

A Importância da inclusão do Fisioterapeuta Intensivista na equipe multidisciplinar em UTI Neo - Natal no serviço de saúde

Hebert da Silva e Silva¹

hebertcriver@hotmail.com

Dayana Priscila Mejia de Sousa²

Pós-graduação em Fisioterapia Intensiva – Faculdade Ávila

Resumo

A importância da inclusão do fisioterapeuta intensivista na equipe multidisciplinar em UTI Neonatal no serviço de saúde, tem como objetivo geral descrever a atuação do Fisioterapeuta Intensivista e sua integração em equipe multidisciplinar. E como objetivos específicos: conhecer o desenvolvimento das equipes multidisciplinares; investigar, a atuação do Fisioterapeuta Intensivista em nas unidades de Terapia Intensiva; ampliar a gama de informação do serviço de saúde, através de dados documentados. A unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal (UTI) destina-se a internação de recém nascidos com instabilidade clínica e com potencial de gravidade. Como ambiente de alta complexidade, e local reservado e único no ambiente hospitalar, já que se propõe estabelecer monitorização completa e vigilância 24 horas. A equipe de atendimento é multiprofissional e interdisciplinar, constituídas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas psicólogos e assistentes sociais. Cada leito contem monitores cardíacos cama elétrica projetada, oximetria de pulso e rede de gases. As UTIs transformaram o prognóstico, reduzindo os obtos em até 70%. Atualmente todas especialidades utilizam-se das unidades intensivas, principalmente para controle de risco.

Palavras-chave: Inclusão; Fisioterapeuta intensivista; UTI Neonatal.

1. Introdução

A fisioterapia é uma modalidade terapêutica relativamente recente dentro das unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal e que está em expansão, especialmente nos grandes centros.

Segundo a portaria do Ministério da Saúde nº 3.432, em vigor desde 12/8/1998, as unidades de terapia intensiva de hospitais com nível terciário devem contar com assistência fisioterapêutica em período integral, por diminuírem as complicações e o período de hospitalização, reduzindo, consequentemente, os custos hospitalares.

Dentre as várias áreas de atuação, fisioterapia é mais utilizada nas unidades de tratamento intensivo na prevenção e tratamento das doenças respiratórias. A Unidade de terapia intensiva, também chamada de Centro de Terapia Intensiva, é destinada ao atendimento de pacientes que necessitam de monitoramento e agilidade constante devido a instabilidade do seu quadro clínico.

Com relação às indicações da fisioterapia respiratória em recém nascidos pré-termo (RNPT), concluíram que o tratamento fisioterapêutico em RNPT enfermos tem indicação sob certas condições clínicas, como as síndromes aspirativas, a síndrome do desconforto respiratório, pneumonias, atelectasias, e na prevenção de complicações da ventilação mecânica. Quatro outros estudos concluíram que a intervenção fisioterapêutica está indicada na presença de

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.

secreção na via aérea, e nos casos com evoluções desfavoráveis à gasometria e/ou ao exame radiológico, sinais indicativos de possíveis problemas com a depuração ciliar, com a ventilação ou outra alteração da mecânica respiratória, e na maioria das vezes com as três condições.

Segundo a portaria do Ministério da Saúde nº 3.432, em vigor desde 12/8/1998, as unidades de terapia intensiva de hospitais com nível terciário devem contar com assistência fisioterapêutica em período integral, por diminuírem as complicações e o período de hospitalização, reduzindo, consequentemente, os custos hospitalares.

Com o avanço da tecnologia e de novos conhecimentos e estratégias terapêuticas no período neonatal, com a utilização de novas modalidades ventilatorias, recém-nascidos (RN) cada vez mais imaturos tem sobrevivido e necessitam de cuidados especializados.

Revisão de literatura

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

Na literatura consultada sobre equipe de saúde, observou-se que são relativamente raras as definições de equipe. O levantamento bibliográfico (bases de dados Medline e Lilacs) mostrou predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades.

Nesse enfoque, a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada.

Fortuna & Mishima apud Fortuna (1999) identificam três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços.

Os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos.

Devido à imaturidade do sistema respiratório, os RN prematuros apresentam alto risco de desenvolver complicações respiratórias, muitas vezes com necessidade de ventilação pulmonar mecânica. Assim, a fisioterapia respiratória torna-se cada vez mais necessária em Unidade de Terapia intensiva Neonatais (Antunes, 2006).

Na vertente da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde. Nessa linha encontram-se, entre outros, os estudos de Campos que vêm produzindo reflexão acerca das equipes de saúde como base principal de organização dos serviços de saúde.

A produção teórica sobre equipe permite observar que esta raramente tem sido explorada como realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde particularmente com base em pesquisas empíricas em serviços. Assim sendo, no presente artigo, apresentam-se um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe, bem como os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe, elaborados a partir de investigação empírica.

Essa citada investigação foi desenvolvida na modalidade de pesquisa qualitativa, e a coleta de informações foi realizada por meio de observação direta e entrevista semi-estruturada em quatro situações distintas de equipes de saúde (enfermaria clínica e unidade de terapia intensiva hospitalares; ambulatório de especialidades gerais; e ambulatório de saúde mental).

Tal pesquisa teve por objetivo (a) identificar as evidências empíricas do trabalho coletivo e (b) compreender as relações entre as situações objetivas de trabalho e as concepções dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipe multiprofissional. A análise tomou como referencial teórico os estudos do trabalho em saúde e a teoria do agir comunicativo de (HABERMAS, 2009).

A utilização da categoria analítica "trabalho", segundo a vertente marxista (Marx, 1994), vem pautando os estudos do trabalho em saúde no Brasil e na América Latina. Nessa linha, ressaltam-se, especialmente, os estudos de Mendes-Gonçalves, que investigam a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde e a conformação dos elementos constituintes do processo de trabalho (objeto, instrumentos e agentes), e os estudos de Schraiber, que aprofundam o conhecimento da subtotalidade representada pelo trabalhador no processo de trabalho.

Como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico.

Entretanto de forma semelhante ao que ocorreu com outras subespecialidades da neonatologia, a fisioterapia se baseia em resultados e evidências de outras terapias intensivas, principalmente a pediátrica. Porem depara-se com um novo paciente que apresenta alta complexidade clínica, envolvendo aspectos anátomicos e fisiológicos específicos (NICOLAU,2006).

A Fisioterapia surgiu como uma “especialidade paramédica” com o propósito de reabilitar e preparar pessoas fisicamente lesadas nas grandes guerras, em acidentes de trabalho ou por doenças oriundas das condições sanitárias precárias para o retorno à vida produtiva.

No Brasil, foi criada como profissão de nível superior em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº. 1405 Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1403-1410, 2009 938, que, em seu art. 3º, estabeleceu que “é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”. O uso do termo “paciente” indica uma proposta de atuação voltada para o indivíduo doente e, portanto, já em fase de tratamento. É coerente com o pensamento clínico sobre o processo saúde-doença, que faz com que a saúde seja “entendida ou representada como ausência de doença e a organização dos serviços medicamente definida”.

Fundamentados neste ideário, os esforços dos profissionais e/ou áreas de estudo preocupadas com as condições de saúde do homem concentram- se na descoberta de novos métodos de “tratamento” das doenças, revelando a predominância de uma assistência “curativa”, recuperativa e reabilitadora.

Na década de setenta, surgiram, no cenário mundial, novos conceitos de saúde e novas concepções do processo saúde-doença mais vinculadas à qualidade de vida de uma população e que procuravam articular, como dimensões explicativas, a biologia humana, os estilos de vida, o ambiente e serviços de saúde.

A publicação do documento *A new perspective on the health of Canadians*, em 1974, por Marc Lalonde⁶, marca o início do moderno movimento da promoção da saúde e apresenta a perspectiva da história social das doenças.

A partir da Declaração de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser defendida como estratégia para se alcançar a meta “Saúde para Todos”, inicialmente proposta com o ano 2000 como prazo limite, posteriormente estendido para o século XXI.

De acordo com a proposta, governos, organizações internacionais e toda a comunidade mundial deveriam unir esforços para que todos os povos do mundo atingissem um nível de saúde que lhes permitissem levar uma vida social e economicamente produtiva.

No Brasil, acompanhando esse movimento, intensificaram-se as críticas ao modelo vigente (centrado na assistência médico-hospitalar), resultando na implantação, por intermédio da reforma do ensino médio e da saúde pública, da proposta da medicina preventiva.

Em 1975, com a criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITTO), pela Lei nº 6.316, iniciou-se o processo de regulamentação da profissão de Fisioterapia. Tendo o Conselho, como uma de suas incumbências, exercer função normativa, emitiu, em fevereiro de 1978, a Resolução COFITTO nº 08, aprovando as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta que, refletindo o movimento da saúde então vigente, definiu como atos desse profissional, “planejar, programar, ordenar, coordenar, executar e supervisionar métodos e técnicas fisioterápicos que visem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária”.

Em relação ao Decreto-Lei nº 938/69, a Resolução COFITTO nº 08/78 ampliou consideravelmente o campo de atuação do fisioterapeuta, tanto em relação aos níveis de assistência (prevenção primária, secundária e terciária) quanto ao foco da atenção, passando a apreender a saúde do indivíduo como um todo e não mais apenas no que diz respeito à sua capacidade física.

Estas alterações conceituais, embora importantes, demonstram-se frágeis quando a mencionada Resolução, no seu Art. 3º, fixa o ato profissional na terapia física: “prescrever, ministrar e supervisionar terapia física que objetive preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano”, posto que o termo “terapia” está diretamente relacionado ao substantivo “terapêutica” que se refere à “parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes”.

A partir do momento em que os fisioterapeutas ampliaram seu campo de atuação e apresentaramse como aptos a contribuir, também, na prevenção primária, eles criaram a necessidade de rever e reestruturar sua prática.

O processo de transformação, no entanto, ficou incompleto, na medida em que faltou atribuir a si, na regulamentação, ações de educação em saúde e prevenção de doenças. A década de oitenta foi um período efervescente, em que o Movimento da Reforma Sanitária despontou como um dos protagonistas políticos na luta pela redemocratização do país.

Respaldado pelas novas concepções do processo saúde-doença, surgidas no cenário mundial, o movimento buscou a redefinição da política de saúde brasileira, a partir da incorporação de seus determinantes sociais, da ênfase às condições de vida e da garantia do direito do exercício da cidadania. A Oitava Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), cuja realização esteve diretamente vinculada ao movimento sanitário, ocorreu em março de 1986, tendo como um de seus principais temas (senão o principal), a reformulação do sistema nacional de saúde.

Em maio de 1987, após a 8ª CNS e antes da criação do Sistema Único de Saúde, a Resolução COFFITO nº 80, por meio de atos complementares, buscou ampliar as atribuições do fisioterapeuta expressas na Resolução nº 08/78, numa perspectiva que procurou adequar a Fisioterapia ao novo momento do cenário sanitário brasileiro.

Dentre as considerações da Resolução nº 80, deve ser destacada a que alude ao objeto de estudo e trabalho do fisioterapeuta: A fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função.

Essa foi uma mudança essencial, porque o movimento é a forma de comunicação do indivíduo com o mundo externo, que acontece a partir da sua interação com o meio em que vive. Não há comunicação sem movimento: a fala produz-se a partir do movimento; a respiração só ocorre

com movimento; através do movimento, os indivíduos expressam seus sentimentos e assumem posturas diante dos desafios da vida.

Assim, ao assumir o movimento como seu objeto, o fisioterapeuta adotou uma perspectiva relacional, pensando o sujeito não apenas por suas características biológicas, mas também o considerando na sua dimensão social.

Visto dessa forma, o fisioterapeuta deve atuar em interação com outros profissionais, para melhor compreender e poder interferir positivamente, no sentido de ampliar e de tornar mais rica e prazerosa a relação permanente do indivíduo com seu ambiente. Junto com os usuários dos serviços de saúde, deve refletir sobre o uso que eles fazem do próprio corpo nas suas relações com o espaço e com outras pessoas e, a partir de então, promover ações visando à melhoria da qualidade de vida no presente e para o futuro.

Muito mais do que tratar e reabilitar, o fisioterapeuta tem o encargo de agir na direção do desenvolvimento das potencialidades do indivíduo para exercer suas atividades laborativas e da vida diária.

Esse posicionamento está diretamente relacionado ao que explicita a Resolução COFITTO nº 80/87: “Por sua formação acadêmico-profissional, pode o fisioterapeuta atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis da assistência à saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas”.

Esta consideração atesta o fisioterapeuta como um profissional apto a atuar na atenção básica tal como se configura na atualidade: o primeiro nível do sistema de assistência à saúde, articulado com os demais, com o intuito de garantir maior acesso aos cuidados e integralidade da atenção, consoante a Declaração de Alma-Ata de que os cuidados primários “têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades”.

A reabilitação, a partir dos anos oitenta, assumiu perspectiva diferente da adotada na medicina preventiva, que se encontra respaldada na história natural das doenças. O documento “Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência”, aprovado e divulgado pela Organização das Nações Unidas em 1982, ressaltou que o direito dos “deficientes” (termo utilizado no documento) situava-se no mesmo patamar de oportunidades dos demais cidadãos, ao afirmar que a eles também caberia “usufruir, em condição de igualdade, das melhorias nas condições de vida”.

A novidade decorreu de uma visão abrangente e multidimensional, que compreendeu ações de reabilitação como treinamento e empowerment do portador de necessidades especiais, intervenções sociais amplas, adaptação do meio ambiente e proteção dos direitos do portador.

A discussão conceitual em relação ao portador de necessidades especiais e à reabilitação levou à associação de dois componentes principais: o funcional e o social. Este enfoque influenciou, também, a assistência em reabilitação daqueles que apresentam lesões transitórias e foi referida em uma das considerações da citada Resolução nº 80/87, que apresentou a reabilitação como “uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo”.

Afora a discussão do objeto do fisioterapeuta, a possibilidade de trazer a reabilitação e o tratamento de distúrbios do movimento para o ambiente em que o indivíduo vive e desenvolve suas atividades – tornando-os mais eficientes, acessíveis e prevenindo transtornos maiores para as pessoas que convivem com algum problema ratifica, sobremodo, o espaço que se abre para a Fisioterapia no primeiro nível da atenção.

Contudo, de acordo com os termos da Resolução nº 80/87, o ato do fisioterapeuta é, ainda, restrito ao “processo terapêutico” e, portanto, à relação com a doença: “Baseando-se nas condições psico-físico-social, o fisioterapeuta] busca promover, aperfeiçoar ou adaptar, através de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida”.

Para melhor entendimento da questão, cabe assinalar a relação observada entre transforma1407 Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1403-1410, 2009 ações marcantes no âmbito da Fisioterapia e mudanças importantes ocorridas na área da saúde, vista como um todo.

Contudo, apesar das dificuldades encontradas até o momento, alguns hospitais já incluíram o fisioterapeuta nas suas equipes multiprofissionais. Tais vivências precisam ser observadas e analisadas. Estudos e investigações sobre esse fenômeno, buscando identificar as peculiaridades e especificidades de cada situação enfocada, precisam ser disseminados, gerando, inclusive, informações e dados que subsidiem a tomada de decisões que fortaleçam e criem inovações no processo de planejamento, gestão e educação na saúde.

Existem grandes diferenças anatomicas e fisiologias entre os recém nascidos, as crianças e os adultos. Essas diferenças interferem na dinâmica respiratória do RN, aumentando sua vulnerabilidade à insuficiência respiratória, principalmente nos prematuros(FIGUEIREDO, 2002).

Algumas dessas diferenças são protetoras e funcionais em um recém nascido saudável, porém, podem contribuir para a falência orgânica em um neonato doente ou clinicamente comprometido(RIGATO& BRADY, 2008).

No período neonatal, a respiração é predominantemente nasal, estendendo-se até o quarto ou sexto mês de vida. Isto se deve ao fato de que a língua é relativamente grande e a mandíbula pequena fechando a orofaringe e impossibilitando, assim, a respiração bucal. Este tipo de respiração gera consequências importantes: a obstrução nasal ou nasofaringea pode tornar-se crítica por causar dificuldades respiratórias leves ou até moderadas em RN portadores de simples vírus em vias aéreas superiores.

Além disso, as narinas fornecem uma resistência ao fluxo aéreo, que na criança maior e no adulto são menores, uma vez que estes usam a boca para respirar em situações de estresse, fazendo com que a inicial seja menor(SEGRE et al, 2005).

A fisioterapia neonatal consiste em procedimentos realizados pelo fisioterapeuta no período neonatal, os quais compreendem o manuseio da parte motora e pulmonar do recém-nascido(ABREU, 2006).

A fisioterapia tem adquirido papel de destaque em várias situações, dentre elas o relaxamento muscular, o posicionamento, a manutenção de boa postura, a promoção da auto organização e o auxílio na ventilação pulmonar do recém-nascido (ANTUNES, 2006).

A abordagem fisioterapêutica é selecionada especificamente para cada tipo de doença em função e selecionada especificamente para cada tipo de doença em função das características do RN, mediante criteriosa avaliação, a partir da qual são traçadas as condutas a serem tomadas (NICOLAU, 2006)

O acolhimento em unidade de terapia intensiva neonatal consiste na atenção oferecida aos familiares, a partir do primeiro contato com a equipe de saúde da UTI neonatal até a alta, visto que esses familiares necessitam de apoio e informações em todos os momentos da hospitalização.

Cabe à equipe explicar sobre os equipamentos que fazem parte do cuidado do RN, informar sobre o quadro clínico atual, a necessidade de cuidados intensivos e o curso do tratamento, tal como orientar sobre as normas e rotinas, os cuidados que deverão ter durante o acompanhamento do RN, os cuidados que favorecem o vínculo afetivo, como: a posição canguru, o "toque seguro", aleitamento materno, entre outros e o desenvolvimento neuropsicomotor, sobre a comunicação da mãe-recém-nascido, prevenção de infecções, como: lavagem de mãos e uso do avental, prevenção dos barulhos e ruídos, promoção do sono e repouso, auxílio nos procedimentos.

Acolhimento então é o ato de receber e atender os diferentes integrantes da família do bebê internado na unidade de terapia intensiva neonatal, procurando facilitar visitas e também

sua inserção nesse ambiente. O acolhimento envolve uma ação não somente física, mas também de cunho afetivo (BRASIL, 2007).

Sobre a valorização o acompanhamento e visitas, vale ressaltar que a visualização e o contato com o RN pelos familiares minimizam o estresse e favorece o apego (TAMEZ; SILVA 1999). A equipe não deve antecipar o prognóstico. Melhor do que falar muito e ouvir, para que possa informar a partir das necessidades de cada família. A medida que ela se aproxima cada vez mais do bebê e da equipe, estará mais apta a trocar informações capazes de facilitar o relacionamento com ambos (BRASIL, 2007).

Diante dessa dificuldade com o processamento das informações, pode-se, então, pensar o quanto é importante a equipe acolher e oferecer uma atenção cuidadosa nesses primeiros momentos o que poderá reduzir ansiedades, medos e descontentamentos.

No decorrer da internação do recém-nascido na UTI neonatal o vínculo fica ameaçado pela separação mãe e filho, pela visita rápida, pela ausência dos familiares, pelo acompanhamento sem o toque terapêuticos e sem comunicação com o recém-nascido, além do pouco conhecimento.

A separação imposta pela internação na UTI neonatal é dolorosa para os familiares e o RN. A culpa e a ansiedade são sentimentos característicos dos pais que permanecem apreensivos quanto à sobrevivência do seu filho e quanto à sua normalidade. Essa separação pode interferir na formação do vínculo entre pais e filho (ADREANI; CUSTODIO; CREA PALDI, 2006).

A prática não deve se afastar do discurso teórico, como tal, fundamenta a teoria dando mais informações e mais poder de argumentação ao discurso teórico que, ao seu tempo, fortalece a prática, fornecendo-lhe subsídios para sua execução (FREIRE, 2006).

Dentre os profissionais que desempenham significativo papel nas relações entre seres humanos encontra-se o fisioterapeuta. Este tem o papel de promover a formação no aspecto individual e coletivo considerando os problemas que envolvem a saúde, oportunizando com isso, atividades de prevenção e promoção da saúde e atitudes saudáveis no modo de se viver (OLIVEIRA; ANDRADE; RIBEIRO, 2009).

Os familiares dos recém-nascidos internados na UTI neonatal, no primeiro contato, parecem assustados e as dificuldades, medos, culpas e desesperos são percebidos de imediato, interferindo de partida na comunicação entre equipe e familiares e na socialização das informações sobre o motivo da internação do RN e das normas e rotinas.

Os familiares no dia da internação requerem um acolhimento breve; com o passar dos dias e diante da aceitação da situação vivida, esse acolhimento se modifica concomitante às mudanças do estado de saúde do RN.

Para que haja uma interação com a família, é importante conhecer os mecanismos envolvidos no estabelecimento do vínculo materno e apego dos pais ao filho, para que possamos proporcionar um ambiente dentro da UTI neonatal que incentive e apoie a integração dos familiares no cuidado e recuperação do recém-nascido (McALLISTER; DIONNE, 2006).

O ambiente da UTI neonatal pode se apresentar em duas situações distintas: uma que é a UTI em si, com finalidade para tratamento de recém-nascido que necessita de cuidados intensivos, de observação rigorosa, tratamento meticoloso. A maioria é prematuro, entretanto RNs a termo e pos-termo podem precisar de terapia intensiva.

São considerados critérios de internação em UTI neonatal RNs com distúrbios metabólicos, icterícia neonatal, indicação de exsanguineotransfusão, RN com peso baixo, com desconforto respiratório, necessitando de oxigenoterapia (halo, cpap, ventilação mecânica), com síndrome hemorrágica, com episódios de apneia, com qualquer distúrbio gastrointestinal que necessite jejum prolongado e Nutrição Parenteral Prolongada (NPP), com problemas respiratórios, hemodinamicamente estáveis, com cardiopatias, com patologia do SNC, e entre outras situações.

Esse ambiente pela extrutura fisica fechada e pela quantidade de equipamento pode ser classificado com um local de excessos e potencial para desenvolvimento de estresse, devendo ao barulho (de equipamentos e principalmente da atividade do pessoal da UTI); iluminacao intensa e continua, sem alternancia de dia-noite; manuseio excessivo em torno de 134 vezes em 24hs por recem-nascido; posturas pouco adequadas dos recem-nascidos do ponto de vista de desenvolvimento e procedimentos dolorosos. Todos esses elementos ocorrem em um esquema variado e absolutamente imprevisivel para o bebe (AHRNBP, 2011); (TAMEZ; SILVA, 2009); (COSTA; MARBA, 2003).

A equipe da UTI neonatal deve encontrar no cuidar-educando opções capazes de mediar as situações de perdas resultantes desse momento vivido possibilitando uma atenção adequada a esta família durante a internação e contribuindo para a continuidade dos cuidados com o recem-nascido ao sair de alta (TAVARES et al, 2006).

Utilizar as tecnologias nos cuidados neonatais não significa o uso dos equipamentos somente, ou limitar-se apenas, ao aspecto técnico; a realização de tarefas ou procedimentos; envolve atitudes que possibilitam atender o recém-nascido e seus familiares com dignidade.

De acordo com Waldow (2004); Mehry (2002) a tecnologia é um processo que envolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento específico, técnico. Pessoal, cultural, social, econômico, político e psico-espiritual, buscando a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana.

Nessa perspectiva Oliveira Collet, Vieira (2006) apontam que a tecnologia é dividida em duas categorias; as de produto, que se constituem em equipamento, instalações físicas, ferramentas e outros; e as de processo, que se referem às técnicas, métodos e procedimentos utilizados para obtenção de um determinado produto.

Na unidade de terapia intensiva neonatal (UTI neonatal), o cuidado com os familiares deve ser específico, justificado pelo impacto que o ambiente causa pois é recheado de equipamentos sofisticados e pessoas estranhas e pelas dificuldades em entender, conviver e colaborar com a situação da hospitalização do recém-nascido.

Tais dificuldades são atribuídas aos aspectos emocionais que esses familiares vivenciam com a separação de seu filho. Para os familiares a internação de um filho na UTI neonatal, seja ele prematuro ou doente, é quase sempre um momento difícil, pois a UTI neonatal é um ambiente estranho gerador de insegurança, sobretudo quando a criança existente não é aquela imaginada.

Muitas UTIs neonatais já assumiram esse papel importante de acolher os pais e guiar-los, de modo a reassegurarem o relacionamento com o filho e auxiliá-los a passarem pelo período estressante de hospitalização. É essencial que a família acompanhe o filho durante essa fase, participando dos cuidados, para que possa ser capaz de cuidar dele após a alta hospitalar e todos se sentirem seguros quanto a esse aspecto.

Cabe à equipe explicar sobre os equipamentos que fazem parte do cuidado do RN, informar sobre o quadro clínico atual, a necessidade de cuidados intensivos e o curso do tratamento; orientar sobre as normas e rotinas, os cuidados que deverão ter durante o acompanhamento do RN, os cuidados que favorecem o vínculo afetivo.

A fisioterapia respiratória é um recurso auxiliar efetivo na prevenção e tratamento de diversas doenças broncopulmonares, especialmente para a remoção da secreção bronquica. Como resultado há melhora da ventilação, da hematose e da eficiência muscular, além de menor gasto energético, melhor mobilidade da caixa torácica e efetividade da tosse.

A assistência fisioterapêutica é indicada nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais como coadjuvante para o tratamento de broncopneumonia, desconforto respiratório meconial, hipertensão pulmonar persistente, entre outras (HADDAD et al., 2006).

Metodologia

A metodologia utilizada reporta-se a uma revisão bibliográfica através da verificação e comparação de textos de livros e artigos de revistas científicas como Scielo, Bireme de 2004 até 2012, entre outros.

Resultados e discussão

Com base na literatura e no quadro teórico apresentado, observa-se a distinção entre as duas noções que recobrem a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação consante à proposta da integralidade das ações de saúde. Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas.

Tabela – Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento.

Parâmetros	Equipe integração	Tipologia	
		Equipe agrupamento	
Comunicação externa ao trabalho		X	
Comunicação estritamente pessoal		X	
Comunicação intrínseca ao trabalho	X		
Projeto assistencial comum	X		
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X		X
Arguição da desigualdade dos trabalhos especializados	X		X
Especificidades dos trabalhos especializados	X		
Flexibilidade da divisão do trabalho	X		
Autonomia técnica de caráter interdependente	X		
Autonomia técnica plena			X
Ausência de autonomia técnica			X

Com base nessa distinção, construiu-se uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes.

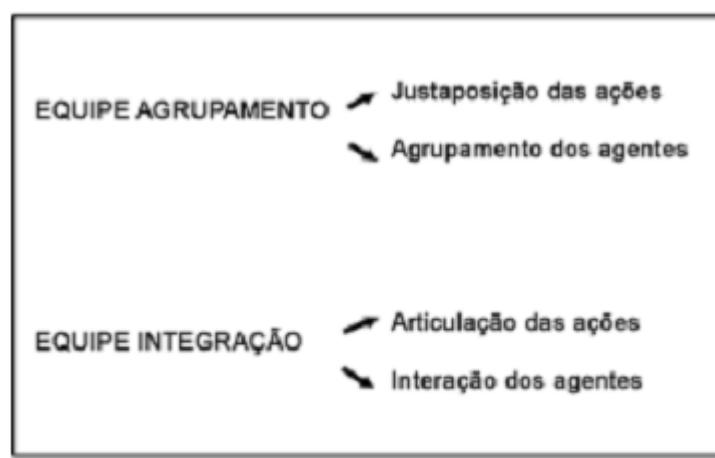


Figura - Tipologia do trabalho em equipe.

Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da

especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico.

Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva. Nesse sentido, a recomposição requer a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes.

A importância da manutenção e da qualidade de vida do prematuro determinou a busca de um atendimento humanizado, individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e de sua família. Assim, o pai e a mãe foram inseridos no processo de trabalho, tendo em vista o fornecimento de estímulos sensoriais ao neonato, ao estabelecimento do vínculo e apego, além do preparo para o cuidado domiciliar melhorando a qualidade de vida do bebê e da família.

Com a inclusão da família no processo assistencial nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, emerge a necessidade de instrumentalizar os profissionais com conhecimentos em psicologia familiar, apego entre mãe e filho, relacionamento interpessoal e direitos humanos, para que a atuação seja pautada no modelo de atenção à saúde humanizada.

A família, quando inserida no processo de trabalho da unidade, foi considerada pelos profissionais como um agente e foi envolvida na implementação de intervenções que os profissionais julgavam ser importantes para suprir as necessidades da criança e da família.

Contudo, nem sempre a família tem sido ouvida nesse processo e, portanto, não conhece a expectativa da equipe em relação a sua participação na assistência. Ao adentrar ao hospital, a família traz consigo a necessidade de vivenciar o nascimento do seu filho, provando sensações novas, enfrentando risco de sequelas e da morte, tendo medo e insegurança de realizar o cuidado domiciliar.

Portanto, a equipe precisa ser instrumentalizada para acolher a criança e a família no ambiente da terapia intensiva, incluindo-a na perspectiva do cuidado humanizado. O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão e a valorização da pessoa humana enquanto sujeito histórico e social.

Humanizar é um processo vivencial que permeia todas as atividades do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares em que se encontra no momento da sua internação.

Para que haja uma assistência humanizada é fundamental que a equipe de saúde tenha um preparo específico para lidar com situação emocionalmente estressante.

O acompanhamento fisioterapêutico desse recém-nascidos proporciona uma estabilidade das variáveis hemodinâmicas como a frequência cardíaca, a manutenção da circulação cerebral e, secundariamente, a manutenção das vias aéreas com fluxo menos turbulento e com o mínimo de secreção, permitindo aumento na permeabilidade e redução do número de fatores intrisicos das vias aéreas que contribuem para o aumento da resistência pulmonar e diminuição nos eventos fisiológicos das trocas gasosas(ABREU, 2006).

Várias manobras fisioterápicas estão sendo avaliadas quanto a eficácia na remoção de secreção do trato respiratório inferior e quanto ao risco de efeitos adversos no recém-nascido, porém estes aspectos ainda não estão totalmente determinados (HADDAD, 2006).

Em relação aos recursos fisioterapêuticos, vários autores contra-indicam as manobras de higiene brônquica para prematuros de muito baixo peso nos três primeiros dias de vida devido a habilidade e possibilidade de apresentarem hemorragia intracraniana para estes RN, o posicionamento é fundamental e parte integrante da assistência fisioterapêutica durante os primeiros dias de vida, fornecendo melhores condições biomecânicas ao segmento toraco-

abdominal, otimizando a função respiratória, sem contribuir para o aumento da vulnerabilidade aos eventos hemorrágicos (NICOLAU, 2006).

E bem conhecido o fato de que a hemorragia intracraniana periintraventricular ocorre com maior frequência nas primeiras 72 horas de vida em prematuros de muito baixo peso. Inúmeros fatores e extravasculares podem agir para promover o sangramento ou aumento deste, dentre deles, a persistência do canal arterial, a ventilação mecânica e possivelmente, certos procedimentos como a aspiração traqueal e a própria fisioterapia respiratória aplicada de maneira inadequada (NICOLAU, 2006).

A aspiração endobronquica e traqueal, muito utilizada na fisioterapia, tem risco de efeitos adversos, como bradicardia e hipoxemia e devem ter a indicação reavaliada frente a outras manobras disponíveis (HADDAD, 2006).

Não se recomenda a realização da aspiração em horários pre-estabelecidos, pois a necessidade de remover o excesso de secreção em vias aéreas para melhorar a função pulmonar deve ser individualizada (NICOLAU, 2006).

Os critérios usados para a indicação do procedimento de aspiração são: presença de secreção nas vias aéreas ou cânula traqueal, presença de ruídos adventícios à auscultação pulmonar associada ou não à piora do padrão respiratório e queda dos níveis da saturação de oxigênio (NICOLAU, 2006).

Apesar da reconhecida importância e da frequente participação da fisioterapia respiratória na assistência neonatal, ainda são escassos os estudos que avaliam a eficácia e segurança das técnicas fisioterapêuticas no recém-nascido, conforme mostra a revisão sistemática de Flenady e Gray (2002), que incluiu apenas três ensaios clínicos controlados, para avaliar os efeitos da fisioterapia respiratória na prevenção de morbidade em recém-nascido.

Conclusão

Em algumas situações a fisioterapia respiratória tem mostrado grande impacto e pode alterar o prognóstico do paciente. Isto foi observado na síndrome do desconforto respiratório, na síndrome de aspiração meconial, na displasia broncopulmonar, nas pneumonias neonatais e nos pós-operatórios de cirurgias de grande porte.

A fisioterapia pré e pós-extubação também mostrou valor na redução da incidência de complicações, como as atelectasias pós-extubação. Os pacientes pediátricos internados em terapia intensiva têm indicação de fisioterapia respiratória em casos de hipersecreção brônquica, submetidos ou não à ventilação mecânica, pois há otimização da função cardiopulmonar e redução do agravo respiratório.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica:** Saúde da Família. [site na Internet]. [acesso 26 maio 2012]. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab>>

FORTUNA CM. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde:** produzindo e reproduzindo-se em subjetividades [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

HABERMAS J. **Consciência moral e agir comunicativo.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2009.

JERONIMO, Rosangela A. Sala. **Técnicas de UTI.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MENDES-GONÇALVES RB. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR Série Textos,1).

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2008.

SCHRAIBER LB. **O médico e seu trabalho:** limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 2003.