

NECESSIDADE E VALOR DE USO DO FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: NOTAS PARA O DEBATE

NEED AND USE VALUE OF THE PHYSICAL THERAPIST IN INTENSIVE CARE UNIT:
NOTES FOR THE DEBATE

Giovanni Gurgel Aciole

Médico, Doutor em Saúde Coletiva, Professor Associado do curso de Medicina da UFSCar. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Glaucia Nancy Takara

Silvia Leticia Pavão

Thaís Rabiatti Aurichio

Fisioterapeutas, alunas do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia/UFSCar

Contato

GRUPO Quíron – Estudos e Práticas em Saúde
Rod. Washington Luiz, SP 330 – km 235 S/N
Monjolinho
São Carlos-SP
CEP: 13565-905
E-mail: gescufscar@gmail.com

RESUMO

A ampliação da clínica em saúde tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos usuários, por meio de práticas de promoção e prevenção em saúde, e gerou novos arranjos organizacionais na política pública em saúde visando à interdisciplinaridade de saberes e práticas profissionais, por meio das equipes de referência e apoio matricial, indispensáveis para a humanização da gestão e atenção em saúde. A Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, corrobora a reforma política em saúde, exigindo a presença do fisioterapeuta na equipe de referência, em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Este texto destaca a importância desse profissional para a preservação da vida e incorporação do atendimento integral nas UTIs, trazendo benefícios e recuperação integral aos pacientes, especialmente em ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva. Modalidades de fisioterapia. Serviço hospitalar de fisioterapia. Atenção integral à saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

The expansion of clinical health aims to improve the quality of life of users through health promotion and prevention practices and generated new organizational arrangements in public policy in health aimed at interdisciplinary knowledge and professional practices, through the reference and matrix support teams, essential for the humanization of health management and care. Resolution no7 of 24 February 2010 confirms the political reform in health, requiring the presence of the physical therapist in the reference staff in Intensive Care Units (ICU). This text highlights the importance of such professional for the preservation of life and incorporation of comprehensive care in ICUs, bringing benefits and full recovery to patients, especially in the hospital environment.

Keywords: Intensive Care Units. Physical Therapy Modalities. Physical Therapy Department-Hospital. Comprehensive Health Care. Public Health.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde vem perseguindo integrar outras práticas aos conceitos tradicionalistas que visavam estritamente à cura das doenças e a prevenção nas práticas de saúde¹. Atualmente as políticas públicas adotadas pelo Ministério da Saúde têm como principal meta melhorar a qualidade de vida dos usuários, por meio de práticas de promoção e prevenção em saúde. Hoje em dia, ter saúde é resultado de melhores condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde².

No território das práticas profissionais que trabalham com o movimento e a saúde corporal, esse conceito de saúde foi incorporado de maneira mais clara com a criação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) elaborada pela Organização Mundial de Saúde, que rompe o paradigma da doença como ausência de saúde e amplia a percepção das capacidades e potencialidades do indivíduo doente diante das suas atividades e do meio em que ele está inserido. A criação da CIF surge pela necessidade de conhecer o que acontece com o paciente após o diagnóstico médico, como a doença se repercute em sua vida e o que ele é capaz de realizar em sua rotina diária³.

A implementação dessa nova abordagem em saúde exige novos arranjos organizacionais. O modelo tradicional da saúde, vertical, levava à hierarquização, departamentalização, burocratização e pouca resolutividade dos problemas em saúde⁴. O modelo adotado pela reforma tem uma organização em saúde transversal, que objetiva estimular a troca de conhecimentos e práticas e a produção da saúde, como produto e objeto de trabalho em equipe multiprofissional, que pode ser básica ou de referência⁵.

A equipe de referência caracteriza-se por um grupo de profissionais considerados essenciais para a atenção do problema em saúde apresentado pelo usuário. Esta equipe é responsável pela atenção integral do doente, cuidando de todos os aspectos em saúde, elaborando projetos e buscando outros recursos terapêuticos se necessário. As equipes de referência seguem uma composição multiprofissional, permitindo a valorização de cada profissional, sem que haja predomínio das atuações médicas em detrimento das outras profissões. Além disso, sua atuação ocorre em qualquer nível de atenção em saúde, seja em uma equipe do programa de saúde da família, na atenção primária, ou uma equipe de transplante de órgãos, na atenção terciária^{4,5}.

O apoio matricial se apresenta como a atenção especializada da equipe de referência, na necessidade de complementos e de rearranjos no novo modelo organizacional. Equipe de referência e apoio matricial, atuando conjuntamente, elaboram um projeto terapêutico individualizado, estabelecendo cada vez mais um vínculo terapêutico entre os profissionais e os usuários^{4,5}.

A interação entre essas equipes de trabalho promove a troca de práticas, saberes, dúvidas e resultados. Cada um dos profissionais que a compõem exerce uma função ímpar, não exclusivamente pelo cuidado que deve dirigir a cada paciente, mas pelo que representa de sua profissão perante a equipe. Dessa forma, esses arranjos interdisciplinares são essenciais à gestão em saúde e tornam-se ferramentas indispensáveis para a humanização da gestão e atenção em saúde.

No caso de pacientes extremamente graves, como os encontrados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a presença da equipe de referência e apoio matricial é essencial para a manutenção vida. Todavia, a composição dos profissionais em cada uma das equipes ainda é um amplo campo de discussões^{4,5}. No âmbito hospitalar, especialmente nas UTIs, o objetivo do tratamento foi sempre o de oferecer cuidados intensivos, voltados para a manutenção das funções vitais, paralelamente ao tratamento da doença de base. A monitorização dos pacientes exige cuidados contínuos de médicos e enfermagem, além da atuação de outros profissionais.

Segundo a Portaria nº 3432 do Ministério da Saúde⁶, existem critérios de classificação para UTI de acordo com o nível de sua complexidade, o que é usado para definição dos recursos humanos necessários para atuar nela. Naquelas de menor complexidade, para cada dez leitos ou fração, há a necessidade de um médico intensivista diarista, um médico plantonista, um enfermeiro exclusivo da unidade e um fisioterapeuta (presente no turno da manhã ou da tarde), bem como um técnico em enfermagem para cada dois leitos ou fração.

Na portaria supracitada, não aparecem informações a respeito da exclusividade da atuação do fisioterapeuta na equipe básica da UTI ou sua atuação também no setor terciário, e não apenas na UTI. Nas UTIs de maior complexidade, a proporção dos profissionais básicos para o número de leitos da terapia intensiva deve ser maior. Nessas unidades, o Ministério da Saúde exige a presença de um fisioterapeuta exclusivo sem atuação e outros setores. Entretanto, não há especificação quanto ao período de tempo em que esse cuidado deve ser realizado, se de forma exclusiva por turno da manhã ou tarde ou se deve ser contínuo (24 horas por dia).

A Resolução RDC N°7, de 24 de fevereiro de 2010⁷, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aprovou requisitos mínimos para funcionamento de UTIs. Estabelece que a designação de uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo os seguintes profissionais: um médico diarista/rotineiro (nos turnos matutino e vespertino), um médico plantonista (em cada turno) e um fisioterapeuta (nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação) para cada dez leitos ou fração, bem como um enfermeiro assistencial (em cada turno) para cada oito leitos ou fração, e um técnico de enfermagem (em cada turno) para cada dois leitos.

A ampliação da atuação do fisioterapeuta em termos de carga horária e a abrangência desse requisito para todas as unidades independentemente de sua complexidade confirmam a importância desse profissional no que tange à preservação da vida e manutenção de sua qualidade em uma unidade de cuidados intensivos.

No contexto de delineamento de funções, o trabalho multiprofissional é o grande trunfo da saúde coletiva para promoção do cuidado integral.

PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O papel dos profissionais da área da saúde, em especial do Fisioterapeuta, apresenta grande complexidade ante a constante necessidade de qualificação dos serviços de assistência à saúde, que pelos novos conceitos incorporados não se limitam apenas a garantir sobrevivência, mas a oferecer qualidade de vida às pessoas. Diante disso, há uma constante ampliação da área de atuação profissional do Fisioterapeuta, permitindo a descoberta de novas possibilidades de intervenção. Quanto ao trabalho nas UTIs, resta a delimitação da função exercida por esses profissionais para garantir a promoção do cuidado em sua forma integral, indo de encontro aos novos conceitos de saúde recentemente estabelecidos para a sociedade.

Este profissional exerce atividades na área terapêutica e de reabilitação, além de atuar no desenvolvimento de programas de prevenção, proteção e promoção da saúde. Ao se firmar como área específica do conhecimento, a fisioterapia atua no tratamento e prevenção de alterações cinético-funcionais como distúrbios neuromusculares, musculoesqueléticos, neurológicos, respiratórios, cardiocirculatórios, gineco-obstétricos, pediátricos e nas áreas de geriatria e oncologia⁸.

Na rede hospitalar, em especial, nos cuidados intensivos, a presença desse profissional ganha destaque por caber a ele a manutenção/recuperação/otimização da função respiratória e motora. A atuação

sobre o sistema respiratório, tradicional no meio hospitalar, permite ao fisioterapeuta manter as vias aéreas sem secreção e a adequada função dos músculos respiratórios. Quanto ao aparato musculoesquelético, ele tem o papel de atuar sobre a perda de força e massa muscular e sobre o déficit da funcionalidade, que caso não tratado, pode repercutir na qualidade de vida dos indivíduos, por longos períodos após a alta hospitalar⁹.

Já é evidenciado na literatura que o trabalho intensivo do fisioterapeuta diminui os riscos de infecção hospitalar e das vias respiratórias, proporcionando uma economia nos recursos financeiros que seriam usados na compra de antibióticos e outros medicamentos de alto custo. Além disso, a manutenção da funcionalidade preserva a qualidade de vida desses indivíduos após a alta hospitalar, tornando-os aptos a exercer a sua atividade de vida diária e econômica, permitindo a reinserção destes em suas atividades de participação social^{10,11}. Diante disso, a atuação do fisioterapeuta na terapia intensiva implica benefícios não somente para os custos da saúde no geral como também de maneira especial para os pacientes. Portanto, a presença contínua e exclusiva do fisioterapeuta é indispensável para um atendimento integral em saúde e para a promoção de qualidade dentro de uma UTI.

Além do fisioterapeuta, toda a equipe de profissionais de saúde tem seu papel bem definido na promoção da saúde, e mais do que isto, de qualidade de vida, especialmente em ambiente hospitalar.

EQUIPE DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A equipe básica de terapia intensiva deve ser organizada seguindo o modelo de gestão em saúde proposto pelo Ministério da Saúde⁵, respeitando os cargos e atribuições de cada profissional. Dessa forma, deve abranger uma equipe de referência e outra de apoio matricial. A equipe de referência deve ser bem estabelecida em relação aos profissionais que a compõem, possuir organização e entrosamento suficientes para garantir o atendimento integral do paciente. Tais atribuições e responsabilidades devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI⁷. Além disso, o apoio matricial deve ser fundamentado de acordo com a sua constituição e disponibilidade. O arranjo organizacional é necessário por envolver o tratamento de pacientes criticamente enfermos, os quais necessitam de atenção complexa e ininterrupta por parte de todos os profissionais.

A presença da figura do médico e do enfermeiro é essencial para manter o cuidado intensivo. Entretanto, sob a influência da nova concepção de saúde, que integra aspectos de qualidade de vida, outros profissionais de saúde tornaram-se tão necessários quanto estes. Dentre esses profissionais, destacam-se o nutricionista, o fonoaudiólogo, o assistente social, o psicólogo e o fisioterapeuta. A atuação conjunta desses profissionais é essencial para garantir a promoção da saúde à luz dos novos conceitos de integralidade e humanização. Essa união de profissionais permite uma visão mais integral do usuário e do trabalho interprofissional, explorando a potencialidade dos profissionais envolvidos no cuidado.

Dessa forma, todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar. As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente por meio do apoio matricial, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional⁷. A organização dos profissionais em uma equipe de referência permite que a responsabilidade das decisões tomadas não repouse apenas sobre o médico, mas sobre todos os profissionais que a integram.

A atuação do fisioterapeuta na terapia intensiva era determinada por lei e ocorria de acordo com o nível de complexidade da UTI. Com a nova resolução, o fisioterapeuta teve sua atuação ampliada em todas as unidades de terapia intensiva, independentemente

de sua complexidade, passando a ser efetivamente um profissional membro da equipe de referência, uma vez que esta é composta de profissionais essenciais ao cuidado do paciente.

O manejo das situações clínicas vivenciadas em uma UTI necessita de atenção especial, além de monitorização contínua e ininterrupta de um profissional de saúde. Uma vez que médicos e enfermeiros possuem outras atribuições, a presença de mais um profissional especializado no manejo dos equipamentos e da situação clínica torna-se necessária. Em alguns hospitais-escola, o fisioterapeuta é autorizado a atuar nos casos de desconspensações respiratórias. Em geral, nesses locais, cada profissional realiza sua avaliação individual, posteriormente a situação é discutida em equipe, e um plano terapêutico é traçado. Assim, cada profissional passa a ter uma atividade com o objetivo de atingir esse plano terapêutico. Eles irão monitorizar em conjunto o sucesso ou não da terapêutica implementada, e em caso de insucesso ou complicações, irão decidir em conjunto por uma nova terapêutica, sem que a responsabilidade do insucesso ou da complicação recaia sobre um profissional.

O objetivo do fisioterapeuta nas UTIs, onde os pacientes passam longos períodos acamados e em inatividade, é retirar, assim que possível, o paciente do leito e, assim que este apresentar estabilização do quadro clínico, iniciar o treino de atividades de vida diária. A decisão de retirar o paciente do leito depende da decisão de todos os profissionais da equipe de referência e do auxílio deles. Dessa forma, a atuação sobre o paciente para promoção da funcionalidade e manutenção da qualidade de vida é uma responsabilidade da equipe multiprofissional, exigindo a cooperação de todos para que o objetivo final seja atingido. Nesse cenário, o fisioterapeuta, com seu amplo espectro de atuação, exerce papel crucial, justificando sua atuação exclusiva nessas unidades.

Com base na importância da fisioterapia para o paciente crítico, o fisioterapeuta deve sempre fazer parte da equipe de referência de qualquer UTI independentemente do seu nível de complexidade, e dada a sua relevância, sua presença deveria ser contínua, ininterrupta 24 horas por dia, em todas as terapias intensivas. Se, parte do apoio matricial ou parte da equipe de referência, mas não presente 24 horas no dia, o fisioterapeuta perde a essência da sua atuação, e não é capaz de executar a sua função de forma adequada, deixando de promover os benefícios esperados aos pacientes. Assim, a ampliação da carga horária para 18 horas conforme a nova resolução⁷ foi necessária. Essa mudança leva a uma melhor composição da equipe e, conseqüentemente, melhor atendimento ao usuário visando a uma melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Os fisioterapeutas vêm conquistando avanços significativos no reconhecimento de sua profissão para a garantia de melhores cuidados aos pacientes em ambiente hospitalar. Tal avanço ganha reforço significativo com a implementação das Resoluções que regulamentam a inserção desse profissional nos diversos espaços de atenção à saúde, em especial, no ambiente hospitalar.

Com o rol de ações e práticas assistenciais de recuperação e reabilitação, promoção da saúde e prevenção de agravos que esse profissional pode prestar, ganha corpo a ampliação do conceito em saúde como produção de qualidade de vida, e o cuidado integral ao paciente. Iniciativas normativas são essenciais para o reconhecimento de diversos profissionais de saúde, geram novos espaços de atuação e de emprego a esses profissionais e garantem melhores condições de saúde à população.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acessado 2010 Ago 02]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf.
2. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública 2004; 20(2): 580-588.
3. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. Rev. Bras. de Epidemiol 2005; 8(2): 187-193.
4. CAMPOS, GWS, DOMITTI AC. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública 2007; 23(2): 399-407.
5. Ministério da Saúde. Secretária-Executiva da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em 02 de ago. 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Diário Oficial da União 1998; 12 ago. Disponível em: <http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>. Acesso 02 de ago. 2010.
7. Resolução no 7 de 24 de Fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União 2010; 24 fev.
8. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª região. Leis e atos normativos das profissões do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Porto Alegre: CREFITO 5; 1997.
9. Clini E, Ambrosino N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. Respiratory medicine. 2005; 99(9): 1096-104.
10. Kress JP. Clinical trials of early mobilization of critically ill patients. Crit Care Med 2009; 37(Supl 10).
11. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet 2009; 373:1874–82.