

A prática do fisioterapeuta intensivista junto à equipe multidisciplinar

Benedito Gomes da Silva Neto¹

netonmota@hotmail.com

Dayana Priscila Mejia de Sousa²

Pós-graduação em Fisioterapia Intensiva– Faculdade Ávila

Resumo

O aumento que ocorre a cada dia no desenvolvimento da fisioterapia no âmbito hospitalar se deve tanto à necessidade quanto à enorme quantidade de Hospitais gerais e especializados no território nacional que necessitam de fisioterapeutas qualificados, com formação específica, para o trabalho prático e avançado nos diversos campos de atuação junto aos pacientes hospitalizados. O desenvolvimento de políticas de saúde que insiram e valorizem o trabalho do fisioterapeuta dentro da equipe de saúde são necessárias para promover a integração do profissional na comunidade. Os profissionais deveriam ter maior acesso às diversas modalidades de aperfeiçoamento técnico, tanto no nível acadêmico quanto clínico. Simultaneamente, os tempos atuais exigem que o fisioterapeuta imprima, em seu trabalho, uma atitude mais humanizada e uma visão mais integrada do paciente e de seu universo. Este artigo tem como objetivo descrever a prática da fisioterapia hospitalar junto à equipe multidisciplinar. A metodologia utilizada para efetivação desse projeto foi de cunho bibliográfico por meio de livros, artigos e revistas eletrônicas. Conclui-se que os profissionais podem ainda fortalecer sua categoria, através da organização de grupos de afinidades e interesses coletivos. A integração real entre o fisioterapeuta e outros profissionais da área da saúde deve ser estimulada.

Palavras-chave: Fisioterapeuta; Intensivista; Equipe multidisciplinar.

1. Introdução

Este trabalho tem como objetivo geral descrever a prática da fisioterapia hospitalar junto à equipe multidisciplinar. E como objetivos específicos: descrever a atuação da Fisioterapia hospitalar; descrever o Funcionamento da equipe Multidisciplinar e investigar, os benefícios gerados pela equipe multidisciplinar ao Hospital através de análises Bibliográficas.

A década de 90, no Brasil, foi marcada por eventos como a introdução de novos materiais, pela intensificação do uso da tecnologia microeletrônica, por mudanças nas formas de gestão de trabalho e pela descentralização da produção. Neste cenário destaca-se também um crescimento significativo do setor de serviços, ou setor terciário da economia (PIRES, 2009).

Fazem parte desse setor trabalhadores de diferentes atividades e níveis salariais como funcionários públicos, de serviços privados, do setor financeiro, do comércio e profissionais

¹ Pós-graduando em Fisioterapia Intensiva pela Faculdade Ávila

² Orientadora Especialista em Metodologia do Ensino Superior. Mestranda em Aspectos Bioéticos e Jurídicos da Saúde.

liberais, inclusive trabalhadores da área da saúde. O trabalho na área da saúde compartilha características do processo de produção no setor terciário da economia e ao mesmo tempo apresenta características específicas.

É um trabalho de característica não-material, cujo produto é a própria realização da atividade e se completa no ato de sua realização (PIRES, 2009). A prestação do serviço na saúde pode assumir diferentes formas como a realização de consulta; exame diagnóstico; cirurgia; aplicação de medicamentos; ações preventivas, individuais ou coletivas; ações de cuidado e/ou conforto; orientações entre outras. Envolve basicamente avaliação do indivíduo ou grupo, indicação e/ou realização de conduta terapêutica (PIRES, 2009). Essa assistência é realizada por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas visando investigação, prevenção, cura e reabilitação.

O objeto de trabalho destes profissionais é o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos. Como instrumental de trabalho utilizam os instrumentos e as condutas que representam o saber. O produto final é a própria prestação de serviço que é oferecida no mesmo momento em que é consumida (PIRES, 2009). O trabalho de assistência de saúde é compartimentalizado; cada grupo profissional se organiza e presta sua assistência separado dos demais. O médico, geralmente, é o elemento central do processo assistencial institucional. Em alguns casos, especialmente no ambiente não-hospitalar, pode prevalecer à opinião ou conduta de profissionais de saúde não-médicos

O aumento que ocorre a cada dia no desenvolvimento da fisioterapia no âmbito hospitalar se deve tanto à necessidade quanto à enorme quantidade de Hospitais gerais e especializados no território nacional que necessitam de fisioterapeutas qualificados, com formação específica, para o trabalho prático e avançado nos diversos campos de atuação junto aos pacientes hospitalizados.

O desenvolvimento de políticas de saúde que insiram e valorizem o trabalho do fisioterapeuta dentro da equipe de saúde são necessárias para promover a integração do profissional na comunidade.

Os profissionais deveriam ter maior acesso às diversas modalidades de aperfeiçoamento técnico, tanto no nível acadêmico quanto clínico. Simultaneamente, os tempos atuais exigem que o fisioterapeuta imprima, em seu trabalho, uma atitude mais humanizada e uma visão mais integrada do paciente e de seu universo.

Os profissionais podem ainda fortalecer sua categoria, através da organização de grupos de afinidades e interesses coletivos. A integração real entre o fisioterapeuta e outros profissionais da área da saúde deve ser estimulada.

2. O profissional fisioterapeuta intensivista

O fisioterapeuta, diplomado por escolas e cursos reconhecidos, é um profissional de nível superior, da área da saúde que executa métodos e técnicas fisioterapêuticas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do indivíduo.

AMERICAN PHYSICAL THERAPIST ASSOCIATION (2001) refere que o trabalho do fisioterapeuta constitui-se basicamente de avaliação fisioterapêutica, indicação e aplicação de terapia e reavaliação das condições clínicas do paciente/cliente. Como profissional da área da saúde, o fisioterapeuta atua, principalmente, na reabilitação do indivíduo, promovendo o restabelecimento das funções sensório-motoras afetadas por lesões e/ou patologias.

O fisioterapeuta utiliza recursos físicos que podem ser alterados e/ou combinados, conforme evolução do quadro clínico do paciente/cliente, patologia a ser tratado, objetivo do tratamento, idade e características físicas (KOTTKE et al., 2006; LEITÃO, 2000).

Os recursos físicos utilizados são: termoterapia (uso de calor); crioterapia (uso do frio); terapia manual (mobilização de tecidos moles e estruturas ósseas através de várias técnicas,

como massagem, pompage, manipulação, osteopatia); eletroterapia (utilização de equipamentos que emitem ondas eletromagnéticas e corrente elétrica) e hidroterapia (uso dos efeitos físicos da água) (KISNER, 2002; THOMSON A; SKINNER & PIERCY, 2004).

Utilizando-se destes recursos, o fisioterapeuta atua em praticamente todas as especialidades da área médica, como: ortopedia, neurologia, pneumologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, entre outras.

Os fisioterapeutas detêm o saber, executam e controlam o processo de trabalho no campo da fisioterapia. A divisão do trabalho também pode ocorrer entre os profissionais fisioterapeutas e o trabalho pode ser dividido pela especialização do conhecimento, em áreas como ortopedia, neurologia, respiratório, entre outros.

O ambiente físico no qual todas as atividades estão voltadas para o cuidado do paciente crítico é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que possui elementos essenciais para que o atendimento se dê com a máxima eficiência e o mínimo de riscos. Inicialmente, apenas médicos e enfermeiros compunham a equipe desta unidade. Com o passar dos anos, novas especialidades foram se agregando às UTIs (CAETANO, 2007).

A inserção do fisioterapeuta nesta área começou no final da década de 70 e desde então sua afirmação como integrante da equipe de assistência intensiva vem aumentando de forma sistemática e gradual.

Em meados de 2001, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) reconheceu os primeiros cursos de Fisioterapia Intensiva no Brasil, dando início à conceituação moderna da ação do fisioterapeuta intensivista, com atuação exclusiva em Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (NOZAWA, 2008).

Paralelamente, o profissional fisioterapeuta, como integrante da equipe multiprofissional, passou a necessitar cada vez mais de aprimoramento e educação especializada devido à complexidade do seu trabalho e diante da cobrança pela efetividade de suas condutas, controlando os riscos ao paciente. Deste modo é imperativa a correta habilitação desse profissional (MENEZES, 2011).

De um modo geral, alguns anos atrás a atualização profissional era optativa e restrita. Tão logo graduado em curso superior, o profissional considerava concluída a fase de estudos e, daí em diante, iniciava a fase do trabalho. Porém, a atual conjuntura demonstra que o diploma não significa necessariamente uma garantia de emprego e que a empregabilidade está relacionada à qualificação pessoal, capacidade de adaptação e de decisão, como também ao trabalho em equipe (SILVA, 2002).

A consequência disso é a necessidade das pessoas e dos profissionais atualizarem continuamente o seu conhecimento, pois na corrente sociedade a criatividade e a disposição para capacitação permanente são requeridas e valorizadas (PILATI, 2006).

No trabalho em instituições, os fisioterapeutas atendem mediante solicitação médica. Em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) o fisioterapeuta apresenta maior autonomia em relação ao trabalho médico, realizando avaliações periódicas e decidindo condutas (PIRES, 2009).

A prática da Fisioterapia Hospitalar se destaca, entre outros, na contribuição frente aos efeitos deletérios da inatividade do paciente acamado, reduzindo a taxa de mortalidade, taxa de infecção, tempo de permanência na UTI, além das complicações referentes aos pós-operatórios. Ressalta-se também os aspectos envolvidos na necessidade do suporte ventilatório, seja invasivo ou não invasivo, daqueles que carecem dessa assistência nos diversos setores ligados ao campo de atuação.

Nas últimas décadas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) tem se tornado uma concentração não somente de pacientes críticos e de tecnologia avançada, mas também de uma equipe multiprofissional experiente com competências específicas. A inserção do fisioterapeuta em UTI começou no final da década de 70 e sua afirmação como membro integrante da equipe de assistência intensiva tem sido progressiva. O profissional

fisioterapeuta como membro integrante desta equipe, necessita cada vez mais de aprimoramento e educação especializada para fazer frente ao avanço dos cuidados intensivos e, sem dúvida, formam uma importante parte da equipe da UTI.

O fisioterapeuta intensivista tem uma visão geral do paciente e tem a atividade de, continuamente, avaliar as funções fisiológicas de um paciente em tempo real, com a finalidade de orientar a terapia a ser aplicada e ou observar a resposta a um tratamento. É o profissional responsável pelo diagnóstico fisioterapêutico através da avaliação físico-funcional. A fisioterapia auxilia na manutenção das funções vitais de diversos sistemas corporais, pois atua na prevenção e ou no tratamento das doenças cardiopulmonares, circulatórias e musculares, reduzindo assim a chance de possíveis complicações clínicas. É de importância fundamental em pacientes graves devido a maior vulnerabilidade e complicações súbitas.

Dentre as funções exercidas na UTI está a atuação de maneira complexa no gerenciamento do funcionamento do sistema respiratório e de todas as atividades correlacionadas com a otimização da função ventilatória como a monitorização contínua dos gases respiratórios e dos aparelhos utilizados como suporte ventilatório. É de importância fundamental a manutenção e recuperação da função pulmonar, através de técnicas e exercícios respiratório específicos para garantir vias aéreas pervias e expandidas, evitando assim o acúmulo de secreção e prevenindo complicações respiratórias. Podem atuar também, em conjunto com o intensivista, no ajuste da ventilação mecânica, supervisão do desmame da ventilação mecânica, extubação, implementação e supervisão da ventilação mecânica não-invasiva.

O fisioterapeuta também possui o objetivo de trabalhar a manutenção dos músculos, tanto esqueléticos como respiratórios com técnicas de treinamento muscular, diminuir a retração de tendões e evitar os vícios posturais e imobilidade que podem provocar contraturas e úlceras de pressão. Para isso o profissional utiliza técnicas, recursos e exercícios terapêuticos em diferentes fases do tratamento e de acordo com as condições clínicas e necessidades do paciente, fases do tratamento e de acordo com as condições clínicas e necessidades do paciente, para alcançar uma melhor efetividade do tratamento. Além disso, a reabilitação pode auxiliar no desenvolvimento de um sentimento de independência, estabelecer responsabilidade de autoajuda e melhorar a auto estima. A fisioterapia tem o papel de potencializar o caminho da humanização e projetar uma nova sociabilidade futura. Considerando que o trabalho intensivo dos fisioterapeutas diminui o risco de complicações e infecções hospitalares, há a redução do sofrimento dos pacientes e, conseqüentemente, permite a liberação mais rápida e segura das vagas dos leitos hospitalares. Diante disso, a atuação do fisioterapeuta especialista nas UTI implica em benefícios principalmente para os pacientes, mas também para o custo com a saúde em geral.

O atendimento em fisioterapia respiratória vem tornando-se, a cada dia, uma importante ferramenta para tratamento de pacientes internados em UTI, tendo como objetivo manter vias aéreas pervias, prevenir as complicações pulmonares e melhorar a função respiratória nas patologias que acometem.

O fisioterapeuta é um membro da saúde com sólida formação científica que atua desenvolvendo ações de prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação, usando nessas ações programas de orientações e promoção da saúde.

Entretanto, nos últimos anos atribuídos as particularidades e especificidades enfrentadas por fisioterapeutas respiratórios em UTI, vem abrindo campo de ação a uma nova área denominada fisioterapia intensiva referida pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (2007), a qual ocupa cada vez mais espaço em centros específicos se voltando em especial ao paciente em estado crítico que esteja sob cuidados intensivos em virtude de seu processo patológico, o qual Emmeirich(2001) cita que tal profissional deva possuir habilidades específicas para manusear prótese ventilatórias, interpretar dados fornecidos por aparelhos sofisticados, requerendo alta capacidade de realizar certas habilidades clínicas, observação

sistemática e, o principal, a integração de tais dados na geração de decisões rápidas e corretas, que indubitavelmente irão influenciar no curso e no prognóstico da patologia clínica apresentada pelo paciente crítico.

2.1 O trabalho da equipe multidisciplinar na UTI

O trabalho em equipe surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços. Entre estes processos podemos citar o planejamento de serviços, o estabelecimento de propriedades, a redução da duplicação dos serviços, a geração de intervenções mais criativas, a redução da rotatividade, resultando na redução de custos, com a possibilidade da aplicação e investimento em outros serviços.

A equipe de profissionais que atua na UTI é composta por médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, auxiliar administrativo, coordenador médico de enfermagem e de fisioterapia, além de docentes de ambas as áreas e outros profissionais que interagem diariamente com esta Unidade, como: cirurgiões, médicos assistentes, assistentes sociais, psicólogos etc.

Robbins (2002) afirma que as equipes são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiências, pelo fato de serem mais flexíveis, reagindo melhor às mudanças.

O grupo é aquele cujo processo de interação é usado para compartilhar informações e para tomadas de decisões como o objetivo de ajudar cada membro com seu desempenho na área específica de atuação, sendo o desempenho considerado apenas como reunião das contribuições individuais de seus membros.

A equipe de saúde, apesar de possuir todos os elementos considerados cruciais para seu desenvolvimento e manutenção, em comparação com as equipes em geral, conta ainda com algumas particularidades, em especial as relacionadas com a condição de convivência entre especialidades.

Drinka (2000), define a equipe multidisciplinar de atenção à saúde como um grupo de indivíduos com diversas formações e backgrounds que trabalham juntos. Os membros da equipe colaboram continuamente para resolver os problemas dos pacientes que são extremamente complexos para serem resolvidos por uma disciplina ou várias disciplinas em sequência.

A fim de fornecer cuidados tão eficientes quanto possíveis, uma equipe multidisciplinar cria estruturas formais e informais que encorajam a resolução de problemas de formas colaborativas.

Os membros da equipe determinam a missão de equipe e os objetivos comuns: trabalham independentemente para definir e aceitar a capitalizar as diferenças disciplinares, assim buscando as melhores maneiras para os problemas dos principais clientes, o paciente.

Nos plantões diurnos, a equipe, geralmente, compõe-se de: um médico plantonista, quatro enfermeiras, quatro enfermeiras residentes, oito técnicos de enfermagem, dois fisioterapeutas, quatro cursistas de fisioterapia. Nos plantões noturnos há um médico plantonista, duas enfermeiras, oito técnicos e um fisioterapeuta.

O setor de saúde orientado pela lógica da reestruturação produtiva tem instituído reformas organizacionais para atender a meta de ampliar a assistência através da redução de gastos e adequação dos recursos humanos. Muitas são as razões citadas para implantação destas reformas, como o custo elevado da tecnologia médica, a demanda social aumentada por esses serviços, o aumento do número de litígios e algumas situações por necessidade de aumento da lucratividade dos hospitais como empresa (GUEDES et al., 2005).

Em particular, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), neste contexto, se revestem de especial significado por se tratarem de ambientes dentro do espaço hospitalar destinados a prestar assistência a pacientes criticamente enfermos, comumente com alto grau de dependência de assistência direta da equipe de saúde. Puro et al. (2001), destacam a UTI como uma das áreas de maior risco de exposição dos trabalhadores aos agentes biológicos nas instituições hospitalares. Associado a isto, é uma unidade onde a incorporação de novas tecnologias e os processos de trabalho ampliam a vulnerabilidade destes profissionais.

O fisioterapeuta, como componente das equipes de saúde das UTIs ao realizarem as suas atividades cotidianas, depara-se com diversas situações que podem comprometer a sua saúde. Nesse sentido, pode-se focalizar as relações dos fisioterapeutas com o seu ambiente de trabalho, não apenas com relação ao meio propriamente dito, mas também as suas relações sociais, aos instrumentos de trabalho, as atividades realizadas por esses e a própria organização do trabalho.

Quanto às competências desenvolvidas pelos fisioterapeutas nas UTIs, a Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória (ASSOBRAFIR, 2009) discorre que o fisioterapeuta atua nestas unidades no gerenciamento e nas atividades correlacionadas com a otimização da função ventilatória dos pacientes, assim como na manutenção das funções de diversos sistemas corporais. Sua terapêutica é voltada para o tratamento das doenças cardiopulmonares, circulatórias e musculares, reduzindo assim a chance de possíveis complicações clínicas.

Apesar de ressaltar-se na literatura que a presença do fisioterapeuta na equipe da UTI é importante, o papel e perfil de assistência destes profissionais ainda são pouco estudados. Norremberg & Vicent (2000), em um estudo realizado na Europa Ocidental, demonstraram que não há uniformidade quanto ao papel e perfil dos fisioterapeutas nestas unidades.

Existem, portanto, diferenças quanto às técnicas utilizadas e ao número de horas trabalhadas nas diferentes UTIs.

As equipes de médicos e outros profissionais de uma UTI segura precisam estar adaptados a sua demanda. A RDC 7 (Resolução da Diretoria Colegiada), recém-publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), estabelece parâmetros mínimos, mas não necessariamente adequados a todas as necessidades. É fundamental o conhecimento da realidade da UTI para a adequação da estrutura a ser oferecida. Os pacientes gravemente enfermos necessitam de profissionais qualificados e em número suficiente para o atendimento de rotina e para as emergências que surgem naturalmente dentro de uma UTI. Conhecer exatamente a demanda dos pacientes que uma UTI atende é fundamental para definir a quantidade e a qualificação dos profissionais que formam a equipe de atendimento.

Um paciente crítico necessita, em média, de mais de 170 intervenções durante o dia, realizadas, muitas vezes, de forma repetitiva e por diferentes equipes ou especialidades. Embora o grau de complexidade e o tempo necessário para completar cada uma das tarefas variem bastante entre um paciente e outro, elas estão muito sujeitas a erros, por causa das diferentes formações e percepções técnicas, natural limitação da memória humana, dificuldade em manter atenção permanente, fadiga, estresse, pressão permanente, entre outros fatores. Mas essas limitações não devem colocar o paciente em risco. Uma forma eficiente de sobrepujar essas dificuldades e garantir que o que deve ser feito esteja sendo feito e o uso de checklists.

O paciente crítico necessita receber o mesmo tratamento 24 horas por dia, durante os sete dias da semana. Ele não tem hora marcada para apresentar intercorrências ou para iniciar uma descompensação. E a medicina intensiva é tipicamente uma especialidade cujas intervenções são sensíveis ao tempo e dependentes de atenção e intervenções contínuas. Isso significa que a qualquer hora uma emergência pode ocorrer e todos precisam estar atentos e preparados para intervir rapidamente.

Além disso, uma piora clínica geralmente se apresenta com sinais clínicos sutis, os quais, se identificados precocemente, tem maior chance de recuperação, por isso manter a UTI com o mesmo nível de atenção e atendimento durante todo o tempo é fundamental para garantir segurança e qualidade no atendimento.

Os equipamentos de UTI, geralmente com muita tecnologia agregada (monitores fisiológicos, respiradores, bombas de infusão etc), são vitais para o tratamento e o acompanhamento dos pacientes críticos.

No entanto, quando esses equipamentos não são avaliados adequadamente na aquisição, não são usados apropriadamente ou não sofrem manutenção adequada, podem contribuir para causar risco e dano aos pacientes. A padronização dos equipamentos e o treinamento intenso no seu uso são estratégias importantes para reduzir erros, porque diminuem a necessidade de confiar na memória e aumentam a chance de uso correto da tecnologia.

A complexidade existente dentro de uma UTI propicia um campo fértil para distúrbios de comunicação dentro da própria unidade, entre os membros da mesma área ou de áreas diferentes, e fora da UTI, com as outras áreas e ou unidades do hospital. Problemas de comunicação estão na raiz da maioria dos eventos sentinelas que ocorrem dentro das UTIs. A redução nos riscos está fortemente relacionada com uma eficiente comunicação e com a estreita colaboração entre as partes envolvidas nesse processo.

Conhecer os eventos adversos é fundamental para buscar corrigir os problemas estruturais ou de processo que propiciem a repetição do erro. Uma boa comunicação facilita a atuação da equipe como um time, estabelece objetivos comuns a serem atingidos e auxilia na obtenção de cooperação do paciente e ou de seus familiares.

2.2 Risco e vulnerabilidade do fisioterapeuta na UTI

O risco de morte é uma característica proeminente e reconhecida por todos durante o exercício de algumas profissões, como a dos policiais, a dos bombeiros e salva-vidas. Embora outros profissionais, como os trabalhadores da saúde, cuja exposição no trabalho a agentes como bactérias, vírus etc., com alto potencial de letalidade, encontrem-se também em situação de risco ocupacional de igual magnitude, não tem sido dada à mesma importância pelas autoridades competentes do setor, assim como pela maior parte da população.

A ocorrência de doença infecciosa ocupacional se dá tanto pela exposição ao ar ambiental das unidades de terapia intensiva local onde se interna um grande quantitativo de pacientes com problemas respiratórios quanto pelo contato com material orgânico, como secreções, sangue etc., contaminados por agentes infectantes.

As intervenções para prevenir e controlar as ocorrências de doença infecciosa de origem ocupacional têm sido difundidas nas unidades de saúde ao longo das últimas décadas. Recomenda-se a adoção de estratégias simples como lavar as mãos, uso de vacinação para todos profissionais da saúde e isolamento de paciente com potencial de transmissão de doença infecciosa para redução destas patologias nos serviços de saúde.

No entanto, a aderência por parte destes trabalhadores para executar estes cuidados é minimizada, não por falta de conhecimento da importância dessas ações, mas pela dificuldade de efetivar esta rotina pelas circunstâncias da prática cotidiana de trabalho (SEPKOWITZ, 2006).

Na sociedade contemporânea, a diversidade dos riscos, sua avaliação e estratégias de controle têm sido objeto de estudo dos diversos campos disciplinares como a antropologia, a epidemiologia e a sociologia. De fato, o uso do termo risco parece ter aumentado ao longo das últimas décadas em diversas tendências teóricas.

Os estudos técnicos sobre riscos, a partir de um referencial quantitativo emergem especialmente na década de 60, e nas abordagens social e construtivista, nas quais os riscos são considerados como experiências e construção social, emergem a partir da década de 80 (LUPTON, 2009; RANGEL, 2007).

Conforme Lupton (2009) destaca, as abordagens dos riscos dentro da perspectiva sociocultural podem ainda ser categorizadas como pós-estruturalista e fenomenológica. A abordagem pós-estruturalista está baseada nos estudos de Foucault e enfatiza a importância do discurso na construção da realidade, do significado e do entendimento do risco. Dentro desta perspectiva, é central que a percepção de risco seja vista como uma combinação entre as forças do poder e do conhecimento.

Na perspectiva fenomenológica, o risco é abordado a partir do seu significado em determinado contexto. O foco desta abordagem são as experiências vivenciadas pelos atores sociais no seu cotidiano, a partir das quais interpretam o risco com uma perspectiva compartilhada. Neste sentido, esta corrente de estudo propõe-se investigar quais os conhecimentos utilizados pelos indivíduos para estabelecer lógicas a respeito do risco através da sua posição sociocultural (LUPTON, 2009).

De acordo com Lupton (2009), os estudos dos riscos ocupacionais têm recebido atenção dos sociólogos. Horlick-Jones (2008) mostra que existe uma significativa e crescente literatura específica sobre risco, em termos de raciocínio e práticas dos atores sociais em diversos contextos sociais cotidianos.

Em consonância com estas perspectivas, propõem-se a abordagem dos riscos ocupacionais, em específico os riscos biológicos (OMS, 2007), não como inerentes ao ambiente de trabalho, mas como dependentes das racionalidades desenvolvidas pelos atores sociais nas suas interações compartilhadas diante das contingências que emergem da sua prática cotidiana de trabalho.

Para Porto (2007, p. 86), os riscos ocupacionais podem ser entendidos como: Fatores provocados pelo desenvolvimento econômico e tecnológico que geram a ruptura ou constrição de sistemas de suporte à vida ou ainda, os relacionamentos sociais e interpessoais que produzem sofrimento e insatisfação. Portanto, tais fatores estão associados às características dos modelos de desenvolvimento econômico e tecnológico que impedem e dificultam a realização de círculos virtuosos de vida.

Nessa perspectiva, o conceito de risco à saúde é entendido como ameaça e vulnerabilidade do trabalhador ao estar exposto no seu ambiente de trabalho. Portanto, vulnerabilidade é um conceito chave nas discussões sobre risco em quaisquer contextos, sejam eles decorrentes de fatores de ordem individual ou coletiva.

A exposição de trabalhadores em contextos vulneráveis, nos quais estão presentes fontes de risco, em um determinado local, sob uma determinada conjuntura, onde os acidentes ou agravos à saúde ainda não ocorreram, é conceitualizada por Porto (2007), como situações de risco". Nesta fase, as ações destinadas ao gerenciamento de risco estão voltadas para a implementação de medidas de segurança a serem adotadas pelos trabalhadores. Muitas vezes, na prática, as abordagens técnicas utilizadas para gerirem os riscos nos locais de trabalho, por serem realizadas distantes das situações reais vivenciadas pelos trabalhadores, não conseguem considerar aspectos essenciais ao problema em foco, ou mais especificamente, a natureza da dinâmica das situações de trabalho.

Ao ponderar estes aspectos, torna-se crucial para se avançar no processo de gerenciamento de riscos à saúde dos trabalhadores que os profissionais da área não considerem apenas as análises probabilísticas de causa e efeito e seus saberes técnico-científicos, mas também as razões práticas e as interações desses atores sociais na sua realidade cotidiana.

A vida cotidiana, conforme nos esclarece Berger & Luckmann (2009), apresenta-se como uma realidade interpretada e dotada de subjetividade e sentidos para o indivíduo. Fora das

contingências da vida diária, o discurso técnico do risco pode apresentar-se destituído de significado para o trabalhador.

Assim, lidar com os riscos à saúde nos locais de trabalho significa incorporar uma abordagem mais participativa, transformando essa dinâmica, através da interlocução entre os diversos atores sociais gestores e trabalhadores em uma efetiva prática de prevenção e promoção em saúde.

Metodologia

A pesquisa foi realizada através do método bibliográfico, onde foram analisados artigos de sites, livros e revistas da internet, com levantamento bibliográfico e coleta de dados.

Resultados e discussão

Guttenberg & Spickett (2009), constataram que no ambiente hospitalar as causas de maior importância para a ocorrência de exposição dos fisioterapeutas aos riscos biológicos foram: situação de contingências (33,3%), fontes contaminadas com sangue e outros fluídos corpóreos (28,4%) e fatores organizacionais (22,2%).

No Brasil, Tanaka e colaboradores (2007) demonstraram que a presença do fisioterapeuta na UTI com carga horária ampliada de 12 para 24 horas, reduz o número de complicações respiratórias e o tempo de internamento dos pacientes, assim como os custos financeiros para a instituição.

Mais recentemente, um estudo realizado por Nozawa et al. (2008), através da ASSOBRAFIR, com o objetivo de traçar o perfil do fisioterapeuta nas UTIs, mostra que estes profissionais, em sua maioria, atuam em instituições de saúde, com serviços chefiados por fisioterapeutas; têm relativa autonomia, quanto às técnicas fisioterapêuticas utilizadas e no manuseio da ventilação mecânica não-invasiva. Contudo, quanto à ventilação invasiva discutem as condutas com a equipe médica. Concernente à descrição das técnicas utilizadas durante a assistência aos pacientes criticamente enfermos nessas unidades, podemos citar as ações de remoção de secreções brônquicas, de reexpansão pulmonar, de posicionamento e mobilização dos pacientes. Todas essas atividades promovem situações de risco biológico no seu cotidiano, uma vez que deixa os fisioterapeutas vulneráveis ao contato com sangue e outros fluídos corpóreos, podendo gerar adoecimento.

Richardson (1999) discorre sobre a importância e capacidade do fisioterapeuta em agir no seu contexto de trabalho através de pensamento crítico e capacidade de raciocínio em situações específicas. Na sua atuação em grandes hospitais, quando está diante de cenários cotidianos de interação com outros atores sociais no ambiente do trabalho, os fisioterapeutas sentem-se desafiados a definir suas formas de intervenção e de avaliação da sua prática.

É através de múltiplas pistas contextuais que estes solidificam os seus conhecimentos profissionais. Assim, manter um perfil profissional que busca desenvolver múltiplas competências para realizar suas atividades, de forma eficaz e responsável, nas equipes interdisciplinares nos cuidados de saúde, é fundamental para o resultado do trabalho do fisioterapeuta intensivista e para a proteção da sua saúde.

No trabalho diurno, há poucos momentos para o descanso e estes geralmente ocorrem no horário de visita de familiares e são associados à escrita em prontuários e discussões com os cursistas ou nos horários para almoço.

O período da tarde, geralmente, é um período em que ocorrem menos procedimentos, contudo pode tornar-se crucial, com grande constrangimento temporal para o fisioterapeuta na realização de suas tarefas. Trata-se do momento em que há somente um fisioterapeuta de plantão na UTI, por remanejamento do seu colega para outras unidades, em caso de desfalques na escala por doença ou por outros motivos.

O plantão noturno inicia-se às 19h quando um dos fisioterapeutas do dia passa o plantão para o seu colega que complementar 24 horas ou para o colega que está chegando para o turno. À noite, disponibiliza-se um plantonista de fisioterapia para dez pacientes e prestação de assistência complementar nas unidades de internamento; nesse período, há um momento para descanso, o que pode acontecer ou não a depender da ocorrência de contingências durante o plantão.

Conclusão

Nas últimas décadas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) têm se tornado uma concentração não somente de pacientes críticos e de tecnologia avançada, mas também de uma equipe multiprofissional experiente com competências específicas. A inserção do fisioterapeuta em UTI começou no final da década de 70 e sua afirmação como membro integrante da equipe de assistência intensiva tem sido progressiva. O profissional fisioterapeuta, como membro integrante desta equipe, necessita cada vez mais de aprimoramento e educação especializada para fazer frente ao avanço dos cuidados intensivos e, sem dúvida, formam uma importante parte da equipe da UTI. O fisioterapeuta intensivista tem uma visão geral do paciente e tem a atividade de, continuamente, avaliar as funções fisiológicas de um paciente em tempo real, com a finalidade de orientar a terapia a ser aplicada e/ou observar a resposta a um tratamento. É o profissional responsável pelo diagnóstico fisioterapêutico através da avaliação físico-funcional. A fisioterapia auxilia na manutenção das funções vitais de diversos sistemas corporais, pois atua na prevenção e/ou no tratamento das doenças cardiopulmonares, circulatórias e musculares, reduzindo assim a chance de possíveis complicações clínicas. É de importância fundamental em pacientes graves devido a maior vulnerabilidade e complicações súbitas.

Dentre as funções exercidas na UTI está a atuação de maneira complexa no gerenciamento do funcionamento do sistema respiratório e de todas as atividades correlacionadas com a otimização da função ventilatória, como a monitorização contínua dos gases respiratórios e dos aparelhos utilizados como suporte ventilatório. É de fundamental importância a manutenção e recuperação da função pulmonar, através de técnicas e exercícios respiratório específicos para garantir vias aéreas pervias e expandidas, evitando assim o acúmulo de secreção e prevenindo complicações respiratórias. Podem atuar também, em conjunto com o intensivista, no ajuste da ventilação mecânica, supervisão do desmame da ventilação mecânica, extubação e implementação e supervisão da ventilação mecânica não-invasiva. O fisioterapeuta também possui o objetivo de trabalhar a manutenção dos músculos, tanto esqueléticos como respiratórios com técnicas de treinamento muscular, diminuir a retração de tendões e evitar os vícios posturais e imobilidade que podem provocar contraturas e úlceras de pressão. Para isso o profissional utiliza técnicas, recursos e exercícios terapêuticos em diferentes fases do tratamento e de acordo com as condições clínicas e necessidades do paciente, para alcançar uma melhor efetividade do tratamento. Além disso, a reabilitação pode

auxiliar no desenvolvimento de um sentimento de independência, estabelecer responsabilidade de auto-ajuda e melhorar a auto-estima. A fisioterapia tem o papel de potencializar o caminho da humanização e projetar uma nova sociabilidade futura. Considerando que o trabalho intensivo dos fisioterapeutas diminui o risco de complicações e infecções hospitalares, há a redução do sofrimento dos pacientes e, conseqüentemente, permite a liberação mais rápida e segura das vagas dos leitos hospitalares. Diante disso, a atuação do fisioterapeuta especialista nas UTI implica em benefícios principalmente para os pacientes, mas também para o custo com a saúde em geral.

Referências

AMERICAN PHYSICAL THERAPIST ASSOCIATION. **Guide to physical therapist practice**. 2ª ed. Alexandria, 2001.

CAETANO JA, Soares E, Andrade LM, Ponte RM. **Cuidado humanizado em terapia intensiva**: um estudo reflexivo. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007 Jun;11(2):325-30.

DRINKA, T.J.K.; Clark, P. G. e Baldwin, D. C. Health care teamwork: interdisciplinary practice and teaching. Boston: Auburn House Publishing, 2000.

KISNER, C.; LYNN A. C. **Exercícios terapêuticos**: fundamentos e técnicas, 2ª edição. São Paulo: Manole, 2002.

KOTTKE F. J. et al. **Krusen**: tratado de medicina física e reabilitação. São Paulo: Manole, 2006.

LAZZAROTTO, Elizabeth Maria. **Modelo de gestão para organizações prestadoras de serviços de saúde**. 2005. Paraná. Disponível em: < <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/saude/psau23.pdf> > Acesso em: 10 Maio 2012

LEITÃO, Araújo. **Elementos da Fisioterapia**. Rio de Janeiro: Art Nova, 2000.

MENEZES, S. **Fisioterapia em terapia intensiva**: uma nova denominação para uma antiga especialidade. Assobrafir Ciência. 2011 Dez; 2(2):49-53.

NOZAWA E, Sarmento GJV, Vega JM, Costa D, Silva JEP, Feltrim MIZ. **Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva**. Fisioter pesqui. 2008 Abr-Jun;15(2):177-182.

PILATI O. **Especialização**: falácia ou conhecimento aprofundado? RBPG. 2006 Jun;3(5):7-26.

THOMSON A; SKINNER A; PIERCY J. **Fisioterapia de Tidy**. São Paulo: Santos, 2004.

ROBBINS S. **Fundamentos do comportamento organizacional**. 7ª Ed. São Paulo: Pearson Education, 2002.

PIRES D. **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Santa Catarina: Papa Livros UFSC, 2009.

VALENTE, Suzana Corrêa França. **Resultados da fisioterapia hospitalar na função do membro superior comprometido após acidente vascular encefálico**, São Paulo, V14 N3 - JUL/SET, 2006 (122-126). Disponível em <http://saude.br/dneuro/neurociencias/neurociencias_v14_n3.pdf#page=5> . Acesso em 13 Maio 2012.