

**PERFIL DOS FISIOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
NA CIDADE DE SALVADOR/BAHIA**

PROFILE OF PHYSIOTHERAPY ACTING IN INTENSIVE CARE UNITS IN THE CITY OF
SALVADOR / BAHIA

Lismar Fernando Oliveira dos Santos¹;Kahlil da Hora Chauhud¹;Mansueto G. Neto²;Mônica Lajana Oliveira de Almeida³.

1- Fisioterapeutas, pós-graduandos em Fisioterapia Hospitalar pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

2- Fisioterapeuta, co-orientador.

3- Fisioterapeuta, docente convidada da pós-graduação em Fisioterapia Hospitalar da EBMSP

* Trabalho de conclusão da pós-graduando em Fisioterapia Hospitalar-EBMSP.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Fisioterapia faz parte do atendimento multidisciplinar oferecido aos pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI), sua atuação é extensa e se faz presente em vários segmentos do tratamento intensivo, tais como o atendimento à pacientes críticos e assistência durante a recuperação pós-cirúrgica, com o principal objetivo de evitar complicações respiratórias e motoras¹³. **OBJETIVOS:** Traçar o perfil das atribuições dos fisioterapeutas de UTI na cidade de Salvador/Bahia. **METODOLOGIA:** Estudo de corte transversal, descritivo, com abordagem quantitativa; Aplicadas questões objetivas e subjetivas (formação acadêmica, cargo e autonomia profissional) a fisioterapeutas intensivista. Critério de inclusão:a partir de um ano de atuação em UTI. Critério de exclusão menos de um ano de atuação em UTI. **RESULTADOS:** Identificado 15 hospitais que possuem UTI, 52 profissionais fisioterapeutas e chefes de serviços de fisioterapia 82,7% com especialização. Em relação à autonomia nos procedimentos: ajuste da VM 100% (ventilação mecânica). Autonomia na VNI (ventilação não invasiva): 34,6%; total 57,7%; discutida 34,6%; mediante protocolo 7,7%; Autonomia na VMI (ventilação mecânica invasiva): discutida 48,8%; total 42,3%; mediante protocolo 5,8%; sem autonomia 3,8%. Auxilia: extubação 100%; controle ou ajuste da VM 93,8%. **CONCLUSÃO:** Evidenciadas características demográficas variadas nas UTIs da cidade de Salvador/Bahia é diferente de outros sítios brasileiros como: Europa, Bélgica, Suécia. O fisioterapeuta do presente estudo tem mais autonomia e realiza mais procedimentos que outras localidades.

PALAVRA-CHAVE: Unidade de terapia intensiva, atribuição profissional, fisioterapia respiratória, grau de autonomia do fisioterapeuta.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Physical Therapy is part of the multidisciplinary care offered to patients in the intensive care unit (ICU), his performance is extensive and is present in various segments of intensive treatment, such as critical care patients and will assist during the post-recovery surgical, with the main objective to prevent respiratory complications and motoras.13

OBJECTIVE: To describe the profile of the duties of ICU physiotherapists in Salvador / Bahia.

METHODS: Cross-sectional study, descriptive sectional, quantitative approach; Applied objective and subjective questions (academic training, professional autonomy and responsibility) to intensive physical therapists. Inclusion criteria: from one year in the ICU. Exclusion criterion less than a year in the ICU.

RESULTS: Identified 15 hospitals with ICU, 52 heads of professional physiotherapists and physiotherapy services with 82.7% specialization. Autonomy procedures: adjustment VM 100% (mechanical ventilation). Autonomy in NIV (NIV): 34.6%; Overall, 57.7%; discussed 34.6%; by protocol 7.7%; Autonomy in VMI (invasive mechanical ventilation): discussed 48.8%; Overall 42.3%; by protocol 5.8%; without autonomy 3.8%. Assists: extubation 100%; control or adjust the VM 93.8%. **CONCLUSION:** evidenced in ICUs varied demographics of the city of Salvador / Bahia, Brazil is different from other sites, Europe, Belgium, Sweden. Physical therapists in this study has more autonomy and performs more procedures than other localities.

KEYWORDS: Intensive care unit, professional assignment, respiratory therapy, physical therapist degree of autonomy.

INTRODUÇÃO

A Fisioterapia faz parte do atendimento multidisciplinar oferecido aos pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI), sua atuação é extensa e se faz presente em vários segmentos do tratamento intensivo, tais como o atendimento á pacientes críticos e assistência durante a recuperação pós-cirúrgica, com o principal objetivo de evitar complicações respiratórias e motoras¹³.

O perfil do fisioterapeuta intensivista vai além do fisioterapeuta pneumofuncional e neurofuncional pela necessidade do conhecimento clínico mais aprofundado exigindo pelas necessidades de resoluções de intercorrências mais prevalentes nos pacientes críticos. Sua participação está relacionada com procedimentos complexos na UTI, tais como a ventilação artificial, o atendimento de parada cardiorrespiratória (PCR), a intubação endotraqueal, bem como a monitoração da mecânica pulmonar³.

Em pacientes ventilados mecanicamente, o atendimento possui o intuito de promover a limpeza das secreções pulmonares retidas, recrutar unidades alveolares colapsadas, melhorar o shunt intrapulmonar e a complacência do sistema respiratório¹⁴.

O fisioterapeuta está apto para orientar e supervisionar os exercícios de treino de força muscular respiratório, aplicar as técnicas de respiração, atua na assistência ventilatória invasiva e não invasiva, monitorando os parâmetros do ventilador

mecânico, assim como no desmame do ventilador, realiza manobras de higiene brônquicas antes da aspiração, manobras motoras intensivas com cinesioterapia global, avaliando a força e a condição muscular global, analisa e interpreta exames complementares de rotina das UTIs².

Entendendo a fisioterapia como ciência que resguarda em seu escopo terapêutico técnicas e intervenções capazes de promover a recuperação e preservação da funcionalidade, o profissional fisioterapeuta também participa do processo contínuo de evolução e desenvolvimento por que passam as UTIs do Brasil e do mundo¹⁻¹².

A partir da modernização das técnicas de ventilação mecânica (VM), essa especialidade passou a ser imprescindível em UTI, assumindo papel relevante junto à equipe multidisciplinar que atende os pacientes em terapia intensiva, especialmente no que se refere à intervenção precoce e direcionada às complicações respiratórias⁴.

1998⁴. Enfatizam, no entanto, que o fisioterapeuta precisa ter bom conhecimento em fisiologia, VM e técnicas fisioterapêuticas apropriadas para prevenção e tratamento de afecções no paciente grave tanto na área respiratória como motora, para atuar em UTIs, em função de que o trabalho envolve um grande número de técnicas associadas às modalidades de VM como manobras de higiene brônquica, cinesioterapia respiratória, exercícios com aparelhos de incentivo inspiratório, respiração com

pressão positiva intermitente (RPPI), treinamento muscular e, adicionalmente, algumas técnicas ventilatória que podem auxiliar a fisioterapia respiratória.

O fisioterapeuta que atua em terapia intensiva deve ser capaz de avaliar adequadamente o paciente e aplicar o melhor procedimento pesando os benefícios e riscos em potenciais sempre presentes em pacientes críticos. Deve entender a condição clínica do paciente, os objetivos médicos traçados, a competência e as limitações de cada instrumento e procedimento. Deve determinar se o procedimento a ser realizado tem alta probabilidade de alcançar os resultados clínicos esperados ou se outro procedimento pode ser mais eficiente e benéfico. Quando esta for a situação o fisioterapeuta deve contactar a equipe médica e negociar um plano de assistência que seja o melhor para o paciente.

OBJETIVO

Traçar o perfil das atribuições dos fisioterapeutas de UTI na cidade de Salvador/Bahia.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo consiste em uma pesquisa de campo, prospectiva, de corte transversal, descritiva, com abordagem quantitativa. Foram realizadas entrevista pessoalmente com os fisioterapeutas responsável pela fisioterapia nos hospitais da cidade de Salvador, Bahia, que possuem UTI, os quais assinaram um termo de consentimento informado. O período para a

realização das entrevistas compreendeu os últimos 06 meses de dezembro 2012 a maio de 2013 e dezembro 2013 a maio de 2014 sendo que cada entrevista durou em média dez minutos. Tomaram-se como base os hospitais da região da Bahia com um total de 15 hospitais e 52 profissionais entrevistados. Foram excluídos fisioterapeutas que não tivessem pelo menos um ano de formado. Para a participação desta pesquisa todos os fisioterapeutas que quiseram responder ao questionário responderam ao TCLE (termo de consentimento livre esclarecido) (ANEXO 1).

O instrumento utilizado para a coleta de dados contou de um questionário elaborado para este fim (ANEXO 2), contendo 15 questões, sendo duas subjetivas e treze objetivas, sobre características demográficas dos hospitais e UTI, chefia dos serviços de fisioterapia, uso de equipamento de proteção individual(EPI), perfil do profissional fisioterapeuta atuante em UTI, sobre as técnicas fisioterapêuticas utilizadas na prática diária, bem como a autonomia para a realização destas. A análise descritiva foi feita através do software Statistical Package for Social Sciences(SPSS), versão 14.0 for Windows. Os resultados foram expressos por meio de tabelas e gráficos. As variáveis categóricas foram expressas em valores absolutos e percentuais (%) e as variáveis contínuas foram expressas por média e desvio padrão. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa /IMES da Faculdade de Tecnologia e Ciências protocolo o nº3649 (ANEXO 5).

RESULTADO/DISCUSSÃO

De acordo com a tabela 1 (anexo 3) foi identificado um total de 15 hospitais que possuem UTIs na cidade de Salvador, Bahia. Destes 52 profissionais fisioterapeuta e chefes de serviços de fisioterapia 100% foram entrevistados, sendo 42,3% sexo masculino, com idade média 36 anos e tempo médio de formado de seis anos. Em termo de especialização profissional 82,7% tinham pelo menos uma especialização. Das especializações as que mais se destacaram foram: UTI com 48,1% em relação a pediatria 1,9%, neurologia 1,9% cardiopulmonar, 9,6%, pneumofuncional 3,8%. No que desrespeito a EPI 76,9% utiliza em quanto 23,1% depende da situação em que se encontre.

Com base nos dados da tabela 2 (anexo 4), pode se notar que dos 52 questionários respondidos, 59,6% correspondem a hospitais privados, 38,5% estadual, 1,9% federal. Em relação a chefia fisioterapêutica 98,1% dos hospitais são chefiados por fisioterapeuta e 1,9% por outros profissionais. No que diz respeito ao vinculo empregatício 40,4% trabalham em

regime da consolidação das leis do trabalho (CLT), enquanto os demais 25%terceirizado, 1,9% autônomo, 1,9% cooperativa, 30,8% outros.

Abordando as especialidades das UTIs, destaca-se a UTI geral com 86,5%, em comparação com as demais como a cirúrgica com 9,6%, neurológica 3,8%. Referindo-se à numero de leitos, fica evidente que a maior parte das UTIs possui de 6-10 leitos, num total de 50% e as demais apresentam de 16-20 (26,9%), 11-15 (11,5%), 24-30 (9,6%), 1-5 (1,9%).

Abordando a questão sobre o número de fisioterapeutas exclusivos da UTI ficou nítido que a maioria das instituições possui 1-3 (72,2%), enquanto que as demais possuem apenas 4-8 (19,2%), 9-12 (3,8%), 13-20 (3,8%), 21-30 (1,9%). Já a jornada de trabalho está evidente que a grande parte trabalha em regime de 30horas semanais (75, %), em relação às demais 40horas semanais (21,2%), 60horas semanais (1,9%), 20horas semanais (1,9%).

Tabela3- Poder de decisão sobre técnicas e procedimentos

Técnicas e Procedimentos	Poder de decisão n (%)
TEP	86,4%
Treinamento músculo respiratório	95,5%
Ajuste da VM	100%
Desmame da VM	42,9%
SVNI	50,0%
Posicionamento do paciente	90,0%
Retirada do paciente	18,2%

Constata-se na tabela 3 que há o poder de decisão em relação as técnicas e

procedimentos que são realizadas pelos fisioterapeutas nas UTIs de todos os

hospitais entrevistados na cidade de Salvador - Bahia, sendo que terapia pressórica; terapia de expansão pulmonar(TEP); Treinamento músculo respiratório; Ajuste da ventilação mecânica(VM); à autonomia total. No desmame da VM; suporte ventilatório não invasivo(SVNI), há um equilíbrio em

relação à autonomia. O posicionamento também tem autonomia bem destacável; Na retirada do paciente do leito fica nítido que depende da prescrição médica; Ainda assim tem-se uma quantidade significativa de profissionais que dizem ter total autonomia em todos os procedimentos.

Autonomia do Fisioterapeuta em relação SVNI

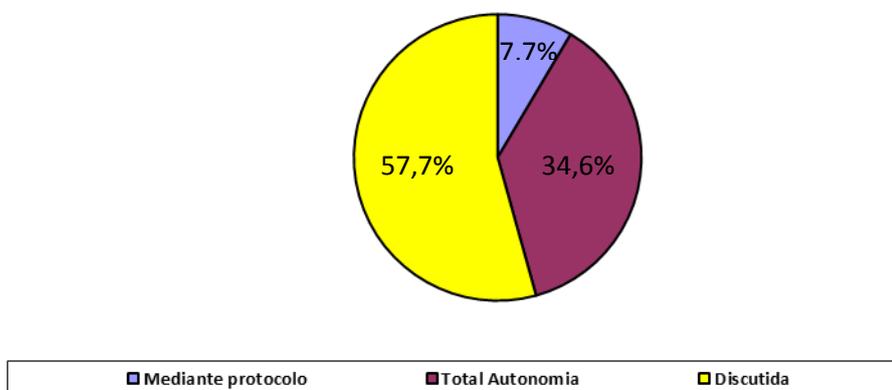


Gráfico 1-Autonomia dos fisioterapeutas em relação ao sistema de ventilação não invasiva (svni).

Autonomia do Fisioterapeuta em relação VMI

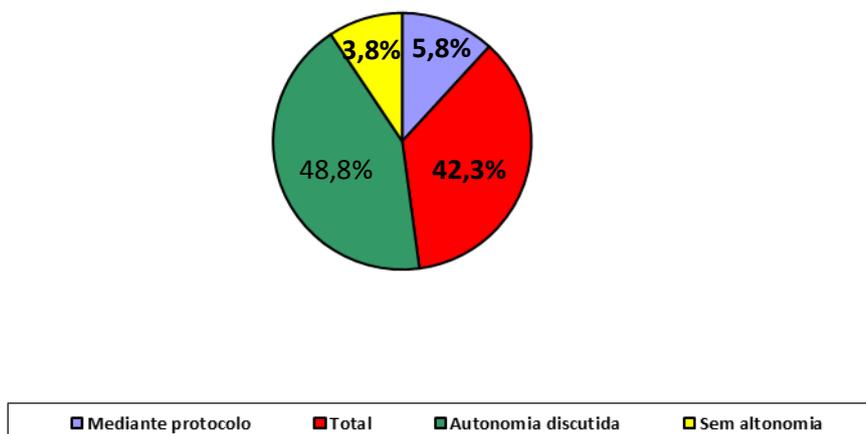


Gráfico2-Autonomia do fisioterapeuta em relação à ventilação mecânica invasiva (vmi).

No gráfico 1, observa-se que à autonomia do fisioterapeuta em relação a utilização da

SVNI em 100% dos hospitais entrevistados, o fisioterapeuta tem 34,6% de total

autonomia para a realização deste procedimento, enquanto que os demais têm 57,7% das condutas discutida; 7,7% mediante protocolo.

De acordo com os dados do gráfico 2, em relação à autonomia do fisioterapeuta à VM

constatou-se que em 100% dos hospitais entrevistados o fisioterapeuta tem 42,3% total autonomia enquanto que 5,8% dos profissionais é mediante protocolo; 3,8% sem autonomia; porém 48,1% discutida com a equipe médica.

Tabela 4- Procedimentos de ventilação mecânica realizado pela fisioterapia

Procedimentos de ventilação mecânica realizado pela fisioterapia	(%)
Auxiliar na Intubação	84,4 %
Desmame	96,9%
Extubação	100%
Auxílio na PCR	71,9%
Controle da VM	93,8%
Admissão do paciente em VM	93,8%
Ajuste do Ventilador Mecânico	93,8%
Transporte Intra hospitalar	12,5%
Autonomia em todos os procedimentos da VM	38,5%

De acordo com as informações referentes à tabela 4 sobre procedimentos de VM realizado pela fisioterapia: Auxiliar na intubação 84,4%; Desmame 96,9%; Extubação 100%; Controle da VM 93,8%; Transporte intra-hospitalar 12,5%; Auxílio na PCR 71,9%; Admissão do paciente em VM 93,8%; Ajuste do Ventilador Mecânico 93,8%. Enquanto que 38,5% dizem ter total autonomia em todos os procedimentos supracitados.

No que desrespeito ao Transporte intra-hospitalar, fica nítido que o profissional fisioterapeuta não tem este tipo de atribuição 87%.

O perfil dos fisioterapeutas que atuam em UTIs na cidade de Salvador - Bahia varia bastante com relação às características demográficas nos hospitais incluídos na pesquisa. Por outro lado as técnicas e procedimentos utilizados na prática diária pouco se altera entre os hospitais relacionados, mostrando uma uniformidade de pensamento nos cuidados dos pacientes.

Há na literatura inúmeros estudos baseado sem evidencias (tanto estudos randomizados e controlados quanto revisões sistemáticas) que revelam a eficiência das terapias utilizadas pelo fisioterapeuta nas diversas especialidades, assim como da fisioterapia respiratória.

Porém existe poucos trabalhos sobre o perfil e o papel do fisioterapeuta nas UTIs, com destaque para o estudo de Norrenberg, 2000⁶. que traçou o perfil o perfil dos fisioterapeutas que atuam em UTI no continente europeu e o relatório final da ASSOBRAFIR¹⁰ sobre o levantamento dos fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil.

O presente estudo apesar de todos numericamente inferiores aos dos trabalhos supracitados, obteve um alto percentual de dados computados, com cerca de 15 hospitais analisados, somando 100%, contra 22% no estudo europeu e 24% no estudo brasileiro. A média de idade foi de média 36 anos, enquanto que em Anápolis a média de idade foi de 30 anos. Tempo médio de formado de seis anos já em Anápolis foi de três anos.

Através dos resultados observou-se que quanto ao gênero, à maioria dos profissionais pertence ao sexo feminino em um total de 57,7%.

O estudo mostra que 82,7% dos fisioterapeutas em ação foram treinados por meios de cursos de especialização em terapia intensiva, cardiorrespiratória, pneumofuncional, vinculada a ação desenvolvida, enquanto que um estudo realizado pela revista fisioterapia e pesquisa.⁹ mostra que 71% dos fisioterapeutas foram treinados através de curso de especialização em fisioterapia intensiva ou cardiorrespiratória, na cidade de Anápolis 71,4% respiratória ou hospitalar. Significa dizer que na cidade de

Salvador - Bahia percebe-se claramente a preocupação de tornar mais específica a formação do fisioterapeuta para sua atuação em terapia intensiva. A ação do fisioterapeuta em terapia intensiva, como membro efetivo da equipe e um fato incontestável, por tanto, faz se necessário que o fisioterapeuta seja habilitado por uma sólida formação e bagagem prática para indicar e aplicar condutas específica da fisioterapia respiratória, caso contrário, tanto a efetividade da atuação quanto os riscos ao paciente podem ficar comprometida⁷.

No presente estudo o EPI, pode ser observado que a grande maioria dos profissionais utiliza em um total de 76,9%, porém ainda existe profissional que nem sempre se protege 23,1%, pois para estes profissionais depende da situação que se encontre.

Em relação a atuação fisioterapeuta nas UTIs na cidade de Salvador - Bahia ocorre no âmbito de uma estrutura administrativa denominada serviço, tendo na liderança 98,1% um fisioterapeuta como chefe, o mesmo acontece no Brasil.

Com relação ao vínculo empregatício o presente estudo mostra que 40,4% dos profissionais trabalham em regime CLT enquanto que 25%terceirizado, 1,9% autônomo, 1,9%, cooperativas, 30,8%outros. Comparando com o resultado do relatório da ASSOBRAFIR.¹⁰ onde 42,1% CLT, 29,9% terceirizado, 11% autônomos, 3,7% cooperativas, 15,2% outros, pode-se notar que há uma diferença significativa em

todos os tipos de vínculo empregatício com relação ao presente estudo e o relatório da ASSOBRAFIR¹⁰ porém esta diferença torna-se mais acentuada na opção outros onde está sobressaindo a cidade de Salvador, Bahia com a maior parte dos profissionais nesta categoria.

Os resultados mostram que os serviços de fisioterapia atendem principalmente pacientes adultos em vários tipos de terapia intensiva, o que revela a importância da atuação específica junto ao paciente crítico. Isto justifica o porquê que a maioria dos hospitais da cidade de Salvador - Bahia possuem UTI adulto geral 86,5% e apenas 9,6% cirúrgica, 3,8% neurológica.

Neste estudo observou-se que 59,6% dos hospitais analisados são privados, valor próximo ao da ASSOBRAFIR¹⁰. 56%, porém bem diferente dos dados obtidos por Norrenberg.⁶ com apenas 26% de hospitais particulares, sendo no seu estudo a maior parte hospitais universitários 48%.

Outro dado distante entre o presente estudo e o estudo europeu consiste no número total de leitos hospitalares, onde em Salvador - Bahia predomina hospitais de pequeno e médio porte (<250 leitos) com 50% contra 8% no europeu, enquanto na Europa predomina hospitais de grande porte (>700 leitos) com 45% contra apenas 6% na capital baiana. Com relação aos números de leitos de UTI observa-se uma mesma tendência com 9,6% neste estudo contra 50% no estudo de Norrenberg.⁶ de hospitais com mais de 24 leitos, pois na

capital baiana sobressai nitidamente que a maioria dos hospitais possuem 50% 6-10 leitos, 26,9% (16-20) leitos por serem de pequeno ou médio porte.

No que diz respeito ao número de fisioterapeutas exclusivos da UTI, observa-se que 71,2% (1-3), 19,2% (4-8), 3,8% (13-20), 1,9% (21-30), fica nítido que a grande maioria dos hospitais da cidade de Salvador possuem de um a três profissionais exclusivos da UTI enquanto que em estudos anteriores não foram encontrados resultados sobre a quantidade de fisioterapeutas exclusivos da UTI.

Em relação à jornada de trabalho a carga horária é a mesma em que sobressai neste estudo e no estudo da revista Fisioterapia e Pesquisa, sendo 75% (30h), 21% (40h) semanais.

O fisioterapeuta na UTI atua no tratamento de seus pacientes de uma forma global, porém suas técnicas e procedimentos podem ser divididos didaticamente em terapia respiratória e terapia motora.¹⁰

Nos Estados Unidos (EUA), há uma divisão de tarefas, em que o fisioterapeuta é responsável basicamente pela terapia motora, cabendo ao terapeuta respiratório a realização da terapia respiratória, sendo esta classe de nível médio enquanto o fisioterapeuta de nível superior¹⁰.

Na Europa, assim como no Brasil, o profissional fisioterapeuta atua nestas duas áreas simultaneamente dispensando a necessidade do terapeuta respiratório, o

que favorece ainda mais a comparação das técnicas e procedimentos realizados pelo fisioterapeuta no presente estudo. No relatório da ASSOBRAFIR¹⁰. e no estudo de Norrenberg.⁶ a terapia respiratória realizada pelo fisioterapeuta na UTI consiste em várias técnicas e procedimentos, alguns dos quais com fundamentação na literatura mundial.

Em todos os hospitais soteropolitanos, o fisioterapeuta utiliza terapia com pressão positiva para ré expansão pulmonar, número este próximo da realidade nacional 99,5%, sendo a reversão de atelectasia a sua principal utilização.

Estudo realizado pela revista Fisioterapia e Pesquisa.⁹ em relação ao grau de autonomia dos fisioterapeutas aumenta na VNI. No Brasil 43,8% dos fisioterapeutas tem total autonomia em relação à indicação e execução do procedimento, enquanto que no presente estudo apresenta um grau de autonomia total de 34,6%, pois fica nítida que este procedimento antes de ser aplicado pelo fisioterapeuta tem que ser discutido 57,7%. Este estudo mostra e enfatiza a necessidade de treinamento apropriado e experiência para se obter sucesso com a técnica.

O presente estudo, nos permite observar que em todos os hospitais, a tomada de decisão que envolve iniciar, alterar e interromper a VNI é realizada em destaque de forma discutida com 48,8%, total autonomia 42,3%, mediante protocolo 5,8%, e apenas 3,8% não tem autonomia. Comparando com o estudo da revista

Fisioterapia e Pesquisa.⁹ 62% sob protocolo, 16% sob ordem médica, isso se deve ao fato de que as instituições estão cada vez mais, adotando protocolos pré-estabelecidos pelos membros da equipe multiprofissional que atuam nas UTIs com base nas condições clínicas dos pacientes e nas recomendações adotadas mundialmente. Portanto, observa-se que a fisioterapia em Salvador está atualizada no contexto científico internacional e nesse aspecto, à frente da fisioterapia brasileira.

Na caracterização da ação terapêutica junto aos pacientes críticos há uma nítida concordância no emprego de técnicas de terapia de expansão pulmonar 86,4% e terapia de reexpansão pulmonar 95,5% realizada de forma manual. O dispositivo mecânico para tais fins vem secundariamente e pode ser devido a custo adicionais desses recursos.

Este estudo não objetivou conhecer as técnicas mais empregadas, dada a grande variedade de técnicas existentes. Comparando com o estudo realizado pela revista Fisioterapia e Pesquisa.⁹ onde afirma que fisioterapeutas brasileiros desenvolvem em seus locais de trabalho ações para reexpansão pulmonar com total concordância no emprego, resultado semelhante ao presente estudo.

No presente estudo o fisioterapeuta é responsável em 96,9% dos hospitais pela supervisão do desmame da VM. Comparando com os três outros estudos, da ASSOBRAFIR¹⁰ em 72% dos hospitais, cabe ao fisioterapeuta essa função

enquanto em apenas 22% dos hospitais europeus e inerente ao fisioterapeuta, Norrenberg et al.⁶ relatam que na Europa Ocidental o desmame da ventilação mecânica realizado por fisioterapeutas difere de país para país: enquanto na Bélgica 57% dos fisioterapeutas realizam este procedimento, na Suécia este raramente é realizado.

Estudos recentes da revista Fisioterapia e Pesquisa⁹ e ASSOBRAFIR¹⁰ revelam que a utilização de protocolos de desmame executados por profissionais não médicos reduz o tempo de VM bem como reduzem a incidência de pneumonia associada à VM. Portanto, observa-se que a fisioterapia em Salvador está atualizada no contexto científica internacional, e nesse aspecto à frente da fisioterapia Europeia, Bélgica, Suécia e Brasileira como um todo.

O mesmo acontece com a extubação e ajuste da VM, pois segundo estudo realizado na cidade de Anápolis, ao analisar o Segundo Consenso Brasileiro de VM (Recursos Fisioterapêuticos em assistência ventilatória), fica evidente que o fisioterapeuta manuseia o ventilador principalmente se o faz objetivando a ação especificamente fisioterápica. Constatou-se que dos entrevistados apenas 42,8% possui total acesso ao manuseio da VM e 58% não possuem acesso, a não ser em caso de solicitação pelo médico responsável.

Comparando com o presente estudo, em todos os hospitais, o fisioterapeuta executa os ajustes da VM, pois 100% dos

profissionais afirma ter total autonomia aos ajustes e ao manuseio na VM.

No Brasil 72% a 74% dos hospitais são realizados tais procedimentos respectivamente com autonomia para ajuste na VM é de 40,4%. No estudo de Norrenberg.⁶ em apenas 22% e 25%, respectivamente realizam tais procedimentos. Comprovando assim, que existe tanto insegurança quanto falta de conhecimento da equipe médica em indicar tal procedimento à os fisioterapeutas.

No entanto pode-se observar que o profissional especialista na área está apto para avaliar adequadamente o paciente e aplicar o melhor procedimento em ventilação mecânica, pesando os riscos e benefícios em potenciais, sempre presentes em pacientes críticos.

O SVNI é um procedimento muito difundido na terapia intensiva, e utilizado em diversas situações, com o intuito de evitar uma intubação. Está estabelecida na literatura que pacientes em insuficiência respiratória secundária à exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), e em Edema Agudo Pulmonar (EAP) são beneficiados com a utilização do SVNI, realizado em 2001.¹⁰ fica garantida a posição do fisioterapeuta como executor de implantação e supervisão do SVNI. Assim sendo 100% dos hospitais de Salvador, os fisioterapeutas são responsáveis por este procedimento, sendo que em 57,7% dos hospitais, o fisioterapeuta tem autonomia parcial, uma vez que decide sobre a utilização SVNI com o aval e apoio do

profissional médico, contra apenas 46% no continente europeu mostrando mais uma vez a evolução da fisioterapia soteropolitana com relação aos países europeus.

No que desrespeito à posicionamento e retirada do paciente do leito, associada a recursos ventilatório, são utilizadas técnicas fisioterápicas que incluem: manobras de higiene brônquica, mobilização geral do paciente, exercícios respiratórios, treinamento muscular respiratório e readaptação progressiva do paciente a os esforços.

Estas técnicas objetivam prevenir complicações pela incapacidade da eliminação das secreções respiratórias, preserva o volume pulmonar, diminui o trabalho respiratório e previne alterações consequentes a imobilidade no leito.¹¹

De acordo com relatos percebeu-se que 81% dos entrevistados, só realizam tal procedimento após a prescrição médica.

Em geral fazem procedimentos semelhantes por almejam os mesmos objetivos que foram citados anteriormente.

Em relação ao profissional fisioterapeuta auxiliar na intubação 84,4%, controlar VM 93,3%, ajustar a VM 93,8% e auxiliar na PCR 71,9%, admissão do paciente em uso da VM 93,8%, pois o presente estudo mostra que o fisioterapeuta realiza avaliação das funções gerais e respiratórias traçando um plano de tratamento individual. Ele estabelece as

medidas para o suporte ventilatório instalando os equipamentos de oxigenoterapia ou ventilação mecânica.

O fisioterapeuta deve estar atento aos parâmetros do ventilador para manter adequada ventilação do paciente, sendo iniciado o processo de desmame logo após a resolução do evento que iniciou o processo da VM.⁸

Neste presente estudo fica claro que não é atribuição do fisioterapeuta realizar o transporte do paciente intra-hospitalar 87,5%.

CONCLUSÃO

As atribuições e autonomia dos fisioterapeutas que atuam em UTI na cidade de Salvador - Bahia, varia bastante com relação às características demográficas dos hospitais e UTIs. Acompanhando uma tendência mundial de maior participação do fisioterapeuta em procedimentos específicos na terapia intensiva como implementação, autonomia e supervisão do SVNI, autonomia, supervisão, ajuste e desmame da VM, observa-se que a fisioterapia em Salvador está atualizada no contexto científico internacional e nesse aspecto, à frente da fisioterapia Europeia, Bélgica, Suécia e Brasileira como um todo.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a nossa orientadora, Mônica Lajana, nosso co-orientador, Mansueto G.Netto pela paciência e perseverança, a

Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar, 2014

Verusca, pelo apoio e gratidão, e em especial, a coordenadora Helena e Lorena pelo excelente trabalho realizado nesta

instituição, aos amigos e pacientes que nos levaram ao aprimoramento profissional.

REFERENCIAS

1. AZEREDO CAC - Fisioterapia Respiratória. Bonsucesso, RJ. Panamed, 1984.
2. FERRARI, D. Fisioterapia Intensiva: nova especialidade e modelo educacional. Disponível em: <http://www.sobrati.com.br>. Acesso em 10 maio 2014.
3. COFFITO- CONSELHO Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Decreto-lei nº938, de 13 outubro 1969. Legislação COFFITO. Disponível em: <http://www.coffito.org/legislação>. Acesso em: 11 abril 2014.
4. ROCATI, V.L.C;PORTIOLLI,C.Y. Rotinas e recursos de fisioterapia respiratória em UTI.IN:KNOBEL,E. Condutas no paciente grave. 2.ed.v.2.São Paulo:Atheneu,1999.
5. FELTRIM, MIF. Atuação da Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva.[periódico online] SOBRAFIR, 2002. disponível: www.sobrafir.com.br.
6. NORREMBERG M, Vincent JL, with the collaboration of the European Society of Intensive Care Medicine. A profile of European intensive care unit physiotherapists. Intensive Care Med.2000;26:988-94.
7. YAMAGUTI,W.P.S.et AL.Fisioterapia respiratória em UTI:Efetividade e Habilitação Profissional Jornal Brasileiro de Pneumologia.São Paulo,V.31 n1,2005.
8. SUPULVERA et al.Fisioterapia na UTI.In:KNOBEL,E.Condutas no Paciente Grave São Paulo:Atheneu,1997.
9. REVISTA FISIOTERAPIA E PESQUISA, São Paulo, v.15, n.2, p.177-82, abr./jun. 2008.
10. Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratório e Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR). Relatório finaldo levantamento sobreo perfil dos fisioterapeutas que atuam nas unidades de terapia intensiva no Brasil - São Paulo 2006.
11. DAVID,C.M. Ventilação Mecânica: da Fisiologia à prática clínica. Rio de Janeiro:Revinter,2001.
12. Buhop KL - Pulmonary rehabilitation in the intensive care unit. In: Fishman AP,editor. Pulmonary rehabilitation. New York: Marcel & Dekker, 1996; 725-738.
13. JERRE, G, Beraldo M, Silva T, et al. Fisioterapia em paciente sob ventilação mecânica. Rev.bras. ter. intensivav.19 n.3 São Paulo jul./set. 2007.
14. AZEREDO, Carlos Alberto; BEZZERA, Raquel Maria. Uso do Ventilador Mecânico como recurso fisioterapêutico na UTI. Fisioterapia Brasil, v. 5, n. 6, p. 478-483, nov./ dez. 2004.

ANEXO 1



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Temos a satisfação de convidar Vsa, para participar do projeto de pesquisa intitulado: Perfil dos Fisioterapeutas que atuam em unidades de Terapia Intensiva, sob a responsabilidade do pesquisador Lismar Fernando Oliveira dos Santos. Informamos que o objetivo principal dessa pesquisa é Traçar o perfil dos fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva na cidade de Salvador/Bahia, bem como as características dos hospitais e UTIs em que trabalham. Sua participação consiste em responder o questionário segundo sua disponibilidade, este, constará 15 questões abertas e fechadas, relacionadas à nome, idade, experiência profissional, especialização, tipo de instituição, chefia dos serviços de fisioterapia, vínculo empregatício, jornada de trabalho, poder de decisão sobre o uso de técnicas e procedimentos, autonomia profissional e na ventilação mecânica, tendo como objetivo obter requisitos para traçarmos um perfil profissional.

Sua participação é muito importante na obtenção de dados para o referido projeto. Desejamos ressaltar ainda, que sua participação será mantida dentro do mais absoluto sigilo e sua privacidade estará resguardada. Informamos que os dados obtidos serão analisados e poderão ser divulgados na comunidade científica por meio de artigo científico e apresentações em eventos científicos. Não haverá riscos para a saúde e poderá ser consultado o pesquisador responsável em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida.

Salvador/Bahia, ____ de _____ 2013

Lismar Fernando Oliveira dos Santos - CPF 869.227.855-68

Aluno _____

Mansueto Gomes Neto – CPF 934.243.105-49

Professor-orientador _____

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO

1. Identificação:

Idade____Sexo____Hospital_____

2. Tempo de formado

3. Especialização em UTI

Sim () Não () Qual(s)_____

4. Utilização EPI

Sim () Não () Depende ()

5. Tipo de Instituição

()Privada ()Estadual ()Municipal ()Estadual + Universitário

()Federal + Universitário ()Privado + Universitário ()Outros

6. Chefia dos Serviços de Fisioterapia

()Fisioterapeuta ()Enfermeiro ()Outros

7. Vínculo Empregatício do Fisioterapeuta nas UTIs

()CLT ()Terceirizado ()Autônomo ()Cooperativa ()Outros

8. Especialidade da UTI

()Adulto geral ()Adulto cirúrgico ()Adulto neurológico

9. Números de leito na UTI

()1-5 ()6-10 ()11-15 ()16-20 ()24-30

10. N. de Fts exclusivos na UTI

()1-3 ()4-8 ()9-12 ()13-20 ()21-30

11. Jornada de trabalho na UTI

()20 horas ()30 horas ()40 horas ()12-60 horas

12. Poder de Decisão sobre o uso de Técnicas e Procedimentos

Fisioterapêuticos

()Terapia de expansão pulmonar ()Treinamento muscular respiratório

()Ajuste do ventilador mecânico () Desmame da ventilação mecânica

()VNI () Posicionamento/Retirada do leito

13. Autonomia em relação à Ventilação Mecânica Não Invasiva

Completa Discutida Mediante protocolo Não tem

14. Autonomia em relação a Ventilação Mecânica Invasiva

Total Mediante protocolo Sem autonomia Discutida

15. Procedimentos de Ventilação Mecânica realizado pela Fisioterapia

Auxílio na intubação Desmame da ventilação mecânica Extubação

Auxílio durante a PCR Controle da VM Transporte Intra-hospitalar

ADM do paciente em VM Ajuste do ventilador mecânico

ANEXO 3

Tabela1- Perfil profissional dos fisioterapeutas da unidade de terapia intensiva

Perfil do Profissional	(%)
Número de Profissionais n=52	100%
Sexo Masculino	42,3%
Idade (m±DP)	30,6±6,7 (23-59)
Tempo de formado(média)	6 anos (1-37)
Especialização	
Sim	82,7%
UTI	1,9%
Pediatria	
Neurologia	40,4%
Cardiorrespiratória	25,0%
Pneumofuncional	1,9%
Cardio-pneumofuncional	1,9%
Equipamento de Proteção Individual (EPI)	
Utiliza Sempre	76,9%
As vezes utiliza	23,1%

ANEXO 4

Tabela 2- Características demográficas dos hospitais pesquisados

Características	(%)
Tipo de Hospital	
Privado	59,6%
Estadual	38,5%
Federal	1,9%
Chefia Fisioterapêutica	
Fisioterapeuta	98,1%
Outros Profissionais	1,9%
Vínculo Empregatício	
CLT	40,4%
Terceirizado	25,0%
Autônomo	1,9%
Cooperativa	1,9%
Outros	30,8%
Especialidade das UTIs	
Geral	86,5%
Cirúrgica	9,6%
Neurológica	3,8%
Número de Leitos	
01-05 Leitos	1,9%
06-10 Leitos	50%
11-15 Leitos	11,5%
16-20 Leitos	26,9%
24-30 Leitos	9,6%
Número de Fisioterapeutas Exclusivos da UTI	
01-03 Fisioterapeutas	72,2%
04-08 Fisioterapeutas	19,2%
09-12 Fisioterapeutas	3,8%
13-20 Fisioterapeutas	3,8%
21-30 Fisioterapeutas	1,9%
Jornada de Trabalho	
20hs semanais	1,9%
30hs semanais	75%
40hs semanais	21,2%
60hs semanais	1,9%

ANEXO 5

Rede de
Ensino



IMES

INSTITUTO MANTENEDOR DE ENSINO SUPERIOR

Comitê de Ética em Pesquisa

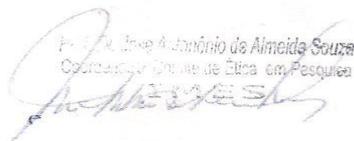
PARECER DO CEP/IMES

O protocolo nº 3649 **Título do projeto:** Perfil dos fisioterapeutas que atuam em unidades de terapia intensiva na cidade de Salvador/Bahia, teve **PARECER considerado APROVADO**, na Reunião Plenária do CEP/IMES realizada em 14 de Novembro de 2011.

- Aprovado
- Não Aprovado
- Projeto com Pendências
- Aprovado com Recomendações

Dar conhecimento ao pesquisador, e lembrar a necessidade de entrega do relatório final.

Atenciosamente,


José Antônio de Almeida Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

