

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ – FAG
ELOISA CEREDA DE OLIVEIRA

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE FISIOTERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA NO
PERÍODO PÓS-ALTA DA REABILITAÇÃO**

CASCABEL
2017

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ -FAG
ELOISA CEREDA DE OLIVEIRA

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE FISIOTERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA NO
PERÍODO PÓS-ALTA DA REABILITAÇÃO**

Trabalho apresentado como requisito parcial do Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de Fisioterapia, do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz.

Prof. Orientador: Dr. Marcelo Taglietti

CASCABEL
2017

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE FISIOTERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA NO PERÍODO PÓS-ALTA DA REABILITAÇÃO

OLIVEIRA, Eloisa Cereda¹
TAGLIETTI, Marcelo²

RESUMO

Introdução: Para promover qualidade de vida aos pacientes atendidos na reabilitação, há a necessidade e obrigação de humanizar o atendimento, em que somos comprometidos a prevenir, cuidar, proteger e recuperar, ou seja, promover saúde. O fisioterapeuta exerce um papel fundamental na reabilitação dos pacientes com sequelas ortopédicas, e, além de qualidade técnica, deve prezar pela qualidade relacional de sua assistência, a fim de transmitir confiança e de estar atento às necessidades dos pacientes. **Objetivo:** Tem como intuito avaliar a percepção dos pacientes em relação aos procedimentos fisioterápicos, investigando se há humanização do atendimento fisioterapêutico realizado no Centro de Reabilitação na especialidade de ortopedia no período pós-alta. **Metodologia:** trata-se de um estudo de corte transversal, realizado através de entrevista face a face, no qual foi aplicado um questionário avaliativo individual, contendo quinze questões, em uma amostra de 59 indivíduos, sendo estes maiores de 18 anos, os quais receberam atendimento no Centro de Reabilitação FAG, na especialidade de ortopedia. **Resultados:** Os indivíduos da pesquisa classificaram o atendimento fisioterapêutico como humanizado, obtendo-se resposta com 100% nos quesitos que se diz respeito à relação terapeuta-paciente, mostrando, dessa forma, que dentre os 59 entrevistados, 0% atribuíram o atendimento prestado como não humanizado. **Considerações finais:** Portanto, conclui-se que a assistência fisioterápica oferecida no período de pós alta, na especialidade de ortopedia, é caracterizada como humanizada pelos pacientes, evidenciando que o objetivo profissional está sendo alcançado e realizado de forma ética e eficaz.

Palavras-chave: Fisioterapia. Ortopedia. Humanização da assistência.

HUMANIZATION OF THE ASSISTANCE OF MUSCULOSKELETAL PHYSIOTHERAPY IN THE POST-DISCHARGE PERIOD OF REHABILITATION

ABSTRACT

Introduction: In order to promote quality of life for patients assisted in rehabilitation, there is a need and obligation to humanize care, in which we are committed to prevent, care for, protect and recover, that is, to promote health. The physiotherapist plays a fundamental role in the rehabilitation of patients with orthopedic sequelae, and, besides technical quality, should value the relational quality of their assistance, in order to transmit confidence and to be attentive to the patients' needs. **Objective:** The purpose of this study is to evaluate patients' perceptions regarding physiotherapeutic procedures, investigating the humanization of the physiotherapeutic care performed at the Rehabilitation Center in the orthopedic specialty in the post-discharge period. **Methodology:** This is a cross-sectional study, conducted through a face-to-face interview, where an individual evaluative questionnaire was applied, containing fifteen questions, in a sample of 59 individuals, being the same those over 18 years old, who received care at the FAG Rehabilitation Center, in the orthopedic specialty. **Results:** The subjects of the study classified physical therapy as humanized, obtaining a response with 100% in the questions related to the therapist-patient relationship, thus showing that among the 59 interviewees, 0% attributed the care provided as non-humanized. **Conclusion:** Therefore, it is concluded that the physiotherapeutic assistance offered in the post-discharge period, in the orthopedic specialty, is characterized as humanized by the patients, thus showing that the professional objective is being achieved and performed in an ethical and effective manner.

Key words: physiotherapy. orthopedics. humanization of care.

¹ Acadêmica do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, eloisa_cereda@hotmail.com.

² Fisioterapeuta, Doutor em Educação Física - docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, mtaglietti@fag.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

Humanizar atribui-se à probabilidade de uma modificação cultural da gestão e das habilidades desenvolvidas nas instituições de saúde, tornando-se uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário, este a ser entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (SILVA *et al*, 2011).

A partir da segunda metade do século XX, a qualidade dos serviços de saúde, passou a ser referida e interrogada com mais ênfase, quando iniciaram-se as pesquisas sobre a avaliação da assistência técnica em saúde, com destaque na qualidade do atendimento (MACHADO *et al*, 2008).

Os distúrbios do sistema musculoesquelético causam perda da função, limitações da atividade e participação do indivíduo na sociedade e estão em segundo lugar em frequência de acometidos na população em geral que procuram atendimento médico, assim como a reabilitação traumato-ortopédica, que vem ganhando mais espaço nos últimos anos. Muitos desses indivíduos, após procurarem atendimento médico, são encaminhados ao serviço de fisioterapia para reabilitação (MARGOTTI *et al*, 2004).

A Reabilitação Traumato-ortopédica é um composto de práticas terapêuticas, aplicadas em prol de restaurar, adquirir ou recuperar a funcionalidade do indivíduo portador dos mais variados distúrbios cinético-funcionais ou musculoesquelético, o objetivo da aplicação dessas práticas é o retorno às atividades de vida diária, capacidade de atuação profissional e na sociedade, promovendo assim o alívio da dor, resolução do processo inflamatório e cicatricial, melhora do comprimento muscular, melhora da força muscular, melhora da marcha (quando causado por patologia ortopédica), em resumo, trata-se do retorno às atividades de vida diária (AVD) e à atividades de vida prática (AVP) (OLIVEIRA *et al*, 2014).

O resgate do uso das mãos no contato direto entre profissional-doente está auxiliando a humanização do atendimento e a valorização do toque, que vai de encontro à supervalorização das máquinas em detrimento de uma assistência humanizada. As mãos, que através do toque cuidam, reabilitam, confortam e curam, são as mesmas que operam modernos equipamentos, tocam e massageiam os usuários. Nesse sentido, faz-se necessário que o fisioterapeuta esteja ciente e sensibilizado quanto à questão da humanização, saber reconhecer o ser humano na sua integridade e singularidade, ter consciência do seu papel frente aqueles que o procuram acometidos por alguma enfermidade, de modo a aceitar suas reações psíquicas e a própria atitude frente à doença (SILVA *et al*, 2011).

A fisioterapia, como a medicina, atua em três fases, utilizando-se de meios físicos para prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades, portanto, pode-se dizer que as profissões da

área da saúde estão se voltando para o atendimento integral do indivíduo, o que resulta na humanização dos serviços de saúde. Desse modo, o profissional fisioterapeuta vem se tornando acrescido a cada instante, mostrando eficácia e acessibilidade em suas técnicas e métodos perante a população, assim, buscando também, fundamentação científica para nortear a prática clínica (PETRI, 2006).

Medidas clínicas são em geral utilizadas para avaliação sobre o sucesso do tratamento no cuidado de pacientes, questionários e outros instrumentos são amplamente utilizados por fisioterapeutas para medir o estado de saúde do paciente ou os efeitos do tratamento executado, embora sendo considerada de pouca valia, a satisfação do paciente é primordial no cuidado de pessoas. A apuração da qualidade do cuidado com o paciente está sendo evidenciada na avaliação do conhecimento pessoal, da competência nas habilidades e da experiência do profissional da saúde, sendo que a satisfação está ligada de forma sinérgica à qualidade técnica no que se atribui ao sucesso do tratamento, desta forma, pacientes que não se satisfazem com o mesmo, mostram menor adesão ao tratamento (SUDA *et al*, 2009).

A proposta desse artigo é identificar a percepção dos pacientes em relação aos procedimentos fisioterápicos incluídos em seu processo de recuperação e investigar se há humanização do atendimento fisioterapêutico realizado no Centro de Reabilitação na especialidade de ortopedia no período pós-alta.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado de fevereiro a setembro de 2017, com pacientes que receberam alta no centro de reabilitação, na especialidade de ortopedia, pertencente ao Centro Universitário Assis Gurgacz FAG. A amostra foi definida por conveniência e incluiu 59 indivíduos maiores de 18 anos que corresponderam aos seguintes critérios de inclusão: histórico de receber atendimento fisioterápico no centro de reabilitação; ser lúcido e orientado, com capacidade de verbalização oral e/ou escritas preservadas; quando menor de idade, acompanhado do pai ou responsável; concordar em fazer parte do estudo.

O projeto foi analisado e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário Assis Gurgacz sob CAAE 62573016.9.0000.5219 e autorizado pelo local da pesquisa (anexo 1). Os pacientes foram assegurados de que seus dados e informações permaneceriam confidenciais e sigilosos, não permitindo sua identificação.

Os pesquisadores receberam informações diárias sobre as altas dos pacientes de ortopedia, sendo a pesquisa realizada em forma de entrevista face a face, no consultório de avaliação, após esclarecimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2). O questionário utilizado foi adaptado, seguindo os padrões estruturados e desenvolvido por Lopes e Brito (2009) (anexo 3), composto por questões fechadas incluindo dados sociodemográficos, análise da relação fisioterapeuta-paciente e dos procedimentos adotados pelos fisioterapeutas, considerados de forma humanizada (positiva) ou desumanizada (negativa). Foi categorizada como “humanizada” quando representada por cinco ou mais respostas positivas na avaliação da relação fisioterapeuta-paciente, e ‘desumanização’, por cinco ou mais respostas negativas na avaliação dessa relação. Assim colhidos, os dados foram transportados, tabulados e analisados pelo programa SPSS® Versão 24.0, no qual se realizou sua distribuição de frequência, sendo apresentados em frequência e porcentagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Na área da fisioterapia, não é difícil se questionar sobre as maneiras de tratamentos terapêuticos, os quais têm grandes chances de amenizar o padecimento dos cidadãos em reabilitação fisioterápica. Compreende a necessidade de desempenhar um trabalho individualizado, para um atendimento completo para as dificuldades dessas pessoas (RECCO *et al*, 2016).

Normalmente, a formação de fisioterapia é voltada para a patologia, o fisioterapeuta é tido como profissional da reabilitação, ou melhor, que age exclusivamente no momento em que a doença, lesão ou disfunção já está definitiva (GALLO, 2005). Entretanto, em conformidade com o Ministério da Educação, o fisioterapeuta é um especialista, qualificado para realização em todas as posições de fisioterapia à saúde, não se deve limitar a atos curativos e reabilitadores (DELIBERATO, 2002).

A fisioterapia atua na atenção secundária em saúde, partindo do princípio em que o organismo já está sendo afetado por determinada patologia, que transforma sua função normal, desse modo, a reabilitação fisioterapêutica, parte fundamental no nível secundário, significa estreitamente a devolução das habilidades às pessoas que tenham perdido (não importa a causa) e, se for possível, a readaptação ao meio ambiente (JORGE *et al*, 2016).

Normalmente no período pós-atendimento clínico ou cirúrgico dos pacientes acometidos por lesões traumato-ortopédicas, estes são encaminhados aos serviços de fisioterapia para atendimento de reabilitação visando uma melhor qualidade na atenção à saúde e o restabelecimento da capacidade funcional de forma mais rápida (NOGUEIRA *et al*, 2016).

A área de fisioterapia ortopédica e traumatológica, trabalha com a reabilitação e prevenção das mais variadas afecções músculoesqueléticas, que busca a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação dos pacientes, permitindo o retorno breve e independente a suas atividades de vida diária (BERLATO *et al*, 2016). O objetivo da fisioterapia é controlar ou prevenir a perda da função, lesão articular e diminuir a dor tentando maximizar a qualidade de vida do paciente, fortalecer a musculatura envolvida, montar um adequado programa de flexibilidade evitando excesso de movimentos e carga nas articulações (JORGE *et al*, 2016).

Essa área de reabilitação fisioterapêutica, vem ganhando cada vez mais espaço nos últimos anos, tendo em vista que os distúrbios que acometem o sistema muscular, ósseo e articular configuram-se como a segunda causa de busca de atendimento médico e hospitalar no país e também porque acarretam sérias alterações funcionais, comprometendo assim as atividades, movimentos e a participação do indivíduo nas suas atividades de vida diária (PRENTICE *et al*, 2003).

A plenitude é um dos conceitos do Sistema Único de Saúde e, um olhar extenso da saúde, presume intervenções integradas e uma realização listadas por atitudes, formador de mudanças de cada especialista da saúde, visando uma equipe para diferentes serviços que têm objetivo grande melhora na situação da saúde dos cidadãos. Admitir a indispensável da integralidade é reconhecer a intersubjetividade nas realizações da saúde, o envolvimento dialógico do profissional de saúde ao paciente no atendimento, oferecer conselhos e práticas de ensino em saúde (MATTOS, 2004).

Ao pensar à respeito de integridade da plenitude, argumenta-se de como será implantado o método de reabilitação fisioterápica ambulatorial, normalmente fundamentada no tratamento especificado e limitado à execução de técnicas, à clínica ampliada, o qual exige dos profissionais de saúde uma análise pessoal de seus valores, visto que faz parte do seu trabalho o convívio com sofrimentos das doenças, que precisa de um tratamento individual e completo (CUNHA, 2005).

Mudanças educativas em prol de humanizar, são vistas como progresso nas instituições de saúde, trazendo à este meio, atitudes éticas e de respeito ao próximo, tornando o atendimento ao paciente realizado de forma humana, respeitosa e proporcionando acolhimento do mesmo (SILVA *et al*, 2011).

A Humanização é um termo cada vez mais utilizado em instituições de saúde, é uma disposição bondosa de promoção de felicidade de outrem, é ser generoso, delicado, cortês, agradável (ZUANA *et al*, 2009). Ferreira (1999, p. 1064) afirma que humanizar significa “1. Tornar humano; dar condição humana a; humanar. 2. Tornar benévolo, afável, tratável; humanar. 3. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar”. Na saúde, a humanização é vista como o resgate na forma do cuidado, respeitando, principalmente, os direitos do paciente e o tratando de forma digna; devem estar envolvidos no processo de humanização o paciente, a equipe, a família e a instituição, trabalhando de forma sensível

e com respeito à vida do ser humano que está vulnerável à situação em função da patologia. (MARTINS *et al*, 2010).

Segundo Costa *et al* (2009), a política de humanização deve ser considerada como uma construção de forma coletiva que ocorre a partir da identificação das potencialidades, necessidades, interesses e desejos dos sujeitos envolvidos, sejam eles pacientes, familiares, profissionais da saúde. Além disso, consiste em trabalhar na tentativa de aliar a competência técnico-científica à humanização, promover a compaixão o respeito e a dignidade do ser humano aos seus direitos (COSTA *et al*, 2009).

Só há humanização mediante a uma postura de respeito, cordialidade, apreço pelas necessidades individuais dos pacientes, estabelecendo uma boa comunicação para com os mesmos. À vista disto, Silva *et al* (2011, p. 1535) (S/D), atribuíram algumas ações que podem ser tomadas durante o atendimento para torná-lo mais humanizado: 1. Chamar o paciente pelo nome (podem ser colocadas pequenas identificações na cabeceira e pé da cama, ou próxima a entrada do box); 2. Explicar com antecedência os procedimentos que serão realizados (independentemente do nível de consciência do paciente); 3. Estar atento a sinais não-verbais emitidos pelos pacientes (ter percepção de quando algo o agrada ou incomoda, tomar cuidados para não invadir seu espaço pessoal sem pedir licença); 4. Reconhecer o paciente como parte integrante da família (com funções e necessidades específicas, facilitar a aproximação); 5. Incluir a dor como o quinto sinal vital (promover avaliação frequente e alívio adequado); 6. Preservar a privacidade e confiança do paciente (evitar comentários pessoais sobre os mesmos com outros pacientes e colegas de trabalho, usar tom adequado para questionar sobre suas necessidades fisiológicas, cuidar para não invadir seu território sem pedir licença); 7. Olhar o paciente nos olhos (ao conversar e antes de iniciar os procedimentos, e realizá-los com cautela e zelo). Também incluem-se ações como proporcionar horários flexíveis para que recebam visitas da família, promoção de conforto, para que os pacientes se sintam o mais confortável possível, e, além disso, “respeitar a dignidade da pessoa, aprender a ouvir as necessidades do outro e tomar o atendimento individualizado com base nos valores éticos” (MARTINS *et al*, 2010).

Devido à grande importância de um atendimento digno e humanizado para os usuários do Sistema de saúde, e com o objetivo de humanizar a assistência hospitalar pública, de forma democrática, solidária e crítica, o Ministério da Saúde elaborou, em 2001, através da portaria nº 881, o PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar), de forma a aprimorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde, fazendo parte de um processo de implementação de projetos de humanização no atendimento e melhoria no vínculo entre paciente, família e profissionais da saúde (SALICIO *et al*, 2006).

Três anos após, o PNHAH foi transformado na PNH (Política Nacional de Humanização), ou Humaniza- SUS, instituído pelo Ministério da Saúde em 2003, a qual foi formulada a partir da sistematização de experiências do “SUS que dá certo”, reconhece que serviços de saúde estão implantando práticas de forma humanizada com bons resultados, contribuindo para a autenticação do SUS como política pública. O que se quer é um SUS humanizado comprometido com a defesa da vida e dignidade humana (MARTINS *et al*, 2010).

Desta forma, o Ministério da Saúde (2008), entende a Humanização no SUS como a valorização dos indivíduos ligados ao processo de saúde, sejam eles pacientes ou profissionais; o estímulo ao indivíduo para ser protagonista de sua recuperação; o estabelecimento de vínculos de forma solidária e do trabalho multidisciplinar; a defesa por um SUS conhecedor dos brasileiros, oferecendo boa atenção à saúde a todos e todas; adequação aos modelos de gestão às necessidades dos usuários; trabalho multidisciplinar pela promoção da saúde de forma benévola, para que seja mais ágil e resolutiva; a qualificação das condições de trabalho e atendimento; e afim para construir um SUS mais humano com o objetivo de melhorar os serviços prestados e disponibilizar saúde íntegra à todos os cidadãos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O quadro 1 apresenta os dados das características sociodemográficas e através dela pode-se observar que 55,9% dos pacientes são do sexo feminino, 67,8% tem faixa etária definida entre 18 e 59 anos, 57,6% são casados, 37,3% não concluíram o ensino fundamental e 86,4% mantêm uma renda de zero a três salários mínimos.

Na avaliação da relação fisioterapeuta-paciente foram observados resultados positivos quanto ao atendimento fisioterapêutico em reabilitação – os pacientes demonstraram alto grau de aprazimento nos vários aspectos analisados quanto à assistência oferecida pelos fisioterapeutas. As dimensões dignidade, comunicação, autonomia, confiabilidade, garantia, aspectos interpessoais, empatia, eficácia e receptividade obtiverão 100% de positividade nas respostas. Assim mostrando, que em todas as dimensões, na relação fisioterapeuta-paciente não houve nenhum resultado negativo, portanto, a conduta fisioterapêutica prestada no centro de referência, é concluída com 100% de aprovação pelos indivíduos entrevistados, considerando assim humanizada a assistência em fisioterapia musculoesquelética (quadro 2).

Quadro 1 características sociodemográficas.

	N° (frequência)	Porcentagem
Sexo		
Feminino	33	55,9%
Masculino	26	44,1%
Faixa etária		
18 a 59 anos	40	67,8%
≥ 60 anos	19	32,2%
Estado civil		
Solteiro	17	28,8%
Casado	34	57,6%
Viúvo	6	10,2%
Divorciado	2	3,4%
Escolaridade		
Sem escolaridade formal	9	15,3%
Ensino fundamental incompleto	22	37,3%
Ensino fundamental completo	6	10,2%
Ensino médio incompleto	2	3,4%
Ensino médio completo	12	20,3%
Ensino superior incompleto	4	6,8%
Ensino superior completo	4	6,8%
Renda (salários mínimos)		
0 a 3 salários	51	86,4%
>3 salários	8	13,6%

Após coleta e análise dos dados foi observado que, de forma geral, os pacientes entrevistados apontaram como humanizado o atendimento fisioterapêutico e demonstraram satisfação com os serviços oferecidos pelos profissionais/acadêmicos de fisioterapia atuantes no centro de reabilitação na especialidade de ortopedia.

Para realizar uma avaliação da qualidade dos serviços de saúde, é necessário destacar sobre os aspectos em que se fundamentam esse processo: estrutura, processos e resultados. A avaliação da estrutura refere-se aos recursos físicos, materiais e humanos (quantitativo) existentes no domínio da assistência à saúde; a avaliação do processo engloba as atividades e/ ou os procedimentos empregados, ou seja, o processo de trabalho e os resultados enfatizam os efeitos das ações e dos procedimentos sobre o estado de saúde do usuário como resultante da assistência recebida. Essa avaliação é considerada um importante componente no quesito qualidade de atendimento recebido (MACHADO *et al*, 2008).

O atendimento humanizado tem como objetivo a dimensão humana do paciente, visto que se atribui respeito, dignidade e leva em consideração a autonomia do mesmo, exercendo um papel fundamental na humanização da assistência. Nota-se a necessidade do fisioterapeuta sempre

acompanhar o paciente durante os atendimentos, incentivando a realização de suas tarefas (ALMEIDA, 2015).

Segundo Lopes *et al* (2009), a idade é um fator importante a ser considerado na atuação da fisioterapia, pois as necessidades e as expectativas das pessoas são diferentes de acordo com a fase de vida em que se encontram. Isso exige atenção redobrada e adequação das condutas às diferentes manifestações e comportamentos de cada paciente. O que pode ser entendido no presente estudo, onde a grande maioria possui idade elevada, ou seja, requerem grande atenção e cuidado dos profissionais.

Quadro 2 relação fisioterapeuta-paciente

Dimensões de atendimento	N° (frequência)	Porcentagem
Dignidade		
Positivo	59	100%
Negativo	0	0%
Comunicação		
Positiva	59	100%
Negativa	0	0%
Autonomia		
Positiva	59	100%
Negativa	0	0%
Confiabilidade		
Positivo	59	100%
Negativo	0	0%
Garantia		
Positivo	59	100%
Negativo	0	0%
Aspectos interpessoais		
Positivo	59	100%
Negativo	0	0%
Empatia		
Positivo	59	100%
Negativo	0	0%
Eficácia		
Positivo	59	100%
Negativo	0	0%
Receptividade		
Positivo	59	100%
Negativo	0	0%

Dentro do questionamento sobre a relação fisioterapeuta-paciente (anexo 3), estão os quesitos dignidade “ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso. Ser tratado pelo nome. Poder identificar

os fisioterapeutas envolvidos na sua assistência. Ter assegurada sua privacidade, individualidade e respeito aos seus valores éticos e culturais”. Subitem comunicação “receber informações claras, objetivas e compreensíveis. Ser ouvido cuidadosamente pelo fisioterapeuta, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as dúvidas”. Autonomia “ter informações sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento, depois de discutir com o fisioterapeuta; recusar o tratamento”. Confiabilidade “os fisioterapeutas cumprirem com o que prometem e estarem habilitados para realizar o serviço”. Garantia “serviço de fisioterapia aliando práticas resolutivas e habilidade de seu desenvolvimento”. Aspectos interpessoais “modo com que cada fisioterapeuta interage pessoalmente com os pacientes, ou seja, respeito, cortesia, interesse e ânimo”. Empatia “fisioterapeutas com habilidades de imaginar-se no lugar do paciente e oferecer uma assistência individualizada”. Eficácia “atendimento resolutivo baseado em critérios de risco, resultando em melhoria ou manutenção da saúde” e, por fim, receptividade “prontidão em ajudar a responder às necessidades dos pacientes”, em que suas respostas condiziam à satisfação dos atendimentos realizados na fisioterapia.

O item dignidade refere-se ao modo de proceder infundindo respeito, e o fisioterapeuta deve ter como objetivo maior o respeito à dignidade do ser humano e cuidado com a sua saúde, comprometendo-se, ainda, com questões próprias da bioética, numa busca constante pelo melhor caminho para o tratamento dos indivíduos (MONDADORI *et al*, 2016).

O quesito comunicação faz-se importante para que haja uma boa interação entre terapeuta-paciente, ouvindo cuidadosamente e atenciosamente, dispondo-se de tempo aos questionamentos realizados, mostrando que o paciente não é um simples objeto que necessita de atendimento, e sim um ser humano que precisa ser tratado como tal (SILVA *et al*, 2011). Os indivíduos relatam que durante os atendimentos da fisioterapia, os profissionais sempre dialogavam com eles, de modo que proporcionaram uma terapia mais aconchegante, na qual eles se sentiam mais à vontade.

A autonomia dá liberdade para o indivíduo expressar sua opinião, ele possui o livre arbítrio de decidir se aceita ou recusa o plano de tratamento proposto, sendo importante que o profissional aceite e respeite a decisão do mesmo. A confiabilidade se caracteriza por cumprir com aquilo que foi prometido, assim como ser apto a realizar o mesmo, suprimindo as expectativas propostas aos indivíduos. Segundo Lopes *et al* (2009), a garantia é um dos principais fatores para determinar a satisfação com a humanização da assistência de fisioterapia, pois pacientes esperam que o profissional de saúde gere uma situação de acolhimento que alivie ou amenize o sofrimento e que possa responder resolutamente ao seu problema de saúde.

Os aspectos interpessoais são relacionados com o respeito, cortesia, ânimo e interesse com que cada profissional fisioterapeuta proporciona a seu paciente, contribuindo dessa forma para um melhor

ambiente de tratamento e resultados mais eficazes. A empatia, como um movimento na tentativa de colocar-se no lugar do outro a fim de melhor compreender o que este outro vivencia, experiencia e sente, tem sido uma importante característica destacada pelos profissionais, juntamente com a responsabilidade, a ética e a sensibilidade (COSTA *et al*, 2009).

Deve-se existir eficácia durante o tratamento, pois é ela quem proporciona bons resultados, gerando assim melhoria da saúde do paciente. Um atendimento baseado na receptividade se faz cada vez mais importante e presente nesse meio, ganhando proporção significativa e bons resultados na relação profissional-paciente, fazendo dela algo mais humano, pois consiste em ser compreensivo e capaz de receber e transmitir opiniões, sem demonstrar insignificância e preconceito, respeitando-se o querer e o saber do outro, o que faz dele um ser mais humano.

O atendimento humanizado não envolve apenas os aspetos pessoais do profissional, envolve também, seu relacionamento com a família e equipe, compartilhar conhecimentos, atitudes de compreensão, competência e interdisciplinaridade (BRUGGEMANN, 2003).

Na saúde, a humanização é vista como o resgate na forma do cuidado, respeitando, principalmente, os direitos do paciente e o trabalho de forma digna. Devem estar envolvidos no processo de humanização o paciente, a equipe, a família e a instituição, trabalhando de forma sensível e com respeito à vida do ser humano que está vulnerável à situação da patologia (MARTINS *et al*, 2010).

Lopes e Brito (2009), apresentaram em seu estudo resultados positivos quanto ao grau de satisfação com a assistência da fisioterapia no período pós-alta da unidade de terapia intensiva adulto. Os pacientes entrevistados apontaram a fisioterapia com alto grau de satisfação no quesito humanização, apenas dois (4,5%) dos pacientes avaliaram a relação fisioterapeuta-paciente como desumanizada. A prevalência dos pacientes entrevistados foi do sexo masculino (61,4%), com faixa etária maior igual a 60 anos (61,4%), estado civil casados (56,8%), apresentaram também alto nível de escolaridade (63,6%) e renda maior que três salários mínimos (61,4%).

Grande parte dos entrevistados responderam positivamente ao estudo, sobre a relação fisioterapeuta-paciente, com os seguintes resultados: dignidade – positiva (97,7%) negativa (2,3%); comunicação - positiva (97,7%) negativa (2,3%); autonomia – positivo (68,2%) negativo (31,8%); confiabilidade – positiva (95,5%) negativa (4,5%); garantia – positiva (90,9%) negativa (9,1%); aspectos interpessoais – positiva (95,5%) negativa (4,5%); empatia – positivo (88,6%) negativo (11,4%); receptividade – positiva (95,5%) negativa (4,5%); eficácia – positiva (95,5%) negativa (4,5%). Observou-se também que durante a realização de procedimentos de fisioterapia a falta de humanização foi baixa (5%), sendo pontuada apenas a tosse na terapia de higiene brônquica com estímulo.

Mondadori *et al* (2016), apresentaram em seu estudo, resultados positivos quanto ao grau de satisfação com a assistência da fisioterapia. Os pacientes demonstraram alto grau de aprazimento nos vários aspectos analisados no quesito humanização, na assistência oferecida pelos fisioterapeutas em unidade de terapia intensiva (UTI) adulto. A prevalência foi do sexo masculino (56,7%), com faixa etária de 18 a 59 anos (61,7%), estado civil casados (60%), apresentavam ensino médio completo (31,7%) e renda salarial de 0 a 3 salários mínimos (65%). Grande parte dos entrevistados responderam positivamente ao estudo, sobre a relação fisioterapeuta-paciente, com os seguintes resultados: dignidade – positiva (100%) negativa (0%); comunicação – positiva (100%) negativa (0%); autonomia – positiva (95%) negativa (5%); confiabilidade – positiva (100%) negativa (0%); garantia – positiva (100%) negativa (0%); aspectos interpessoais – positiva (100%) negativa (0%); empatia – positiva (96,7%) positiva (3,3%); eficácia – positiva (95%) negativa (5%) e receptividade – positiva (100%) negativa (0%). A partir do exposto, concluiu-se que o atendimento fisioterapêutico foi caracterizado como humanizado pelos pacientes deste estudo.

Já em outro estudo realizado por Zeni *et al* (2016), os autores também obtiveram resultados positivos, os 30 indivíduos entrevistados demonstraram alto grau de aprazimento nos vários aspectos analisados quanto à assistência oferecida pelos fisioterapeutas em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e pediátrico, de forma humanizada. Com os seguintes resultados sobre relação fisioterapeuta-paciente: dignidade – positiva (100%) negativa (0%); comunicação – positiva (100%) negativa (0%); autonomia – positiva (86,7%) negativa (13,3%); confiabilidade – positiva (100%) negativa (0%); aspectos interpessoais – positiva (100%) negativa (0%); empatia - positiva (100%) negativa (0%); eficácia – positiva (96,7%) negativa (3,3%), receptividade – positiva (100%) negativa (0%). A pesquisa mostrou que o atendimento de fisioterapia disponibilizado na UTINP foi caracterizado como humanizado pelos responsáveis dos indivíduos internados.

Gestos muito simples com o paciente podem tornar o atendimento humanizado, como chamá-lo pelo nome, olhá-lo nos olhos, explicar com antecedência os procedimentos que serão realizados, estar atento aos sinais não verbais emitidos por ele, preservar a sua privacidade e confiança, preocupar-se com as dores e desconforto, facilitar a aproximação dele com sua família, possibilitar que ele participe de seu processo de cura, agindo com carinho, respeito e ética (SILVA *et al*, 2010).

Urge buscar alternativas para melhorar a assistência ao cliente, fundamentada não apenas na técnica, mas também em valores pessoais, apreendendo-se ainda a compreensão do verdadeiro significado e abrangência do cuidado humano, o que implica na necessidade de direcionar a assistência ao conforto físico associado à prestação de cuidados que visam amenizar a dor e o sofrimento (CAETANO *et al*, 2007).

Diante do estudo proposto, foi possível evidenciar que não houve resultados negativos, todos os quesitos foram respondidos com 100% de positividade, o que evidenciou que os serviços e procedimentos fisioterapêuticos prestados são de excelente qualidade, definindo-os assim, como humanizados. A avaliação positiva dos quesitos dignidade, comunicação, autonomia, confiabilidade, garantia, aspectos interpessoais, empatia, eficácia e receptividade, mostraram que os profissionais fisioterapeutas utilizaram de abordagens as quais colocavam o paciente em enfoque, tendo em vista sempre o seu bem-estar físico, psico e social, fazendo disso algo humanizado. O fisioterapeuta deve procurar tornar o seu atendimento priorizado, de maneira em que a qualidade se torne boa e humanitária, na qual o envolvimento do dia-a-dia deve acontecer de forma despercebida, sem fugir do contexto da humanização (WARPECHOWSKI, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos nesse estudo, foi possível observar a conduta profissional humanizada adotada pelos fisioterapeutas atuantes no serviço de reabilitação traumato-ortopédica e a satisfação dos pacientes que necessitaram dessa assistência fisioterápica.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, W. A. **A fisioterapia hospitalar e sua assistência humanizada**: PUC-MG Campo Grande, p. 5, 2015.
- BERLATO, E; TOKUMOTO L. F; OLIVEIRA, M. V. **O papel do fisioterapeuta em lesões traumato ortopédicas de quadril em idosos**, p. 29, 2009.
- BRUGGEMANN, O. M. A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta de dialogo humanizada durante o processo de nascimento. **Cuidado humanizado**, Florianópolis: Cidade Futura, p. 20, 2011.
- CAETANO, J. A; ANDRADE, L. M; SOARES, E; PONTE, R. M. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estado reflexivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.11 n.2 p. 329, 2007.
- COSTA, S. C; FIGUEIREIDO, M. R. B; SCHAURICH, D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface – Comunicação saúde educação**, v.13, supl.1, p. 573-577, 2009.
- CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: **Hucitec**, p. 55, 2005.
- DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva**: fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole, p. 158, 2002.
- FERREIRA, A. B. H. **O Dicionário da Língua Portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 1064, 1999.
- GALLO, D. L. L. **A fisioterapia no Programa de Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária**. 180f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, p. 55-56, 2005.

JORGE, A. F; AMBROSIO, T. G. Perfil das afecções ortopédicas e traumatológicas dos pacientes de uma clínica de fisioterapia da cidade de Bragança Paulista – SP. **Revista Fisioterapia Brasil**, p. 30-27, 2016.

LOPES, M. F; BRITO, E. S. Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. **Revista Bras Ter Intensiva**, 21(3), p. 285-286, 2009.

MACHADO, N. P; NOGUEIRA, L. T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.12, p. 402, 2008.

MARGOTTI, W; ROSAS, R. F. **Prevalência dos dez distúrbios ortopédicos mais frequentes na clínica escola de fisioterapia da Unisul**, p. 3, 2004.

MARTINS, J. A; GUIMARÃES, F. S. **Programa de atualização em fisioterapia em terapia intensiva adulto: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**. PROFISIO. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, p. 300-307, 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.413, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**, 4.ed. Brasília, p. 14, 2008.

MONDADORI, A. G; TAGLIETTI, M; MORAES, Z. E. Humanização da Assistência da Fisioterapia em Unidade Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Revista Assobrafir Ciência**, 7(3), p. 296-298, 2016.

NOGUEIRA A. F; COSTA B. H; ARRUDA E. F; LEITE M. B; SOUSA C. S. Principais distúrbios traumato-ortopédicos em clínicas escola de fisioterapia. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, p. 34, 2016.

OLIVEIRA, P. X. A; FLAUSIANO, T. C. **Fisioterapia traumato-ortopédica para idosos: uma visão geral de problemas e soluções**, p. 11, 2014.

PETRI, F. C. **História e interdisciplinariedade no processo de humanização na fisioterapia**, p. 3, 2006.

PRENTICE, W. E; VOIGHT, M. L. **Técnicas em reabilitação musculoesquelética**. Revista Artmed - Porto Alegre, p. 727, 2003.

RECCO, R. A. C; LOPES, S. M. B. Sobre fisioterapia e seus recursos terapêuticos: O grupo como estratégia complementar à reabilitação. **Trab. Educ. saúde v.14 n.2 Rio de janeiro mai./ago. Epub abr**, p. 594-595, 2016.

SALICIO, D. M. B; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de enfermagem**, v.08, n.03, p. 371, 2006.

SILVA, I. D; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(Supl.1), p. 1535-1544, 2011.

SILVA, M. J. P; ARAUJO, M. M. T; PUGGINA A. C. G. **Humanização em Unidades de Terapia Intensiva**. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. Barueri: Manole, p. 1324, 2010.

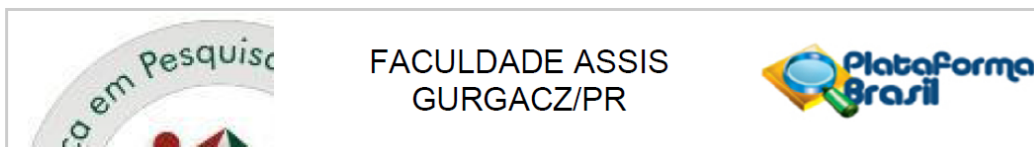
SUDA, E. Y; UEMURA M. D; VELASCO, E. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de São André, SP. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, p. 127, 2009.

ZENI, E. M; MONDADORI, A. G; OLIVEIRA, C. C. S; WOLF, V. L. W; TAGLIETTI, M. Humanização da Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. **Revista Fisioter pesqui**, 23(3):294-300, p. 36, 2016.

ZUANA, A. D; FERNANDES, C. R. A; JULIANI, R. C. P. **Humanização na assistência de fisioterapia**. Cap.3. Fisioterapia em UTI Pediátrica e Neonatal. São Paulo: Manole, p. 106, 2009.

WARPECHOWSKI, T. R. **A possibilidade de humanizar o atendimento fisioterapêutico**. Salão de conhecimentos UNIJUÍ, p. 6, 2015.

Anexo 01 – Documento para liberação da pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Humanização da Assistência Fisioterápica em Serviço de Referência em Reabilitação

Pesquisador: Marcelo Taglietti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62573016.9.0000.5219

Instituição Proponente: Faculdade Assis Gurgacz/PR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.854.209

Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada Humanização da Assistência Fisioterápica em Serviço de Referência em Reabilitação sob responsabilidade do pesquisador Marcelo Taglietti e número de CAAE 62573016.9.0000.5219 encontra-se de acordo com as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme normativas do Sistema CEP/CONEP. A equipe da pesquisa respeita os sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados, bem como, descreve que oferecerá o suporte necessário em eventual risco.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa Humanização da Assistência Fisioterápica em Serviço de Referência em Reabilitação encontra-se de acordo com a proposta metodológica do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa encontra-se de acordo a resolução 466/12 quanto aos Riscos e Benefícios conforme o item I.3 - assistência ao participante da pesquisa:

Os indivíduos entrevistados correm o risco de ocasional desconforto moral oriundo da interpelação dos itens do questionário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a acrescentar.

Endereço: Avenida das Torres, 500

Bairro: FAG

CEP: 85.806-095

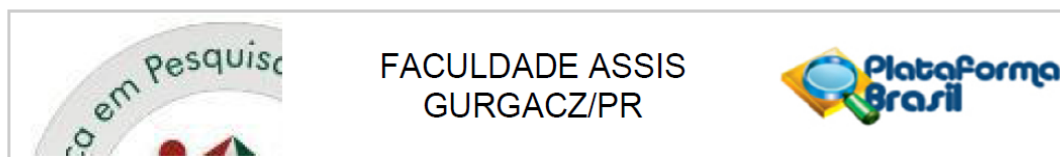
UF: PR

Município: CASCAREL

Telefone: (45)3321-3791

Fax: (45)3321-3902

E-mail: comitedeetica@fag.edu.br



Continuação do Parecer: 1.854.209

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Tudo de acordo com as diretrizes e normas de pesquisa com seres humanos.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a expor neste item.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_824824.pdf	30/11/2016 17:59:21		Aceito
Outros	Lattes_Marcelo_Taglietti.pdf	30/11/2016 17:58:04	Marcelo Taglietti	Aceito
Outros	UsoDeDados.pdf	30/11/2016 17:57:07	Marcelo Taglietti	Aceito
Outros	InstrumentoPesquisa.pdf	30/11/2016 17:56:28	Marcelo Taglietti	Aceito
Outros	DeclaracaoColetaNaoiniciada.pdf	30/11/2016 17:55:49	Marcelo Taglietti	Aceito
Outros	AutCampoEstudo.pdf	30/11/2016 17:54:42	Marcelo Taglietti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoHumanizacaoFAG.pdf	30/11/2016 17:53:48	Marcelo Taglietti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/11/2016 17:51:54	Marcelo Taglietti	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	30/11/2016 17:51:32	Marcelo Taglietti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida das Torres, 500
Bairro: FAG **CEP:** 85.806-095
UF: PR **Município:** CASCAVEL
Telefone: (45)3321-3791 **Fax:** (45)3321-3902 **E-mail:** comitedeetica@fag.edu.br

Anexo 02 - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

**CENTRO
UNIVERSITÁRIO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: “**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE FISIOTERAPIA EM CENTRO DE REFERENCIA DE REABILITAÇÃO**”, em virtude de participar de uma pesquisa, coordenada pelo (a) Professor (a) Marcelo Taglietti e contará ainda com os alunos de graduação de fisioterapia Andreia Tomazelli, Jaqueline Gonçalves e Eloisa Cereda de Oliveira.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a FAG ou com o Centro de Reabilitação da FAG.

Os objetivos desta pesquisa são: investigar se o atendimento dos profissionais de fisioterapia estão sendo realizados de maneira humanizada. Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: será aplicado um questionário, composto por questões fechadas. Você irá analisar como foi o atendimento dos fisioterapeutas enquanto você ou seu filho (a) estava em atendimento, sendo os aspectos considerados: Dignidade; Comunicação; Autonomia; Confiabilidade; Garantia; Aspectos Interpessoais; Empatia; Receptividade e Eficácia. Os itens anteriormente citados serão avaliados de forma positiva ou negativa, marcando um “X” em cada questão.. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 10 minutos.

Os riscos relacionados com sua participação ainda que remotos, de ocasional desconforto moral oriundo da interpelação dos itens do questionário e serão minimizados pelos seguintes procedimentos: caso haja alguma intercorrência durante a entrevista, a equipe multiprofissional da unidade será acionada e você será atendido (a) imediatamente.

Os benefícios relacionados com a sua participação poderão ser na compreensão como se encontra o atendimento dos profissionais de fisioterapia dentro das unidades de terapia clínica.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal.

Qualquer gasto financeiro da sua parte não será ressarcido pelo responsável pela pesquisa. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Pesquisador Responsável: Marcelo Taglietti
Endereço: Rua Sete de Setembro 2254/401 Centro Cascavel-PR.
Telefone: 45 32251558

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

**Informações – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Assis
Gurgacz
Avenida das Torres 500 – Bloco 4 – Bairro FAG
Cascavel-Paraná CEP: 85806-095
Tel.: (45)33213791
Coordenadora: Prof^a. Andressa Almeida
Email: comitedeetica@fag.edu.br**

Anexo 03 – Instrumento de Pesquisa.

Centro de Reabilitação FAG
Centro Universitário FAG

Questionário Nº ____

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE FISIOTERAPIA EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO

A) Características Sociodemográficas

01. Sexo: 1. () F 2. () M
02. Idade: _____
03. Estado civil: 1. () Solteiro 2. () Casado
04. Escolaridade:
1. () Sem escolaridade formal
2. () Ensino fundamental: 2.1 () Incompleto 2.2 () Completo
3. () Ensino médio: 3.1 () Incompleto 3.2 () Completo
4. () Ensino superior 4.1 () Incompleto 4.2 () Completo
05. Renda (Salários mínimos): 1. () 0 a 3 2. () > 3
06. Classe de diagnóstico primário:
1. () Clínico
- 1.1. () Respiratório
- 1.2. () Cardiovascular
- 1.3. () Neurológico
- 1.4. () Ortopédico/Traumatológico
- 1.5. () Aquático
- 1.6. () Pediátrico
- 1.7. () Dermatofuncional
- 1.8. () Prótese e Órtese
- 1.9. () Outros: _____

B) Relação Fisioterapeuta-Paciente

01. Dignidade: *"Ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso. Ser identificado e tratado pelo nome. Poder identificar os fisioterapeutas envolvidos na sua assistência. Ter assegurada sua privacidade, individualidade e respeito aos seus valores éticos e culturais."*
1. () Positiva 2. () Negativa
02. Comunicação: *"Receber informações claras, objetivas e compreensíveis. Ser ouvido cuidadosamente pelo fisioterapeuta, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as dúvidas."*
1. () Positiva 2. () Negativa
03. Autonomia: *"Ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento, depois de discutir com o fisioterapeuta. Poder recusar o tratamento."*
1. () Positiva 2. () Negativa
04. Confiabilidade: *"Os fisioterapeutas cumprirem o que prometem e estarem habilitados para realizar o serviço."*
1. () Positiva 2. () Negativa
05. Garantia: *"Serviço de fisioterapia aliando práticas resolutivas e habilidade de seu desempenho."*
1. () Positiva 2. () Negativa
06. Aspectos Interpessoais: *"Modo com que cada fisioterapeuta interage pessoalmente com os pacientes, ou seja, respeito, cortesia, interesse, ânimo."*
1. () Positiva 2. () Negativa
07. Empatia: *"Fisioterapeutas com habilidade de imaginar-se no lugar do paciente e oferecer uma assistência individualizada."*
1. () Positiva 2. () Negativa
08. Eficácia: *"Atendimento resolutivo baseado em critérios de risco, resultando em melhoria ou manutenção da saúde."*
1. () Positiva 2. () Negativa
09. Receptividade: *"Prontidão em ajudar a responder as necessidades dos pacientes."*
1. () Positiva 2. () Negativa