

Humanização, equipes multidisciplinares e a prática do médico fisiatra

Humanizing, multidisciplinary teams and the practice of the physiatrist

Linamara Rizzo Battistella

“Não se trata de somente assistir o doente, mas também de fazer o possível para reintegrá-lo socialmente¹.”

É cada vez mais importante a discussão sobre o significado da vida e do cuidado do ser humano. É preciso ter a clareza do entendimento do cuidar que é mais forte e mais importante do que tratar.

O ser humano é fundamentalmente um ser em busca de um sentido ou significado para sua vida² e muitas vezes no processo de tratar a doença, esquecemos de cuidar do doente que tem expectativas, angústias, desejos e sonhos que extrapolam aquele momento de doença. A dúvida que cala no espírito do paciente e que nem sempre é percebida pelo médico e os demais profissionais é o que ele, paciente, espera de nós.

A expectativa do paciente com relação às nossas atitudes revela o que a comunidade espera de nós como profissionais e cidadãos.

A tecnologia não resolveu os problemas das instituições hospitalares; ao contrário, agregou custos, aumentou as expectativas frustradas e colaborou para a deterioração da relação médico/paciente. Assim, a utilização de técnicas e da Tecnologia não tem sentido se não estiverem claramente demonstrados os efeitos de manutenção e, sobretudo, valorização da qualidade de vida. É evidente que não se pode ignorar a tecnologia, seu valor e sua utilidade sem correr o risco da regressão nos cuidados à saúde; é imperativo, porém, rever a postura tecnicista comparando-a com a valorização do investimento na formação ética e humanizada dos profissionais de saúde e assistência.

Para todos que assistem o paciente com seqüelas ou incapacidades definitivas, dentro dos cuidados paliativos ou em situações transitórias de dor e sofrimento orgânico, é preciso criar a oportunidade para a expressão destes sentimentos, numa atmosfera acolhedora, ouvindo o paciente e seus familiares e valorizando as experiências e os caminhos percorridos por este núcleo de pessoas em busca de uma solução para o luto da perda.

Neste sentido, reconhecer as competências relacionais e técnicas de cada profissional da equipe, exercitando o respeito aos pares, a responsabilidade da ação compartilhada e a importância de uma atitude serena e eficaz é o substrato para uma vivência humanizadora no âmbito da saúde.

Para a equipe de saúde, o respeito à família e ao cuidador revestem-se de um estímulo positivo no processo de desospitalização e na preparação para a assistência domiciliar. Quando falamos em Equipe de Saúde é imediato repensar o papel do cuidador familiar. Este ator emerge de forma espontânea no cenário da doença e quase sempre se voluntaria na intermediação dos contatos entre a família e a equipe. O cuidador não substitui a equipe multiprofissional de terapeutas ou o médico, assim como o agente comunitário de saúde não substitui a assistência ambulatorial ou hospitalar.

A expressão do conhecimento científico e da assistência médica exige novas referências para garantir a adequada cobertura assistencial. A inclusão do Agente Comunitário de Saúde na assistência preventiva e curativa oportunizou uma assistência humanizada. A presença do cuidador familiar apresenta-se como uma garantia de manutenção da qualidade terapêutica no ambiente da casa e eventualmente no nível hospitalar.

O cuidador representando a família e o Agente Comunitário de Saúde representando a comunidade local estão definitivamente integrados na assistência, e representam um resgate dos valores éticos e sociais, pois traduzem a fraternidade que apóia e auxilia no seio da família a percepção da doença e da incapacidade e a solidariedade que a sociedade exhibe na busca de soluções

que permitam a inclusão deste paciente e de sua família no seu meio social. A solidariedade da comunidade conforta, a fraternidade do núcleo familiar alivia e a ciência busca os caminhos para a cura.

Esta nova visão do cuidar e do cuidador inclui o próprio médico e a equipe de saúde, já que a prerrogativa da assistência humanizada é confortar sempre, aliviar freqüentemente, e curar algumas vezes. Assim, enfatiza-se que aquele que vem em busca do auxílio médico deverá recebê-lo de forma integral, ainda que a cura não seja possível.

A atitude humanizada da equipe de saúde não exclui a responsabilidade e o pressuposto da ação coordenada pelo médico para fins diagnósticos e de hierarquização terapêutica. O entendimento da ação das equipes de saúde passa pelo reconhecimento do significado dos termos empregados, muitas vezes totalmente dissociados do conceito e do objetivo que se busca. As equipes são erroneamente chamadas “multidisciplinares”, quando o termo correto é “multiprofissionais”. A forma de atuação das equipes é que pode ser denominada de transdisciplinar.

Quando falamos em ofertas de serviços, na área da ciência ou dentro do conhecimento médico, pode ser usado o termo multidisciplinar, entendendo disciplina como unidade funcional do saber; porém ele não espelha a ação integrada coordenada e hierarquizada. A ação multidisciplinar reflete a multiplicidade de ofertas do saber, não necessariamente integradas ou atuando de forma coerente.

As especialidades médicas são conhecidas como disciplinas, para entender que a profissão de ser médico ou enfermeira não se confunde com a especialidade de ser obstetra ou obstetriz, por exemplo.

Interdisciplinaridade é quando se atua na zona limítrofe que existe entre as disciplinas científicas³, sendo exemplos na medicina a uroginecologia, a neuropediatria etc..

A transdisciplinaridade é a ação sob a ótica de mais de uma disciplina, buscando que o agente de cada tipo de saber trabalhe em conjunto com os demais na busca de melhores resultados. “Não existe, nem pode existir, atividade profissional transdisciplinar”³. O sistema de trabalho reflete uma ação transdisciplinar que é desenvolvida por uma equipe multiprofissional.

À luz destas mudanças, a percepção do cuidar ganhou também novos contornos com o implemento das equipes de saúde. Um novo olhar sobre o processo saúde e doença e um progressivo e esperado deslocamento para a valorização dos fatores sócio-ambientais. A doença deixa de ser vista como um simples agravo orgânico e passa a ser entendida no contexto sócio-cultural e ambiental. A assistência sofre o mesmo impacto e do poder autoritário do médico deriva-se um processo interativo e de escolha que privilegia a autonomia do paciente informado e participante no processo de seleção dos cuidados terapêuticos.

Este novo formato da assistência contempla os cuidados e assistência domiciliar. A casa deve reunir os elementos de acolhimento e afeto que permitem o bem estar e a qualidade de vida.

Para que este modelo de assistência humanizada seja integral, ele deve ter a garantia de um acompanhamento e supervisão deste cuidador. A situação de isolamento e a dificuldade de comunica-

ção freqüentemente levam ao “Stress do Cuidador”, situação que compromete a estabilidade do paciente e termina por atingir outros membros da família.

Estudos recentes, conduzidos por T.Y.Makiyama⁴ e L.R.Battistella, referentes à qualidade de vida do cuidador comparados ao paciente com AVC e ao grupo controle (idosos saudáveis) mostraram através do SF-36 que nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais e vitalidade, os cuidadores apresentavam índices sensivelmente mais baixos que o grupo controle e em algumas situações pior do que o grupo paciente. Estes dados vêm reafirmar a necessidade de assistência física e afetiva ao cuidador familiar, evitando-se a deterioração e o stress do cuidador.

O trabalho com equipes multiprofissionais é prática consolidada na Medicina de Reabilitação, desde os anos 50. Recentemente, a partir dos anos 80, com a inclusão de outros profissionais no Sistema Público de Saúde, este sistema de trabalho foi adotado com sucesso por outras áreas da ciência médica.

A extensão desta prática ao cuidador entendendo-o como membro da equipe é oportuna para as situações de cronificação da lesão e, em sendo assim, é extremamente útil para as equipes de reabilitação, uma vez que a manutenção dos cuidados funcionais exigirá, na grande maioria dos casos, o concurso de um familiar. Compartilhar a responsabilidade com cuidador é transformá-lo num membro da equipe. Supervisionar e apoiar sua atuação é a forma de humanizar o relacionamento e melhorar o resultado final.

O tratamento médico para ser efetivo tem que estar dentro do processo de cuidar. Cuidado autêntico é amor e, antes de ser definido, precisa ser sentido. A arte de cuidar deve refletir o humanismo em todas as suas dimensões, sendo a tônica da assistência à saúde e do trabalho da equipe multiprofissional⁵.

Referências:

1. Pessini L. Vida, esperança e sociedade. 5ª edição. Aparecida: Ed. Santuário.
2. Franke VE. Em busca de sentido. 12ª ed. Petrópolis, Vozes. 2000.
3. Sá Jr LM. Multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. J Med CFM [citado em: 2002 set.]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/jornal/Jornais2002/Setembro/pag_18.htm
4. Makiyama TY. Estudo do Impacto da hemiplegia decorrente de acidente vascular cerebral na qualidade de vida de indivíduos residentes em regiões assistidas pelo Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo (Qualis 1) (Dissertação de mestrado). São Paulo. Universidade de São Paulo; 2002
5. Koenig HG. Religion, spirituality and medicine: application to clinical practice. JAMA 2000; 284 (13): 1708.