

# *FISIOTERAPIA DOMICILIAR EM PACIENTES GRAVES COM ACOMETIMENTO RESPIRATÓRIO*

## HOME PHYSIOTHERAPY IN CRITICAL PATIENTS WITH RESPIRATORY ISSUES

**Jéssica Katzer**

Fisioterapeuta Graduada na Associação Catarinense de Ensino – Faculdade Guilherme Guimbala, Pós-Graduação em Terapia Intensiva.

**Fábio Pegos Madeira**

Enfermeiro- Professor e orientador de TCC do Grupo Uninter/IBPEX. Mestrando em Gestão e Tecnologia da Educação- Universidade Estadual da Bahia- (UNEB), Mestrando em Educação- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa Portugal (ULTH) Especialista em Gestão Pública (UNEB) Especializando em Desenvolvimento, Educação e Políticas Educativas- Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa (CINTEP) Especializando em Gestão em Saúde (UNEB) Especializando em Saúde Coletiva- Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

### **RESUMO**

A assistência domiciliar é descrita por um conjunto de cuidados hospitalares realizados no domicílio do paciente, contando com auxílio de uma equipe multidisciplinar. A fisioterapia é um fator importante neste tipo de atendimento onde age diretamente tanto no âmbito hospitalar quanto no domiciliar, em pacientes graves ou não. Uma das principais vantagens do atendimento domiciliar é o baixo custo e a diminuição de fatores de risco, como por exemplo infecções. O objetivo do estudo foi elucidar, através de um estudo bibliográfico, questões que permeiam o atendimento domiciliar, um breve histórico da assistência domiciliar, o papel do fisioterapeuta nessa modalidade e os cuidados dos pacientes em acometimento respiratório.

**Palavras-chave:** Atendimento domiciliar. Fisioterapia domiciliar. Fisioterapia respiratória.

### **Abstract**

Home care is defined as a set of hospital procedures done in the residence of a patient by a multidisciplinary team. Physiotherapy is an important factor in home care and it is effective either in hospitals or in the residence of the patient, and it helps critical or stable patients. One of the advantages of home care is the low cost and the reduction of risk factors such as infections. The study objective was to elucidate, through a bibliographical study, some questions about home care, as well as a brief history of home care, the physiotherapist's role in home care and the treatment of patients with respiratory issues.

**Key Word:** Home care. Home physiotherapy. Respiratory physiotherapy.

## INTRODUÇÃO

O atendimento domiciliar é uma questão muito discutida no âmbito hospitalar, onde muitos não têm conhecimento o suficiente para dar credibilidade ao sistema. Trata-se de um programa com diversos recursos hospitalares que podem ser utilizados no lar do doente. Um dos principais problemas de saúde no Brasil são os hospitais cheios e sem leitos vagos, onde se observa uma piora na qualidade de vida desses pacientes internados e em suma a degradação da saúde pública. Alguns pacientes denominados crônicos permanecem meses ocupando um leito hospitalar não somente por não estarem estáveis em seu quadro geral, mas também por não terem a noção de que podem ser tratados em seu lar. No atendimento domiciliar existem diversas vantagens, como o baixo custo para o sistema atual de saúde, sendo o atendimento domiciliar uma solução barata e com resultados surpreendentes. O atendimento domiciliar pode ser uma estratégia para a diminuição de custos hospitalares, para a humanização da atenção, para a diminuição de riscos, bem como a ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde. Os fisioterapeutas fazem parte da equipe multiprofissional da saúde que realizam os cuidados, prevenções, tratamentos e recuperação de pacientes no atendimento domiciliar. O fisioterapeuta deve analisar a situação do paciente, qual o tipo de sua doença, quais suas necessidades e auxiliar a família e cuidadores na adaptação do domicílio para que o paciente possua uma maior comodidade, um cuidado maior, buscando por um atendimento mais humanizado e individual. Como é o caso de pacientes que estão na condição de acometimento respiratório, em que todo cuidado é necessário para o tratamento, reabilitação e prevenção do paciente.

## **ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: UMA ALTERNATIVA À HOSPITALIZAÇÃO**

Envelhecer é um processo que todos os seres vivos estão submetidos. Um dos grandes empecilhos do processo de envelhecimento humano está relacionado à perda da capacidade funcional, que resulta ao paciente uma dependência parcial ou até total, impossibilitando que ele realize atividades de maneira autônoma, afetando assim sua qualidade de vida. De modo geral, trabalha-se o conceito de capacidade funcional em termos de capacidade e incapacidade (ALENCAR *et al.*, 2008). Segundo Rosa *et al* (2003) a incapacidade funcional é caracterizada como a presença da dificuldade de realizar certos gestos e atividades cotidianas, ou ainda pela impossibilidade de desempenhá-las.

Dentro desse contexto de incapacidade funcional, onde os pacientes necessitam muitas vezes de atenção hospitalar, há um interesse quanto às modalidades alternativas à hospitalização. No mundo inteiro, nessas últimas décadas, tem sido emergente um movimento que almeja respostas para a problemática dos altos custos sociais com a atenção hospitalar, juntamente com a resposta insatisfatória comprovada dos indicadores de qualidade de saúde das populações (SILVA, *et al.*, 2005).

Uma alternativa à hospitalização e que, atualmente, promove muitas discussões entre os profissionais da área da saúde e entre administradores, é a assistência domiciliar. Essa alternativa de assistência é conhecida também como *home care* (do inglês, cuidado do lar), que pode ser caracterizada como um conjunto de procedimentos hospitalares que podem ser realizados na residência do paciente. Esses procedimentos são desenvolvidos por uma equipe interprofissional, que estuda o diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, buscando a promoção, manutenção e reabilitação de sua saúde (CARLETI e REJANI, 1996).

## Um breve histórico da assistência domiciliar

Em 1780, o Hospital de Boston (EUA), pioneiros nesta atividade, implantou o *home care*. Os serviços prestados, em sua grande maioria, foram formados por enfermeiras visitadoras, de cunho filantrópico (ALBUQUERQUE, 2001).

Já em 1947, o Hospital de Montefiori, de Nova York, implantou os conceitos de *home care* de modo que fosse uma extensão do atendimento hospitalar (MENDES, 2001). Há também, relatos de estudos da existência desses serviços no sistema de saúde europeu, que se deve ao fato de políticas em cuidados à saúde, envelhecimento populacional e elevação de custos (ALBUQUERQUE, 2001).

A respeito da assistência domiciliar no Brasil, não se encontram muitos registros sobre sua história. O que se encontra são depoimentos de pessoas que viveram ou estão vivenciando o desenvolvimento dessa modalidade (MENDES, 2001). No Brasil, as primeiras atividades domiciliárias ocorreram no século XX, no ano de 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (CUNHA, 1991). Em 1949, o Serviço de Assistência Domiciliar e de Urgência foi criado por sindicato de trabalhadores insatisfeitos com o atendimento de urgência. Nesses serviços, médicos acompanhavam a ambulância para atendimento em geral e para atendimento de previdenciários com doenças crônicas (MENDES, 2001)

Ainda no Brasil, nos anos 60 houve uma valorização dos âmbitos familiares, onde nessa época ocorreu a implantação do pioneiro programa de assistência domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (ALBUQUERQUE, 2001). Desde então, muitos serviços foram surgindo, públicos e privados, se adequando às necessidades de sua clientela. Já na década de 90, surgiram várias implantações de serviços voltados à assistência domiciliar, a exemplo da Volkswagen do Brasil, assim como a implantação em prefeituras, cooperativas médicas, hospitais públicos e privados, seguradoras de saúde, entre outros (FABRÍCIO *et al.*, 2004).

Nota-se que muitos dos serviços de assistência domiciliar estão se fragmentando em sua forma de assistência, basicamente em: visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar (FABRÍCIO *et al.*, 2004).

Recentemente a assistência domiciliar pública contou com o apoio do Núcleo de Apoio à saúde da Família, criado em 2008 e que conta com profissionais de diversas áreas como: psicólogo; assistente social; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; educador físico; nutricionista; terapeuta ocupacional; médico ginecologista; médico homeopata; médico acupunturista; médico pediatra e médico psiquiatra (MINISTÉRIO DA SAÚDE- B, 2009).

### **A fisioterapia no contexto da assistência domiciliar**

A fisioterapia está inserida no Home Care, sendo realizada no ambiente domiciliar do paciente. Nessa modalidade, o fisioterapeuta tem a tarefa de avaliar as reais dificuldades e necessidades do paciente em seu domicílio e dessa maneira realizar adequações à sua terapia e seus objetivos, sempre buscando a melhor adaptação do paciente em seu ambiente doméstico. Com o avanço da tecnologia muitos avanços foram possíveis na fisioterapia domiciliar. Com o transporte moderno foi possível o tratamento em domicílio, equivalendo as condições que o paciente teria se estivesse recebendo o tratamento em uma clínica ou hospital. (ANGELO, 2011).

Desse modo, o fisioterapeuta através de medidas terapêuticas busca a reabilitação do paciente. Essas medidas devem possibilitar manter a independência para a realização de atividades rotineiras e para o retorno a atividades de trabalho e lazer (FERNANDES *et al.*, 2008).

Esse tipo de terapia fornece alguns benefícios como: sessões individualizadas, ampla flexibilidade de horários, para o paciente é mais comodo, não exige a locomoção do paciente até o local de terapia e há um aumento significativo na recuperação em termos de rapidez, pelo fato da personalização do tratamento para cada paciente. Entretanto, apesar de todas essas vantagens, ainda não existem muitos registros que formalizem a atuação do fisioterapeuta nesse tipo de modalidade de assistência à saúde, impedindo ações mais efetivas e a promoção deste tipo de atendimento (ANGELO, 2011).

Nesse sentido, o fisioterapeuta na modalidade de atendimento domiciliar, pode conhecer a realidade em que o paciente se encontra, podendo assim realizar orientações necessárias, adequando a sua conduta. Essas orientações vão desde a saúde em geral até técnicas de estímulos sensório-motor, cinesioterapia, termoterapia e o uso de próteses e órteses (TRELHA *et al.*, 2007).

### **Pacientes graves e os cuidados com acometimento respiratório**

Cada paciente é um caso único e ímpar que precisa de cuidados e adequações particulares, pertencentes às suas necessidades. Para que sejam designadas às necessidades e possíveis adaptações domiciliares, é necessário realizar algumas avaliações fisioterapêuticas como: exame físico geral, para analisar o nível de consciência, estado afetivo, distúrbios de cognição e linguagem. De Inspeção, como a necessidade de sonda, presença de curativos, edemas, coloração da pele, trofismo muscular, se há deformidades osseas e articulares. É necessária avaliação respiratória, como ventilação, tipo de tórax, ritmo respiratório, padrão respiratório, expansibilidade, ausculta. Também quanto a Palpação que engloba tônus muscular, amplitude de movimento, força muscular, reflexos patológicos, testes de coordenação e mobilidade no leito.

Em uma pesquisa realizada em um hospital privado do interior paulista, as doenças mais frequentes encontradas em pacientes, atendidos por assistência domiciliar do Hospital São Francisco (HSF), de Ribeirão Preto, foram, em ordem de maior incidência: neurológico, neoplasias, osteomuscular, cardiovascular e respiratório (Fabrício *et al.*, 2004). Desse modo é necessário que seja inspecionada as prevalências dos tipos de atendimento de fisioterapia domiciliar, observando às necessidades e carências do paciente e adequando-as.

Após a avaliação da condição do paciente, o fisioterapeuta deve conversar com a família do paciente para que se houver alterações no domicílio, que elas sejam atendidas. Como no caso de pacientes que possuem doenças neuromusculares que podem ser prejudicados pela renovação do ar alveolar e por consequência desenvolvem insuficiência respiratória crônica. A instalação da insuficiência respiratória pode ocorrer de modo agudo, como traumas, ou ainda, ser

lenta ou rapidamente progressiva, como distrofias musculares, esclerose amiotrófica, doença da placa mioneural, entre outras (PASCHOAL *et al.*, 2007).

Sendo assim, as doenças neuromusculares levam à hipoventilação alveolar, que se possuir caráter lento e progressivo, não é comum ser diagnosticada nem tratada, até que ocorra um episódio de insuficiência respiratória aguda. Este tipo de episódio ocorre, com maior frequência, durante um banal quadro de infecção de vias aéreas superiores, isso se dá pela inabilidade do paciente em eliminar as secreções. Já a forma progressiva do acometimento da musculatura respiratória tem como característica produzir alterações dos gases sanguíneos, tanto hipoxemia quanto hipercapnia, as duas por hipoventilação. Em relação ao tratamento da hipoxemia e hipercapnia de um paciente que possui a doença neuromuscular, obrigatoriamente inclui técnicas que busquem restabelecer uma renovação de ar alveolar adequada, não envolvendo necessariamente o uso de oxigênio. O uso de oxigênio, quando empregado isoladamente em casos de hipoventilação, pode levar o paciente à óbito. A progressão das complicações (PASCHOAL *et al.*, 2007).

A evolução das complicações respiratórias para insuficiência respiratória crônica nos doentes neuromusculares tem sua origem, de modo geral, em consequência de dois principais fatores: fraqueza e fadiga dos músculos respiratórios (vias aéreas superiores, inspiratórios e expiratórios) e incapacidade de manter as vias aéreas livres de secreções. Em uma classificação que abrange a insuficiência respiratória crônica, é possível classificá-la como um quadro de insuficiência respiratória crônica restritiva com hipoventilação, como mostra o Quadro 1 (PASCHOAL *et al.*, 2007)

**Quadro 1** – Classificação da insuficiência respiratória crônica.

<b>Insuficiência respiratória crônica</b>	<b>Doenças associadas</b>
Obstrutiva	DPOC, bronquectasias e outras bronquites
Restritiva	
Com hiperventilação	Doenças inetrsticiais, como fribrose pulmonar diopática
Com hipoventilação	Doenças neuromusculares e deformidades torácicas
Por doença vascular pulmonar	Hipertensão pulmonar primária, tromboembolismo pulmonar crônico, doença veno-oclusiva pulmonar

**Fonte:** PASCHOAL *et al.*, 2007.

Segundo relatos da *National Nosocomial Infections* (2000) pacientes em acometimento respiratório necessitam de cuidados especiais como a análise da placa dental, pois estudos recentes mostram que ela pode ser um reservatório de patógenos respiratórios em pacientes com doença crônica pulmonar.

Desse modo, a micro-aspiração pulmonar de secreção orofaríngea que pode conter bactérias juntamente com a falha no sistema de defesa que elimine essas bactérias, pode resultar em uma resposta destrutiva do hospedeiro, podendo então desenvolver uma infecção pulmonar. Os pacientes acometidos a ventilação mecânica o risco de pneumonia é ainda maior, devido à presença do tubo endotraqueal, que passa pela traquéia para a via aérea baixa, afetando as funções mucociliares do tubo respiratório. As bactérias alocadas na orofaringe podem ser levadas até a traquéia durante a passagem do tubo, há a possibilidade também, de elas se aderirem à superfície do tubo, o que resulta no crescimento do biofilme bacteriano (RAGHAVENDRAN *et al.*, 2007).

Por isso é importante que o fisioterapeuta conheça o seu paciente e suas condições para realizar as adequações que o paciente necessita, em busca do maior conforto e segurança para a prevenção e promoção da saúde. Além de que, o fisioterapeuta pode educar e capacitar os membros da família para o cuidado com o paciente doente no domicílio, pois a atuação fisioterapêutica vai além da atenção apenas ao paciente, envolve também a família e os cuidadores (FELÍCIO *et al.*, 2005).

## CONCLUSÃO

A assistência domiciliar é uma alternativa à hospitalização e pode promover maior comodidade e conforto para pacientes que necessitam de cuidados. É também uma modalidade importante para a população, seja no setor privado ou pelo SUS, pois busca uma saúde mais plena e humanizada. Além de que, é uma ótima opção para pacientes com doenças crônicas, graves que acabam por ocupar leitos de hospitais. Pois assim, esses pacientes podem ter o mesmo auxílio que tem em clínicas e hospitais, na comodidade de sua casa.



A atuação de um fisioterapeuta pode ser realizada em todos os níveis de cuidados à saúde, tendo sua abordagem prática visando à prevenção, tratamento e a reabilitação de distúrbios. Sendo assim, o fisioterapeuta é um profissional de muita importância na equipe multiprofissional que dão o suporte para pacientes em assistência domiciliar. Entretanto, o conhecimento do papel do fisioterapeuta na assistência domiciliar, ainda é escasso na literatura, o que pode ser um fator que impulse pesquisas na área.

A demanda pelo serviço de fisioterapia domiciliar é requerida principalmente pelas patologias crônicas, como o caso de pacientes graves com acometimento respiratório. Onde o fisioterapeuta deve analisar todas as necessidades do paciente doente e apresentar todas as possibilidades terapêuticas a ele e também para a família e cuidadores. Como é o caso de pacientes com insuficiência respiratória e que devem ter seus cuidados adaptados ao seu domicílio, sendo que todo cuidado deve ser prestado, desde cuidados minuciosos com a higiene até a conscientização dos familiares e cuidadores na responsabilidade de cuidar de pacientes com acometimento respiratório.

Prestar serviços de assistência domiciliar não é apenas utilizar uma nova modalidade de assistência à saúde, mas fazer com que as pessoas experienciem uma nova forma de atenção à saúde, aliada a conhecimento e tecnologia. É um serviço que proporciona ao paciente doente, um maior cuidado individualizado e mais humanizado.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S.M.R.L de. Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2001.

ALENCAR, M.C.B; HENEMANN, L., ROTHENBUHLER, R. A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de Assistência domiciliar Fisioter. Mov. 2008 jan/mar;21(1):11-20.

CARLETI, S.M.M., REJANI, M.I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo (SP): Atheneu; 1996.

CUNHA, I.C.K.O. Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem. [dissertação]. São Paulo (SP):Escola de Enfermagem/USP; 1991.

FABRÍCIO, S.C.C., WEHBE, G., NASSUR, F.B., ANDRADE, J.I. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev Latino-am Enfermagem 2004 setembro-outubro; 12(5):721-6.

FELÍCIO, D. N. L., FRANCO, A. L. V.,TORQUATO, M. E. A. *et al.* Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 64-69, 2005.

FERNANDES, B. G., BARBOSA, S.F., TERGILENE, T. K. O. *et al.* Abordagens domiciliares da fisioterapia na atenção básica: revisão de literatura. 2008. 9 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2008.

MENDES, S. W. Home Care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; UnATI; 2001.

MINISTERIO DA SAUDE - B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Departamento de atenção básica, Brasília, DF. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>>. Acesso em: 20 de setembro de 2009.

National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) system report, data summary from January 1992–April 2000, issued June 2000. American Journal of Infection Control. 2000.

PASCHOAL, I.A., VILLALBA, W.O., PEREIRA, M.C. Insuficiência respiratória crônica nas doenças neuromusculares: diagnóstico e tratamento. Jornal Brasileiro de Pneumologia. São Paulo. V. 33. 2007.

RAGHAVENDRAN, K., MYLOTTE J. M., SCANNAPIECO, F. A. Hospital residential-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. Periodontol 2000. 2007 ; 44: 164–77

ROSA, T.E.C., BENÍCIO, M.H.D., LATORRE, M.R.O., RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública. 2003;37(1):40-48.

SILVA, K.L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública, v. 39, n. 3, p. 391-7, 2005.

TRELHA, C. S., SILVA, D. W., ILDA, L. M. *et al.* O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR). Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 8, n. 2, p. 20-25, 2007.