de compreender o que lhe compete como profissional e o que é responsabilidade do próprio paciente ou dos demais profissionais da equipe. O que fica da análise das percepções dos pacientes, fisioterapeutas e demais profissionais é que ainda não se sabe como classificar ou descrever a relação que se estabelece entre eles, se trata-se de amizade, de relação profissional ou de um breve contato. Ainda mais importante que descrever ou caracterizar o tipo de relação, é entender em que medida o profissional de saúde pode usá-la a favor do processo terapêutico.

Considerando ser o processo de adesão permeado por diversos aspectos que se aproximam e se relacionam a cada participante, a pesquisa revelou alguns pontos

marcantes que contribuem tanto para a adesão quanto para a não adesão, sob o ponto de vista de pacientes e terapeutas.

Dessa forma, por que os pacientes aderem ou não ao tratamento na fisioterapia? O que os motiva a se manterem no tratamento até o final? O que os desestimula?

As razões para a realização ou não da fisioterapia perpassam as condições pessoais e de vida dos pacientes, a forma de abordagem do terapeuta, além de motivos ligados ao tratamento em si, tais como resultados favoráveis à retomada das atividades laborais e pessoais perdidas ou interrompidas com o adoecimento.

Estudos apontam que diversos fatores podem influenciar o cumprimento das prescrições terapêuticas por parte do paciente: sua idade, escolaridade, a gravidade da doença, a forma como ele a percebe, o impacto da lesão sobre sua vida, seu nível de motivação, a forma como as orientações lhe são transmitidas (comunicação verbal, tátil ou escrita), suas experiências com outros tratamentos, sua percepção sobre quem é o responsável pela sua melhora, o esclarecimento do profissional sobre a sua condição, o incentivo recebido pelo terapeuta e a duração do tratamento (Faleiros, 1982; Sluijs, Kok & Vander, 1993; Dimou, 2000; Friedrich, Gittler, Halberstadt, Cermak & Heller, 1998; Takala, Niemela, Rosti & Sievers, 1979; Kurita & Andrucioi, 2003; Dent & Part, 2000; Cott & Finch, 1991).

A realização das sessões com dedicação, a recuperação das funções normais para voltarem ao trabalho, o reconhecimento da importância da reabilitação para a melhora do quadro, a vontade melhorar, a valorização do tratamento oferecido, o bom relacionamento com a equipe que os atende e não menos importante, ter condições financeiras e de tempo para irem à fisioterapia duas vezes na semana, figuraram com as principais razões que motivam os pacientes deste estudo a realizarem ou não o tratamento.

Dessa forma, aderir ou não a fisioterapia, sob a ótica de quem trata e de quem é tratado no centro de reabilitação pesquisado, vai além dos aspectos restritos aos sintomas e sinais da disfunção músculo esquelética. Manter-se ou não no tratamento dependerá de fatores ligados tanto a quem recebe o tratamento, quanto a quem o oferece, como uma situação de via dupla, em que o sucesso da terapia está continuamente relacionado à qualidade da relação entre os envolvidos, ao alcance dos objetivos e anseios dos pacientes e a capacidade financeira dos mesmos em levarem o tratamento até o final.

Aos fisioterapeutas ficou a percepção de que a maior parte da responsabilidade pelo sucesso e adesão ao tratamento, encontra-se na mão dos pacientes. Esse tipo de percepção é enfatizada nos estudos que tratam o tema de adesão na fisioterapia, que ainda culpabilizam o paciente pela não adesão ao tratamento fisioterapêutico (Guimarães, Teixeira, Rocha, Bicalho & Sabino, 2006; Campbell, Evans, Tucker, Quillity, Dieppe & Donovan, 2001). Confirmando os resultados dos estudos acima, a descrição dos profissionais deste estudo revelou que a adesão na fisioterapia acontecerá caso os pacientes compareçam a todas as sessões, realizem as prescrições corretamente, sigam as orientações de exercícios e terapia em casa, valorizem o atendimento oferecido pelo SUS, desejem melhorar e se esforcem continuamente para o alcance de resultados positivos.

Transferir aos pacientes a maior parte da responsabilidade para a realização ou não da fisioterapia, indica uma dificuldade ou incapacidade de reconhecer em seu papel de terapeuta, qual a sua participação no processo de adesão, ou mesmo, a auto-avaliação de sua atuação profissional, identificando a possível existência de falhas. Mesmo percebendo a importância de tratar bem o paciente, oferecendo um tratamento humanizado e de qualidade, nota-se que a culpabilização por não aderir ao tratamento é

em grande medida direcionada àqueles que recebem a atenção terapêutica. A falta de recursos financeiros, a não aceitação da doença e sua cronicidade, a não valorização do tratamento recebido, a busca pela aposentadoria precoce e o laudo para ser levado ao INSS, figuram como as principais causas de possível abandono da fisioterapia por parte dos fisioterapeutas.

A percepção da psicóloga, da assistente social e da educadora física/nutricionista, indicou uma perspectiva mais próxima à dos pacientes. Nessa perspectiva a adesão à fisioterapia depende tanto do empenho dos pacientes, quanto dos profissionais que os atendem. Aos primeiros cabe o empenho e a dedicação contínua para a melhora do quadro e aos segundos a oferta de um tratamento baseado no respeito, no cuidado, na atenção e na busca pela melhor forma de abordagem fisioterapêutica. A desistência ao tratamento estaria ligada a fatores pessoais e externos ao paciente. As dificuldades financeiras, como a falta de dinheiro para pagarem a passagem, a necessidade de voltar logo ao trabalho, a busca pelo afastamento do trabalho e aposentadoria, o não reconhecimento dos benefícios do tratamento, a insatisfação quanto ao tratamento recebido, figuram como os principais motivos para o abandono.

De acordo com Sanguin & Vizzotto (2007), mesmo quando os pacientes entendem a importância do tratamento, são instruídos a como realizar os exercícios fisioterapêuticos propostos para o caso e são esclarecidos quanto aos benefícios de realizá-los, ainda sim podem não aderir ao tratamento. Os fatores psicológicos também definem a forma como o paciente se relacionará com a doença, consigo mesmo, com o profissional, e conseqüentemente a sua adesão ao tratamento. Portanto, vontade de viver, ambiente social, ambiente familiar, a sensação de bem estar do paciente assim como a sua relação com o profissional são fundamentais para que os objetivos do tratamento sejam alcançados.

No início do processo de reabilitação é necessário respeitar a realidade do paciente e que toda a comunicação se faça a partir da consciência do indivíduo em relação a todos os aspectos relevantes de sua história de vida. É importante saber o que o paciente está desejando e explorar novos meios para ser efetivo em determinadas situações (Kauffman, 2001; Hall, 2001).

A necessidade para resolver os problemas de ordem física, as dores e as incapacidades com a finalidade de retomarem sua vida profissional e o trabalho para garantir seu próprio sustento e o sustento das famílias, revelou-se na descrição, como um aspecto de grande angústia para os pacientes.

Uma pessoa normalmente vai ao médico porque se considera doente, mas esta doença pode não ser devida somente a fatores orgânicos, e sim a problemas psicossociais. Portanto, é importante entender o momento de vida em que a doença se manifesta. As mudanças na vida do paciente, tais como desacordo conjugal, as incapacidades para o trabalho ou mudança do lugar onde vive, dentre outros, podem ser desencadeadores de doença ou podem aumentar os sintomas de um quadro já existente (Tahka, 1988).

A reação a uma incapacidade física gerada por uma doença osteomuscular é influenciada pela extensão da enfermidade, o prognóstico, os sistemas de apoio e percepção subjetiva. Ela começa de forma fisiológica e durante o período inicial os aspectos psicológicos são muito importantes, pois o sujeito terá um acréscimo na quantidade de fatores de estresse diários. A reação pode ser rápida ou prolongada, positiva ou negativa e apresenta um estágio inicial de choque ou ansiedade. O resultado final da reação pode ser positivo, com a aceitação da realidade recém criada ou um recuo e regressão com atitudes de negação, depressão e raiva mostrando uma reação negativa (Lieberman & Lieberman, 1993). A forma como os pacientes percebem o

processo de adoecimento, suas experiências de vida nos locais de trabalho, além do contato com os profissionais de saúde que os diagnosticam, favorecem ou não o processo de adesão aos tratamentos propostos (Garbin, Neves & Batista, 1998).

Dentre os fatores que causam reações de aceitação positiva ou negativa do tratamento na fisioterapia, o trabalho apareceu e foi percebido pelos pacientes como um divisor de águas em suas vidas. As limitações de ordem física e financeira contribuem o tempo todo para a desistência iminente da fisioterapia e de certa forma pela baixa qualidade da adesão deste paciente ao processo de reabilitação.

Apesar de não ter havido relatos de abandono nesta pesquisa, a decisão de continuar o tratamento é uma fonte de angústia, já que apresenta aos pacientes tanto a possibilidade de ficar bom e retornar ao trabalho, quanto à de não conseguir voltar às atividades laborais por conta do insucesso da reabilitação.

Moscovici (2003) ressalta que a ameaça de perder os marcos referenciais, de perder contato com o que propicia um sentido de continuidade na vida é uma ameaça insuportável. O trabalho é tido como um referencial de continuidade da vida profissional, de utilidade, de inserção social, de produtividade e a impossibilidade de continuar trabalhando rouba do sujeito este marco referencial tornando-o sem identidade profissional.

A representatividade do trabalho nesta pesquisa pode ser analisada de duas formas: o trabalho é o meio de sobrevivência e sustentação do paciente e de seus dependentes e isso de certa forma afasta-o do tratamento antes que o mesmo acabe, ou, a conscientização da importância do processo terapêutico não é passada ao paciente de forma sólida e adequada. Afinal, afirmar que a responsabilidade pela melhora do problema de ordem física é de exclusividade do paciente não parece ser o bastante para garantir a adesão e o sucesso do processo terapêutico.

O tratamento caracteriza-se pela dupla via de viabilização e da inviabilização. É uma viabilização porque garante, para os pacientes, a possibilidade de retomarem seus projetos de vida. Em contraste, é também uma inviabilização, pois afasta os pacientes de sua rotina diária de vida e de trabalho (Murofuse & Marziale, 2001; Lima, Neves, Sá & Pimenta, 2005). Considerando que a maioria das profissões exige movimentos humanos, sejam eles estáticos ou dinâmicos, quando alguma doença surge em função do trabalho ou enquanto se trabalha, o fato deste paciente ter que se afastar de suas funções traz conseqüências tanto de ordem física como psicológica. Os sinais e sintomas os impedem de trabalhar adequadamente, e junto às manifestações físicas, surgem o medo de perder o emprego ou de não conseguir voltar ao trabalho, as incertezas quanto a cura das lesões e as limitações financeiras oriundas do afastamento do trabalho (Walsh, Corral, Franco, Canetti, Alern & Coury, 2004; Garbin, Neves & Batista, 1998).

Tal condição exige dos profissionais de saúde uma reavaliação dos programas de atendimento destes pacientes, escutando seus anseios e compartilhando ainda mais o trabalho com a psicologia, oferecendo um esquema de atendimento ligado às dimensões e disponibilidades temporais de cada paciente. Para isso, basta lembrar que eles tratam-se para viver e não vivem para serem tratados. Neste caso a eficiência e a eficácia do tratamento precisam ser constantemente avaliadas, sendo a relação interpessoal com toda a equipe de saúde fundamental para o desenvolvimento da confiança e adesão ao tratamento, e, por conseguinte, a adesão e confiança em si mesmo.

A fim de alcançar a eficiência e a eficácia do processo terapêutico, fica a percepção de que o tratamento psicológico deve intermediar o fisioterapêutico sempre que necessário, abrindo para os pacientes o caminho da própria fala, estimulando suas capacidades de falar de si e de ouvir-se falando. É através deste exercício que poderão

aprender a diferenciar seus limites corporais de seus limites existenciais, e quais as formas mais eficazes de alcançarem o equilíbrio entre os dois.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de um fenômeno como a adesão à fisioterapia revelou-se uma tarefa exploratória, e ao mesmo tempo, prazerosa e desafiadora. A realização dessa pesquisa contribuiu para visualizar e compreender mais de perto a dinâmica que envolve o processo de adesão na fisioterapia do SUS. O entendimento pôde ser fundamentado com base nos relatos de todos os envolvidos no processo de reabilitação. Ouvir as considerações da equipe de saúde prestadora do serviço, assim como os relatos dos pacientes atendidos, permitiu analisar o processo de adesão com um olhar mais generalista, focado tanto em quem oferece, como em quem recebe a atenção fisioterapêutica.

Dessa forma, revelou-se no decorrer deste estudo, que aderir ou não à fisioterapia é mais do que a realização ou não de todas as sessões prescritas até a situação de alta. Aderir significa ser agente ativo e consciente de todo o processo terapêutico. Ou seja, trata-se de um movimento interdependente, onde o paciente e o profissional determinam juntos a qualidade e o sucesso da adesão.

A conquista pela excelência do atendimento na fisioterapia mostra-se como um desafio constante aos profissionais envolvidos na prática diária do centro de reabilitação pesquisado, aos pacientes que recebem os cuidados, as esferas políticas que comandam e investem neste setor, e acredito, a todos os locais que prestam serviços em fisioterapia. A escuta e a análise dos envolvidos contribuiu para esclarecer alguns dos aspectos e fatores que envolvem a adesão e quais as possíveis formas de lidar com o assunto visando à melhora do atendimento.

A pesquisa fundamentou-se nas entrevistas aos profissionais e pacientes, que responderam de acordo com suas perspectivas e opiniões às questões envolvidas no processo de adesão. Acredito que para pesquisas futuras, além de entrevistas acerca do

tema, a observação de campo deve fazer parte da metodologia, com o objetivo de agregar informações e evidências que fortaleçam os achados sobre o assunto em questão. Pesquisar as diferentes áreas de atuação da profissão também é um caminho a ser seguido, a fim de identificar as peculiaridades, semelhanças ou diferenças da adesão em cada especialidade fisioterapêutica, visto que as possibilidades de atuação são diversas, apesar de ainda pouco exploradas e pesquisadas.

Nesta pesquisa, vários aspectos emergiram das falas dos participantes e estiveram relacionados ao processo de adesão; no entanto, o estudo não deu conta e nem teve o objetivo de detalhar cada aspecto em profundidade. A análise das percepções buscou identificar o fio condutor que perpassa o fenômeno da adesão na fisioterapia, indicando que o mesmo se firma na relação estabelecida entre terapeutas e pacientes, com base na comunicação e no diálogo. O reconhecimento e valorização da qualidade da relação terapeuta-paciente favorecerá a implementação efetiva do cuidado integral nas equipes envolvidas com a reabilitação fisioterapêutica.

Dessa forma, nas próximas pesquisas sobre o tema, faz-se necessário abordar e analisar os demais focos problemáticos que surgirem ao longo das entrevistas. Esse aprofundamento contribuirá para entender com riqueza de detalhes um número maior de fatores envolvidos na adesão.

Quais seriam, então, os caminhos para garantir e/ou melhorar a adesão ao tratamento na fisioterapia? Não existem fórmulas, receitas e protocolos prontos acerca desse assunto, mas as possíveis saídas podem ser orientadas em diferentes níveis de comprometimento, que vão desde a participação dos gestores e políticos da saúde até aos usuários dos serviços. O investimento continuado em contratação e formação de profissionais, o incentivo à realização de pesquisas científicas dentro das instituições de reabilitação públicas ou privadas, à desburocratização no agendamento dos

atendimentos, à criação de novos centros reabilitacionais, à melhora da relação entre terapeutas e pacientes e da qualidade do atendimento e por fim mas não menos importante à inclusão constante do paciente como agente ativo neste processo, ouvindo o que cada um tem a dizer sobre seu quadro de sofrimento, sobre o que espera na fisioterapia e as suas responsabilidades para o alcance do sucesso no tratamento, figuram como metas a serem planejadas, discutidas e implementadas.

Não se trata de um escutar por escutar, ou seja, deixar que o paciente fale uma hora de terapia seguida sem ao menos prestar atenção em sua fala e no que realmente ele quer dizer sobre seu caso. O desafio neste ponto é ouvir antes de responder com base no que o profissional considera como verdade ou não. Seria suspender temporariamente suas opiniões e postulados científicos prévios, abrir-se a escutar o outro e tirar de suas falas e percepções o que pode ser útil ou não ao processo de reabilitação, que desta forma favorecerá a adesão deste paciente à fisioterapia.

O significado da adesão para profissionais de saúde ainda não é consensual e concordância para todas as profissões. Essa revelação justifica o aprofundamento e o crescimento das pesquisas que tratam desse tema. Compreender de forma aprofundada as percepções que pacientes e profissionais de saúde têm a respeito do processo de adesão, significa reduzir o abismo existente entre essas partes. Afinal, tanto aquele que cuida, quanto àquele que é cuidado precisam um do outro para o sucesso do tratamento, seja ele em qualquer área de atuação.

6 PLANO DE DESENVOLVIMENTO

ANO	2008				2009												2010									
Meses	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A		
Atividades																										
Etapa 1 Contato com o CREFES	X	X																								
Etapa 2 Revisão de literatura			X	X	X	X	X																			
Etapa 3 Seleção de sujeitos de pesquisa								X	X																	
Etapa 4 Coleta de dados										X	X	X														
Etapa 5 Processamento e análise dos dados												X	X	X	X	X	X									
Etapa 6 Redação da dissertação e depósito															X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Etapa 7 Defesa da dissertação																								X		
Etapa 8 Elaboração e encaminhamento de artigos para publicação																								X	X	

REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H. N. (1996). *Armadilhas da comunicação: o médico, o paciente e o diálogo*. São Paulo: Lemos.
- Balint, M. (2007). *O médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu.
- Barros, F.B.M. (2002). *A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia*. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Baxter, L.A. (2004). Relationships as Dialogues. *Personal Relationships*, 11(1), 1-22.
- Beathie, P. F.; Pinto, M. B.; Nelson, M. K.; Nelson, R. (2002). Patient Satisfaction with outpatient Physical Therapy: instrument validation. *Physical Therapy*. 82 (6), 557-565.
- Brawley, L. R.; Cubos-Reed, N. (2000). Studying adherence to therapeutic regimens:overview, theories, recomendations. *Controlled Clinical Trials*, 21, 156-163.
- Caldeira, G. (2001). Os aspectos psicológicos da dor. In: caldeira, G.; Martins, J. D (orgs). *Psicossomática: teoria e prática*. 2 ed., RJ: Medsi.
- Campbell, R. ; Evans, M.; Tucker, M.; Quilty, B.; Dieppe, P.; Donovan, J.L. (2001). Why don't patients do their exercises? Understanding non-compliance whit physiotherapy in patients whit osteoarthritis of the knne. *Epidemiol Community Health*, 55, 132-138.
- Caprara, A.; Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e saúde coletiva*, 9 (1), 139-146.
- Cardoso, L.; Galera, S.A.F. (2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paulista Enfermagem*, 19 (3), 343-348.
- Castiel, L. D. (1994). *O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano* : Ed. Papirus, Campinas.
- Claydon, B.E.; Efron, N. (1994). Non-compliance in general health care. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 14, 257-264.
- Colombrini, M.R.C.; Lopes, M. H. B. M.; Figueiredo, R. M. (2006). Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Ver Escola Enfermagem USP*, 40 (4), 576-581.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medication: another look at compliance. *Social Science and Medicine*, 20(1), 29-37.

- Copetti, F. (2001). *Estudos exploratórios dos atributos pessoais de tenistas*. Tese (doutorado em ciência do Movimento Humano). Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2001.
- Costa, V.E.S. (2003). A fenomenologia como possibilidade de entendimento da relação médico-paciente. In: Gonzáles, R. F.; Branco, R.(orgs.) *A relação com o paciente: teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Costa Junior, R.O. & Sandoval, J.M.H., O cuidado a Saúde e a Comunicação: um olhar da perspectiva de estudantes de Fisioterapia, INTERCOM, XXV congresso de ciências da comunicação, Salvador BA, set. 2002.
- Cott C, Finch E. (1991). Goal-setting in physical therapy practice. *Physiother Can*, 43 (1), 19-22.
- Cruz, E.M.T.N. (1997). Formando médicos de pessoa: o resgate das relações médico paciente e professor-aluno. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 21(2/3).
- Damásio, A. R. (2004). *O erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Dent T. Part I. (2000). Patient education. *Dis Mon*, 46 (12), 785-797.
- Dimou C. Patient education. (2000). Part III. Patient compliance. *Dis Mon*, 46 (12), 811-822.
- Drotar, D. (org.). (2000). *Promoting adherence to medical treatment um chronic childhood illness: concepts, methods, and interventions*. Nova York: Lawrence Erlbaum.
- Dumbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *J Clin Epidemiol*, 54 (1 Suppl), 57-60.
- Esperidião, M.A.; Trad, L.A.B. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (6), 1267-1276.
- Faleiros, M. S. J. (2000). *Aderência ao tratamento anti-retroviral em Aids: revisão da literatura médica*. In: Paulo Roberto Teixeira; Vera Paiva; Emi Shima. (Org.). *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Copidart, 5-27.
- Faleiros, J. J. (1982). Os pacientes seguem adequadamente os procedimentos terapêuticos? *Prát Méd Geral*, 26(2), 120-123.
- Ferreira, J. (1993). *O corpo sígnico: representações sociais sobre corpo, sintomas e sinais em uma vila de classes populares*. Dissertação (mestrado em psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

- Figueirôa, R.M. (1996). *Aspectos da evolução histórica do fisioterapeuta no Brasil em especial no Rio de Janeiro*. Monografia de Pós Graduação em Docência do Ensino Superior, Rio de Janeiro.
- Fishman, T. (1995). The 90-second intervention: a patient compliance mediated technique to improve and control Hypertension. *Public Health Reports*, 110 (2), 173-178.
- Friedrich M, Gittler G, Halberstadt Y, Cermak T, Heiller I. (1998). Combined exercise and motivation program: effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 79 (5), 475-487.
- Garbin, A.C.; Neves, I.R.; Batista, R.M. (1998). Etiologia do senso comum: as lesões por esforços repetitivos na visão dos portadores. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 1 (1), 43-55.
- Garcia, A. (org.). (2005). Relacionamento Interpessoal e saúde: avanços recentes nos estudos sobre relacionamento médico-paciente. In: Garcia, A. (org). *Relacionamento interpessoal: olhares diversos*. Vitória: GM, 41-49.
- Gadamer, H.G. (1994). *Dove si Nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Giorgi, A. (1970). *Psychology as human science: a phenomenological based approach*. New York: Harper and Row.
- Goldstein, M. S.; Elliot, S.D.; Guccione, A. A. (2000). The Development of an Instrument to measure Satisfaction with Physical Therapy, *Physcal therapy*, 80 (9), 853-863.
- Gomes, W. B. (org.). (1998). *Fenomenologia e pesquisa em psicologia*. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Guimarães, C.Q.; Teixeira-Salmela, L.F.; Rocha, I.C.; Bicalho, L.I.; Sabino, G.S. (2006). Fatores associados à adesão ao uso de palmilhas biomecânicas. *Rev Bras Fisioter*, 10 (3), 271-277.
- Green, C. A. (1987). What can patient health education coordinators learn from ten years of compliance research? *Patient Educ Couns*, 10, 167-174.
- Hall, E. (2001). *Equipe multidisciplinar e educação do paciente*, in: David, C. e Loyd, J. Reumatologia para fisioterapeutas. São Paulo : Premier.
- Hinde, R.A. (1997). *Relationships: A Dialectical Perspective*. Hove, Psychology Press.
- Hoga, L.A.K. (2004). A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev Esc Enferm USP*, 3(1), 13-20.
- Horwitz, R.I.; Horwitz, S.M. (1993). Adherence to treatment and health outcomes. *Arch International Medicine*, 153(16), 1863-1868.

- Jardim, A.P.; Souza, M.L.; Gomes, W.B. (2009). O self dialógico e a psicoterapia: uma compreensão dialógica da relação terapeuta-paciente. *Contextos Clínicos*, 2 (1), 1-10.
- Jesus, E. S ; Augusto M.A.O ; Gusmão J ; D, M. J. ; Ortega, K. C .(2008). Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 59-65.
- Kauffman, J. M. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth*. Upper Saddle River: Merrill Prentice Hall.
- Kidd, K.E.; Altman, D.G. (2000). *Adherence in social context. Controlled Clinical Trials*, 21, 184-187.
- Kurita GP, Andrucioioli MP. (2003). Adesão ao tratamento da dor crônica: Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuropsiquiatr*, 61 (2-B),416-425.
- Lanigan, R. (1992). *The human science of communicology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Leite, S.N.; Vasconcelos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e saúde coletiva*, 8 (3), 775-782.
- Lemme, A.C. (2005). *Ouvindo e encantando o paciente*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Leon, A. (1973). *Ética em Medicina*. Barcelona, Editorial: Científico-medicina.
- Leopardi, M. T. (2001) *Metodologia da pesquisa na Saúde*. Santa Maria: Pallotti.
- Lieberman, A. ; Lieberman, M. *Ajustamento Psicossocial à incapacidade Física* in: O'SULLIVAN, S. B. *Fisioterapia: avaliação e tratamento* São Paulo: Manole 2: ed, 1993.
- Lima, M.A.C.; Neves, R.; Sá, S.; Pimenta, C. (2005). Atitude frente a dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo- comportamental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1), 163-173.
- Loyola, M.A. (1984). *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. SP: Difel.
- Luz, M. (1988). *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campos.
- Marinho, P.E.M. (2005). Refletindo sobre a expressividade da dor e a relação terapeuta-paciente. *Fisioterapia em movimento*, 18 (2), 73-79.

- Marinho, P.E.M (1995). Escutar: aspecto relevante da relação fisioterapeuta- paciente na fisioterapia. *Fisioterapia em Movimento*, 7 (2), 59-62.
- Marinho, A. P.; Fiorelli, J. O. (2007). *Psicologia na Fisioterapia*. São Paulo: Atheneu.
- Marques, A. P.; Sanchez, E. L. (1994). Origem e evolução da Fisioterapia: aspectos históricos e legais. *Revista de fisioterapia da Universidade de São Paulo*, 1 (1), 5-10.
- Mello, S. L. (1983) *Psicologia e Profissão em São Paulo*. 5 ed. São Paulo: Ática.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Miller, N. H. (1997). Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *The American Journal of Medicine*, 102 (2a), 43-48.
- Milstein-Moscatti, I.; Persano, S.; Castro, L.L.C. (2000). Aspectos metodológicos comportamentais da adesão à terapêutica. In: Castro, L.L.C (org.). *Fundamentos de farmacoe epidemiologia*. [s.l.]: AG, 171-179.
- Monnin, D.; Perneger, T. V. (2002). Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Physical therapy*, 82 (7), 682-690.
- Moreira, V.; Nogueira, F. N. N.; Rocha, M. A. S. (2007). Leitura Fenomenológica do adoecer em pacientes do serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza. *Estudos de Psicologia*. 24 (2).
- Moreira, T.M.M.; Thelma, L.A. (2002). Sistema interpessoal de Imogenes King: as relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. *Acta Paul Enf*, 15 (3).
- Moscovici, S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social* Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- Murofuse, N.T.; Marziale, M.H.P. (2001). Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de lesões por esforços repetitivos: LER. *Ver Latino-am Enfermagem*, 9 (4), 19-25.
- Nemes M.I.B, Carvalho H.B, Souza M.F.M. (2004). Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS*; 18:S15-S20.
- Nunes, E. D. (2000). Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 251-26.
- Oliveira, V. Z.; Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 459-469.
- Oliveira, H. M.; Gonçalves, M.J.F. (2004). Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(6), 761-763.

- Olivieri, D.P. (1985). *O ser doente: dimensão humana na formação do profissional de saúde*. São Paulo: Moraes.
- Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa*. In: Promoção da Saúde e Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 158-162.
- Paulo, L.G.; Zanini, A.C. (1997). *Compliance: sobre o encontro paciente-médico*. São Roque: IPEX.
- Perestrello, D. (1996). *A medicina da Pessoa*. 4 ed., RJ: Atheneu.
- Pierin, A.M.G.; Strelec, M.A.A.M.; Mion Júnior, D. (2003). O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin, A.M.G.(coord). *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole, 275-289.
- Potter, S.J.; McKinlay, J.B. (2005). From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship. *Social Science and Medicine*, 61 (2), 465-479.
- Rebelatto, J. R.; & Botome, S. P. (1999). *Fisioterapia no Brasil:fundamentos para uma ação preventiva e perspectiva profissional*. São Paulo: Manole.
- Reiners, A. A. O. ; Azevedo, R. C. S. ; Vieira, MA ; Arruda, A. L. G. (2006). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2299-2306.
- Rezende, A.M. (1990). *Concepção fenomenológica da educação*. São Paulo: Cortez.
- Ribeiro, J; Moraes, M. V. M.; Beltrame, T. S. (2008). Tipo de atividade interpessoal estabelecida entre Fisioterapeuta e Criança com Paralisia Cerebral no contexto de intervenção Fisioterapêutica. *Dynamis : revista técnico científica*, 14 (1), 89-95.
- Sanchez, C.G.; Pierin, A.M.G.; Mion Júnior, D. (2004). Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. *Revista Escola Enfermagem USP*, 38(1), 90-98.
- Sanchez, E.L. (1984). Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo. *Atualização Brasileira de Fisioterapia*, ano II, (1) 3.
- Sanguin, F.P.S; Vizzoto, M.M. (2007). As Variáveis Psicológicas no Processo de Adesão ao Tratamento Fisioterapêutico. *Mudanças, Psicologia da Saúde*. 15 (1), 13-22.
- Scott, J.; Pope, M. (2002). Self-Reported Adherence with Mood Stabilizers, plasma levels, and Psychiatric hospitalization. *Am Journal Psychiatry*, 159 (11), 1927-1929.

- Silva, G.T. (2005). Amizade: Tão perto, tão longe. In: Garcia, A. (org). *Relacionamento interpessoal: olhares diversos*. Vitória: GM, 41-49.
- Silva, M. J. P. (2008). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Loyola.
- Sluijs EM, Kok GJ, Van der ZJ. (1993). Correlates of exercise compliance in physical therapy. *Phys Ther*, 73 (11), 771-782.
- Stone, D.; Patton, B.; Heen, S. (2004). *Conversas difíceis*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Takala J, Niemela N, Rosti J, Sievers K. (1979). Improving compliance with therapeutic regimens in hypertensive patients in a community health center, *Circulation*, 59 (3), 540-543.
- Tahka, W. (1988). *O Relacionamento Médico – Paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vasconcelos, E.M. (2003). A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. *Saúde em Debate*, 49(50), 100- 106.
- Walsh, I.A.P.; Corral, S.; Franco, R.N.; Canetti, E.E.F.; Alern, M.E.R.; Coury, H.J.C.G. (2004). Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. *Rev Saúde Pública*, 38 (2), 149-156.
- Woodward, B. (2001). Confidentiality, consent and autonomy in the physician-patient relationship. *Health Care Analysis*, 9 (3), 337-351.
- Wulff, H.R.; Pedersen, S.A.; Rosemberg, R.(1995). *La filosofia della Medicina*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE PESQUISA DOS PACIENTES ATENDIDOS NO CREFES

Concordo em participar do projeto de pesquisa abaixo discriminado, nos seguintes termos:

Projeto: A percepção de pacientes e terapeutas do CREFES quanto ao processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico.

Responsável: Marina Medici Loureiro Subtil

Orientadora: Mariane Lima de Souza

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo

Justificativa e objetivo da pesquisa:

Este estudo objetiva conhecer e analisar a percepção que fisioterapeutas e pacientes têm a respeito da adesão ao tratamento fisioterapêutico. O conhecimento dessas percepções permitirá entender os fenômenos envolvidos durante o tratamento fisioterapêutico, analisando-os sob a ótica dos profissionais e pacientes que fazem parte do mesmo. Embora os problemas relacionados à adesão de tratamento não sejam novos nem exclusivos a uma só área de conhecimento, no caso da Fisioterapia, constitui-se um novo objeto social e fenomenológico, uma vez que, a percepção de fisioterapeutas e pacientes quanto ao processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico representa um fenômeno pouco conhecido e estudado por essa profissão.

Descrição do procedimento a que os participantes serão submetidos: Serão realizadas entrevistas individuais nas quais os participantes (pacientes) responderão perguntas pré-estabelecidas em um roteiro, direcionadas ao tema da pesquisa. Para registro dos dados será utilizado um gravador de voz.

Benefícios esperados: Os resultados da pesquisa permitirão o maior conhecimento das relações estabelecidas entre fisioterapeuta e paciente e da percepção que os pacientes e os fisioterapeutas têm a respeito dos aspectos referentes a adesão ao tratamento fisioterapêutico. Os resultados analisados poderão ser utilizados como subsídios para a divulgação de dados em congressos científicos e para a publicação em periódicos especializados, e materiais didáticos contribuindo dessa forma para a ampliação do conhecimento nos campos da Fisioterapia, Psicologia, Saúde e de áreas afins.

Análise de risco e sigilo: A entrevista não acarretará nenhum tipo de risco ou dano físico e/ou psicológico para o participante. Fica assegurado o anonimato do entrevistado através da utilização de pseudônimo. A pesquisa não acarretará nenhuma despesa financeira ao participante. O material registrado por gravação de voz será mantido com a pesquisadora por 05 anos após a coleta dos dados, sendo descartado após esse tempo. Os participantes terão livre acesso ao andamento da pesquisa, bem como o direito de não querer mais participar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem penalização alguma ou qualquer prejuízo. Em caso de dúvidas ou interesse em saber dos detalhes deste estudo, cada participante poderá entrar em contato com os pesquisadores envolvidos pelos telefones do Comitê de ética em pesquisa (CEP) (3325 5546), Marina (pesquisadora) (99160024) ou da Mariane (orientadora da pesquisa) (9293 9035).

Identificação do participante:

Nome: _____

RG: _____ órgão emissor: _____

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias, uma de posse do participante e outra do pesquisador.

Vila Velha- ES, ____ de _____ de 2009.

Participante

Marina Medici Loureiro Subtil (Pesquisadora)

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO DE TERAPEUTAS ATUANTES NA UNIDADE DE TRABALHO AMBULATORIAL DO CREFES**

Concordo em participar do projeto de pesquisa abaixo discriminado, nos seguintes termos:

Projeto: A percepção de pacientes e terapeutas do CREFES quanto ao processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico.

Responsável: Marina Medici Loureiro Subtil

Orientadora: Mariane Lima de Souza

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo

Justificativa e objetivo da pesquisa:

Este estudo objetiva conhecer e analisar a percepção que fisioterapeutas e terapeutas têm a respeito da adesão ao tratamento fisioterapêutico. O conhecimento dessas percepções permitirá entender os fenômenos envolvidos durante o tratamento fisioterapêutico, analisando-os sob a ótica dos profissionais e pacientes que fazem parte do mesmo. Embora os problemas relacionados à adesão de tratamento não sejam novos nem circunscritos a uma só área de conhecimento, no caso da Fisioterapia, constitui-se um novo objeto social e fenomenológico, uma vez que, a percepção de fisioterapeutas e pacientes quanto ao processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico representa um fenômeno pouco conhecido e estudado por essa profissão.

Descrição do procedimento a que os participantes serão submetidos: Serão realizadas entrevistas individuais nas quais os participantes (fisioterapeutas e demais terapeutas da UTA) responderão perguntas pré-estabelecidas em um roteiro, direcionadas ao tema da pesquisa. Para registro dos dados será utilizado um gravador de voz.

Benefícios esperados: Os resultados da pesquisa permitirão o maior conhecimento das relações estabelecidas entre fisioterapeuta e paciente e da percepção que os pacientes e os terapeutas têm a respeito dos aspectos referentes a adesão ao tratamento fisioterapêutico. Os resultados analisados poderão ser utilizados como subsídios para a divulgação de dados em congressos científicos e para a publicação em periódicos especializados, contribuindo dessa forma para a ampliação do conhecimento nos campos da fisioterapia, psicologia, saúde e de áreas afins.

Análise de risco e sigilo: A entrevista não acarretará nenhum tipo de risco ou dano físico e/ou psicológico para o participante. Fica assegurado o anonimato do entrevistado através da utilização de pseudônimo. A pesquisa não acarretará nenhuma despesa financeira ao participante. O material registrado por gravação de voz será mantido com a pesquisadora por 05 anos após a coleta dos dados, sendo descartado após esse tempo. Os participantes terão livre acesso ao andamento da pesquisa, bem como o direito de não querer mais participar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem penalização alguma ou qualquer prejuízo. Em caso de dúvidas ou interesse em saber dos detalhes deste estudo, cada participante poderá entrar em contato com os pesquisadores envolvidos pelos telefones do Comitê de ética em pesquisa (CEP) (3325 5546), Marina (pesquisadora) (99160024) ou da Mariane (orientadora da pesquisa) (9293 9035).

Identificação do participante:

Nome: _____

RG: _____ órgão emissor: _____

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias, uma de posse do participante e outra do pesquisador.

Vila Velha– ES, ____ de _____ de 2009.

Participante

Marina Medici Loureiro Subtil (Pesquisadora)

ANEXO C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DOS PACIENTES ATENDIDOS NA UTA

Como você conheceu a fisioterapia (quando foi seu primeiro contato com a fisioterapia)? Fale sobre essa experiência.

O que você sabe a respeito do trabalho desenvolvido por um Fisioterapeuta? No seu entendimento, que tipos de atividades e trabalhos um fisioterapeuta pode fazer?

O que te fez buscar o serviço de Fisioterapia do CREFES? Fale sobre isso.

Em que você trabalha? Qual a importância do trabalho na sua vida? A sua doença tem a ver com o seu trabalho?

O que mudou na sua vida após o início do tratamento? Houve melhora do seu quadro?

Aconteceu alguma coisa ou algum caso que te marcou durante as sessões ou nesse tempo em que você é atendido?

Como você se sente ao fazer as sessões de Fisioterapia? É algo prazeroso ou não?

Hoje se fala muito em adesão de tratamento, que significa, no caso da fisioterapia, realizar todo o tratamento fisioterapêutico, comparecendo a todas as sessões e realizando todos os conselhos e instruções dadas ao paciente. Com base nessa informação pense e responda as seguintes questões:

Para você, o que seria um bom tratamento fisioterapêutico? O que ele precisa oferecer ao paciente?

O que seria um bom profissional Fisioterapeuta no seu ponto de vista?

Na sua opinião o que leva um paciente a desistir do tratamento fisioterapêutico?

Você já começou um tratamento na fisioterapia e teve que desistir por algum motivo? Fale sobre isso.

Fale sobre a sua relação com o (s) fisioterapeuta (s) que te atende. Como é essa relação? O que você pensa a respeito da relação Fisioterapeuta-Paciente? Você está satisfeito com a fisioterapia e a atenção que recebe do CREFES e de quem te atende?

Você acredita que a relação entre fisioterapeuta e paciente interfere na adesão ao tratamento e no sucesso do mesmo? Como ela pode interferir?

ANEXO D

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS FISIOTERAPEUTAS DA UTA

Fale sobre como e quando você ingressou aqui neste centro de reabilitação.

Quais as atividades que você desempenha dentro da instituição?

O que te fez escolher essa profissão? Comente sobre isso.

Você se sente realizado profissionalmente? Justifique:

O que você pensa a respeito do futuro da profissão no país?

O que é ser um bom fisioterapeuta?

Hoje se fala muito em adesão de tratamento:

Quais os elementos favorecem a adesão ao tratamento fisioterapêutico? Qual o papel do fisioterapeuta e do paciente nesse processo?

Quais os elementos prejudicam o processo de adesão? O que leva um paciente a desistir do tratamento?

Na sua opinião, existem fatores que interferem positivamente ou negativamente o processo de adesão dentro nesta instituição? Fale sobre isso.

Você teve algum ou alguns episódios que marcaram sua vida profissional aqui no CREFES? Fale sobre eles.

Como você percebe o trabalho numa equipe multidisciplinar?

Você considera que a relação terapeuta-paciente interfira nesse processo de adesão? Fale detalhadamente.

ANEXO E**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A PSICÓLOGA, A EDUCADORA FÍSICA/
NUTRICIONISTA E A ASSISTENTE SOCIAL DA UTA.**

Quando e como foi seu ingresso na equipe do CREFES?

Quais as funções que você desempenha na instituição?

Fale sobre o seu contato com os pacientes, em que momento do ingresso dele na instituição você participa?

Na sua opinião, qual seria o seu papel no processo de adesão ao tratamento da sua área de atuação e da fisioterapia?

Quais os aspectos você considera importantes para que a adesão ao tratamento seja efetiva?

O relacionamento entre profissional e paciente, na sua opinião, apresenta qual grau de importância no processo de adesão ao tratamento? Fale sobre isso.

Na sua opinião, existem fatores que interferem positivamente ou negativamente o processo de adesão dentro do CREFES? Fale sobre isso.

Você teve algum ou alguns episódios que marcaram sua vida profissional aqui no CREFES? Fale sobre eles.

De que forma o trabalho desenvolvido em equipe pode interferir no processo de adesão?

ANEXO F**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)****SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO CREFES**

Este documento tem como finalidade, solicitar para os devidos fins de pesquisa, que a Mestranda em Psicologia Marina Medici Loureiro Subtil portadora do CPF 097 343 837-10 e do CREFITO 2 – 110047 F, adquira junto a direção do CREFES por meio do Dr Inácio Coutinho, a licença para atuar na pesquisa de dissertação junto aos pacientes e fisioterapeutas do CREFES.

O tema da dissertação trata-se da **Percepção que Pacientes e terapeutas têm a respeito da Adesão ao Tratamento Fisioterapêutico.**

Os procedimentos que possivelmente serão utilizados durante o processo de pesquisa estão discriminados a seguir:

2009

- Análise de prontuários dos pacientes atendidos na unidade de Trabalho Ambulatorial para colher dados numéricos e epidemiológicos; que dizem respeito ao tempo de tratamento na instituição; dados pessoais (com sigilo do nome); tipo de terapêutica utilizada; frequência de atendimento no CREFES; diagnósticos clínico e fisioterapêutico.
- Aplicação de entrevista piloto junto a um paciente e um fisioterapeuta da Unidade de Trabalho Ambulatorial.

Fase de coletas de dados junto à equipe de fisioterapeutas e de pacientes (maiores de 20 anos) da Unidade de Trabalho Ambulatorial.

Consta nessa fase:

- Entrevistas gravadas com permissão prévia (termo de consentimento livre e esclarecido) utilizando aparelho gravador de voz com 5 fisioterapeutas que trabalhem no setor descrito acima e com 10 pacientes do mesmo setor.

Horários previstos para a realização da pesquisa no CREFES:

- Período matutino ou vespertino: dentro do horário de funcionamento.
- As entrevistas poderão ser realizadas no CREFES em um local reservado e disponibilizado pela direção e demais membros da equipe.

Todos os resultados desta pesquisa estarão à disposição do CREFES assim como dos participantes da pesquisa.

A participação dos Fisioterapeutas e pacientes tem caráter voluntário.

Dra. Heloísa Moulin de Alencar (coordenadora do PPGP)

Dra. Mariane Lima de Souza (orientadora da pesquisa)

Marina Medici Loureiro Subtil (mestranda e pesquisadora)

Telefones para contato:

9916 0024 (Marina)

9293 9035 (Mariane)

e-mail: marina.fisio@hotmail.com

Vitória, ____ de outubro de 2008.