

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Andréa Nunes Alves – Faculdade Anhanguera de Santa Bárbara

RESUMO: A dedicação do fisioterapeuta ao paciente crítico teve seu início entre as décadas de 40 e 50 devido à crise da poliomielite. Em anos recentes, os fisioterapeutas estão cada vez mais presentes no ambiente hospitalar, entretanto sua atuação difere em cada instituição, não estando seu papel bem definido. Nesse sentido o objetivo deste estudo é delinear a importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar e descrever seu papel, a partir da revisão de 36 referências bibliográficas, publicadas entre os anos de 2004 e 2011. Conclui-se que as pesquisas para comprovação da eficácia de suas técnicas reforçam a importância do fisioterapeuta hospitalar, demonstra que sua presença durante 24 horas é indispensável e ressalta a necessidade de especialização na área por parte do profissional.

ABSTRACT: The dedication of physiotherapist to critical patient started between 40's and 50 polio due to crisis. In recent years, physiotherapists are increasingly present in the hospital environment, however their performance differ from each institution, as its role is not well defined. In this sense the objective of this study is delineate the importance of physiotherapists in the hospital environment and describe their role, from a review of 36 references published between the years 2004 and 2011. It was concluded that the researches to prove the efficacy of this techniques reinforce the importance of physiotherapist in the hospital, demonstrates that his presence is essential 24 hours per day and underscores the need for specialization in the area by the professional.

PALAVRAS-CHAVE:
fisioterapia; serviço hospitalar de fisioterapia; unidades de terapia intensiva; assistência ao paciente.

KEYWORDS:
physical therapy, hospital physiotherapy service, intensive care units, patient care.

Artigo Original
Recebido em: 16/08/2012
Avaliado em: 04/09/2012
Publicado em: 14/05/2014

Publicação
Anhanguera Educacional Ltda.

Coordenação
Instituto de Pesquisas Aplicadas e Desenvolvimento Educacional - IPADE

Correspondência
Sistema Anhanguera de Revistas Eletrônicas - SARE
rc.ipade@anhanguera.com

1. INTRODUÇÃO

A fisioterapia foi regulamentada como profissão pelo decreto lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Sua atividade abrange a realização de métodos, técnicas e de procedimentos terapêuticos sob contato físico aplicados diretamente ao paciente, estando ele consciente ou não (BRAZ; MARTINS; JUNIOR, 2009). É uma das profissões mais jovens da área da saúde (CALVALCANTE et al., 2011) e tem como objetivo prevenir e tratar lesões cinéticas funcionais decorrentes de traumas e de doenças, através de mecanismos terapêuticos próprios (MOREIRA; NOGUEIRA; ROCHA, 2007). Dependendo de sua especialização o fisioterapeuta pode atender pacientes em condições clínicas graves, em estado terminal e até mesmo em situações de risco de vida (BRAZ; MARTINS; JUNIOR, 2009).

A dedicação da fisioterapia ao paciente crítico teve seu início entre as décadas de 40 e 50 devido à crise da poliomielite (BRAZ; MARTINS; JUNIOR, 2009; MOREIRA et al., 2005), desde então sua afirmação como parte da assistência intensiva tem sido progressiva (NOZAWA et al., 2008), e sua atuação como profissional integrante da equipe multiprofissional no tratamento de pacientes nas unidades de terapia intensiva (UTI) é reconhecida em diversos países desenvolvidos (BORGES et al., 2009; GODOY et al., 2011).

No Brasil, embora os fisioterapeutas estejam cada vez mais presentes nas UTIs, sua atuação difere em cada instituição não estando seu papel bem definido (NOZAWA et al., 2008). Entre 1973 e 1979, reconheceu-se a importância da fisioterapia nos hospitais, especialmente com a fisioterapia respiratória, o que leva essa época a ser a mais importante para a inserção da fisioterapia respiratória brasileira que, com seu rápido crescimento na década seguinte, consolidou-se como indispensável em todos os hospitais, quando então essa especialidade passou definitivamente a compor também as equipes de terapia intensiva. Sem dúvida a nova atuação da fisioterapia respiratória brasileira possibilitou uma importante integração multiprofissional e interdisciplinar, a qual passou a exigir ainda mais estudos e aprimoramento dos fisioterapeutas para que estes pudessem atuar com maior respeito dos demais profissionais da equipe (SARMENTO, 2007).

No atendimento multidisciplinar oferecido aos pacientes em UTIs, o fisioterapeuta se faz presente em vários segmentos do tratamento intensivo, tais como o atendimento a pacientes críticos que não necessitam de suporte ventilatório; assistência durante a recuperação pós cirúrgica, com o objetivo de evitar complicações respiratórias e motoras; assistência a pacientes graves que necessitam de suporte ventilatório (JEREE et al., 2007; SABETZKI; CICOTOSTE, 2008). No suporte ventilatório o fisioterapeuta tem importante participação, auxiliando na condução da ventilação mecânica, desde o preparo e ajuste do ventilador artificial à intubação, evolução do paciente durante a ventilação mecânica, interrupção e desmame do suporte ventilatório e extubação (JERRE et al., 2007).

A fisioterapia respiratória pode atuar na prevenção e no tratamento das doenças respiratórias utilizando-se de diversas técnicas e procedimentos terapêuticos tanto em nível ambulatorial, hospitalar ou de terapia intensiva (ABREU et al., 2007), com o objetivo de melhorar a função pulmonar, através da desobstrução brônquica, da expansão das áreas pulmonares colapsadas e no equilíbrio da relação ventilação/perfusão (SANTOS et al., 2009), diminuindo assim o tempo de hospitalização, pois inicia precocemente sua reabilitação proporcionando qualidade na internação de cada paciente (SABETZKI; CICOTOSTE, 2008).

Pacientes em ventilação mecânica invasiva (VMI) normalmente evoluem com retenção de secreção pulmonar, porque ambos os mecanismos necessários para um processo de depuração normal das vias aéreas, transporte mucociliar e tosse, se encontram prejudicados. O acúmulo de secreção pulmonar pode provocar aumento da resistência das vias aéreas, obstrução parcial ou total das mesmas com, conseqüente, hipoventilação alveolar e desenvolvimento de atelectasias, hipoxemia e aumento do trabalho respiratório. A presença de estase de secreção e atelectasias constituem um meio favorável para o desenvolvimento de colonização bacteriana e infecção do parênquima pulmonar o que constitui um fator complicador grave que pode prolongar o tempo de VMI e, conseqüentemente, afetar negativamente o prognóstico do paciente (DIAS et al., 2011).

As técnicas fisioterapêuticas mais comuns utilizadas para promover higiene brônquica são: drenagem postural, compressão torácica manual, hiperinsuflação manual, aspiração traqueal, dentre outras (SANTOS et al., 2009) como a ventilação mecânica não invasiva (VMNI) com pressão positiva que é considerada um dos maiores avanços da ventilação mecânica (SCHETTINO et al., 2007). Principal terapia de escolha para pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), mas também tem sido usada com sucesso em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica de várias origens, incluindo pós operatório de cirurgias abdominais (PESSOA et al., 2010) e de tórax reduzindo o risco de reintubação, tempo de permanência em UTI e, conseqüentemente, a mortalidade, pois melhora a ventilação alveolar e as trocas gasosas, diminui o trabalho ventilatório e aumenta os volumes pulmonares (FILHO; BONFIM; AQUIM, 2010).

Por sua vez os cuidados à criança e ao recém-nascido de alto risco tem se tornado uma especialidade estabelecida na maioria dos países desenvolvidos. No Brasil, as iniciativas para o trabalho de fisioterapia nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs), tiveram início na década de 1980. No primeiro momento após a criação das UTINs, a maior preocupação era a de melhorar a sobrevivência dos recém-nascidos (RNs), sem aumentar o número de complicações e partindo desse preceito pode-se afirmar que a fisioterapia vem progredindo por meio de profissionais que têm como proposta um atendimento diferenciado para os RNs de alto risco. Como a fisioterapia é uma modalidade nova dentro das UTINs, encontra-se em expansão, principalmente nos grandes centros (VASCONCELOS; ALMEIDA; BEZERRA, 2011). Com isso, a assistência fisioterapêutica na equipe multidisciplinar aos recém-nascidos

pré-termos (RNPT) sob cuidados intensivos tem como objetivo prevenir e minimizar as complicações respiratórias decorrentes da própria prematuridade e da ventilação mecânica, otimizar a função pulmonar de modo a facilitar as trocas gasosas, e assim, promover uma evolução clínica favorável. Para tanto, utiliza procedimentos fisioterapêuticos específicos como as posturas de drenagem, a vibração torácica e os exercícios respiratórios passivos (NICOLAU et al., 2008).

A portaria do Ministério da Saúde n. 3432, em vigor desde 12/8/1998, diz que as UTIs com nível terciário devem contar com assistência fisioterapêutica em período integral (manhã e tarde), por diminuírem as complicações e o período de hospitalização, reduzindo, conseqüentemente, os custos hospitalares (NICOLAU; LAHOZ, 2007; VASONCELOS; ALMEIDA; BEZERRA, 2011). Em 24 de Fevereiro de 2010 a Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI) através da Resolução nº 7 - RDC, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento das UTIs, deu novas disposições sobre a fisioterapia, aprovando a designação de um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia que deve ser especialista em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave e aumenta a carga horária para os turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação, com no mínimo 01 (um) profissional para cada 10 (dez) leitos.

Tendo em vista as considerações expostas, o presente estudo objetiva através de uma revisão bibliográfica, delinear a importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar e descrever seu papel nas mais diversas áreas e patologias.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada através da análise de 36 referências bibliográficas, encontradas na base de dados do *Scielo*, *Lilacs*, *Medline*, Biblioteca e Sites nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2004 e 2011 selecionados conforme a relevância para o presente estudo.

3. DISCUSSÃO

A atuação da fisioterapia no ambiente hospitalar vem aumentando sistemática e gradualmente nas últimas décadas, o que possibilita um avanço na área científica e leva a um maior esclarecimento sobre o papel deste profissional. No estudo de NOZAWA et al. (2008) foi realizada uma investigação do perfil dos fisioterapeutas que atuam nas UTIs do Brasil, se destacando por ser o primeiro estudo de abrangência nacional onde se focalizou a direção do serviço, técnicas fisioterapêuticas empregadas e nível de autonomia em relação a VMI e VMNI, realizado através de um questionário destinado aos chefes dos serviços de

fisioterapia de hospitais registrados na Associação Médica de Terapia Intensiva. Constatou-se que os fisioterapeutas brasileiros atuam em sua maioria, em instituições privadas e assistenciais, cujos serviços são chefiados por fisioterapeutas, têm relativa autonomia quanto às técnicas fisioterapêuticas e o manuseio da ventilação mecânica não-invasiva mas, no caso da invasiva, atuam sob diretiva da equipe médica.

Em outro estudo realizado por BRAZ, MARTINS e JUNIOR (2009) o objetivo foi analisar a atuação do fisioterapeuta em UTIs da cidade de Anápolis (GO) com a finalidade de observar a uniformidade ou não de atuações e a adequação quanto às habilidades e competências de um profissional dessa área. Para isso foi realizada entrevista com fisioterapeutas envolvidos no atendimento de pacientes das UTIs. Pode-se concluir que: 1. uma parte considerável não possui qualificação adequada para a plena atuação nas UTIs; 2. quanto ao relacionamento multiprofissional a maioria relata ter uma boa convivência, mas restrita comunicação sobre o estado do paciente; 3. os profissionais permanecem de 3 a 6 horas diárias, o que comprovou que não existe um sistema de rotina para cobertura de 24 horas, levando a equipe de enfermagem a realizar alguns procedimentos que deveriam ser realizados pelo fisioterapeuta, como a aspiração e a mudança de decúbito; 4. constatou-se homogeneidade quanto aos procedimentos fisioterápicos, diferenciando apenas quanto ao manuseio da ventilação mecânica.

As especialidades envolvidas no atendimento ao paciente crítico como a Fisioterapia Respiratória (Resolução nº. 400/2011) e Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva (Resolução nº. 402/2011) são reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), sendo essenciais para uma plena atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. A falta de autonomia no manuseio da VMI decorre muitas vezes da falta de especialização do profissional o que acaba lhe tirando a credibilidade no atendimento, portanto um maior conhecimento no atendimento ao paciente crítico realizado através de especializações voltadas a este tipo de paciente se torna indispensável para uma mudança deste quadro, uma vez que o fisioterapeuta esta apto a exercer este tipo de função.

Segundo SILVA e SILVEIRA (2011) o fisioterapeuta é um dos trabalhadores que tem como principal instrumento as mãos e utiliza o toque no corpo do paciente da forma mais eficaz possível, o que, portanto não permite que suas intervenções terapêuticas sejam desumanizadas. LOPES e BRITO (2009) em seu estudo objetivaram constatar se a conduta profissional do fisioterapeuta experimentada na UTI é humanizada, através de um questionário realizado com 44 pacientes maiores de 18 anos que permaneceram internados em UTI por período igual ou superior a 24 horas no Hospital São Rafael em Salvador (BA). Pode-se concluir que a assistência fisioterapêutica prestada na UTI foi marcada pelo bom atendimento, pela atenção dada ao paciente e pelo tratamento de qualidade, caracterizando uma assistência humanizada.

O atendimento humanizado fornece melhores condições para a recuperação do paciente, pois o indivíduo atendido sente que é visto de forma individual onde seus sentimentos e doença são respeitados e dessa forma não somente quem esta sendo atendido sente esta satisfação, mas também o profissional o que torna a terapia mais agradável, levando a resultados mais rápidos.

A fisioterapia no atendimento em UTIN é um segmento recente de atuação, onde estudos são essenciais para a comprovação da necessidade deste profissional, principalmente levando em consideração a complexidade e especificidade desses pacientes. CUNHA et al. (2008) avaliaram os efeitos da manobra de *bag squeezing*, que consiste em uma série de excursões respiratórias amplas profundas, com uma pausa inspiratória de 3 segundos, seguida de rápida expiração para simular tosse, em pacientes com insuficiência respiratória na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foram selecionados 23 pacientes entre 1 mês e 18 anos em ventilação mecânica por 12 horas ou mais, monitorando e comparando a frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), pressão arterial (PA) e saturação de oxigênio no pulso (SpO₂), antes da execução da manobra, e após, no 1º e no 5º minutos, onde a manobra de hiperinsuflação manual foi considerada segura para pacientes em ventilação mecânica quanto aos parâmetros hemodinâmicos e com significativa melhora da saturação arterial de oxigênio.

No estudo de VASCONCELOS, ALMEIDA e BEZERRA (2011), o objetivo foi avaliar o impacto e os benefícios da intervenção do fisioterapeuta no atendimento aos recém-nascidos internados em UTIN do Hospital Agamenon Magalhães, da cidade de Recife (PE), por comparação entre os anos de 2005 e 2007, em que houve um aumento do tempo de permanência do fisioterapeuta na UTIN. A pesquisa foi realizada através da análise de 195 prontuários do sistema de arquivo médico e estatísticos, sendo 110 do ano de 2005 e 85 de 2007, onde de acordo com resultados obtidos, observou-se uma influência positiva da maior permanência da fisioterapia na UTIN com a diminuição da fração inspirada de oxigênio.

A fisioterapia respiratória é dos métodos mais usados pelos fisioterapeutas nos hospitais, uma vez que tem como principal objetivo manter as vias áreas livres de secreções. Um dos procedimentos padrão realizado nas UTIs para a remoção de secreções em pacientes com vias áreas artificiais é a aspiração, com isso, existem vários estudos que compararam a eficácia dos dois métodos como o estudo de ROSA et al. (2007) que teve como objetivo avaliar as alterações da mecânica pulmonar em pacientes em VMI, com a utilização de protocolos de fisioterapia respiratória e de aspiração traqueal isolada aplicados em pacientes com mais de 48 horas de ventilação mecânica, divididos aleatoriamente para a ordem de aplicação no Centro de Tratamento Intensivo do Hospital Moinho dos Ventos, Porto Alegre (RS). Dados da mecânica pulmonar e das variáveis cardiorrespiratórias foram coletados antes da

aplicação do protocolo, imediatamente após, 30 minutos e 120 minutos após a aplicação dos protocolos. Chegou-se a conclusão de que o protocolo de fisioterapia respiratória foi eficaz na diminuição da resistência do sistema respiratório quando comparado ao protocolo de aspiração e essa diminuição manteve-se duas horas após sua aplicação, o que não ocorreu quando realizada apenas a aspiração traqueal isolada.

Diante da incontestável eficácia da fisioterapia respiratória OGAWA et al. (2009) levantaram a questão sobre a necessidade da fisioterapia no setor de emergência dos hospitais, uma vez que a atuação deste profissional neste setor proporciona um atendimento mais rápido e eficiente, reduz o tempo de intubação, de ventilação mecânica, de complicações respiratórias e diminui o tempo de internação hospitalar. O estudo teve como objetivo a avaliação da frequência dos atendimentos fisioterapêuticos no hospital público São Paulo/UNIFESP em pacientes com problemas pulmonares e cardiovasculares, que deram entrada no serviço de emergência no período de maio a junho de 2009. Foram avaliados 192 pacientes com idade média de 65 anos, onde foi verificado que o atendimento de fisioterapia ainda é pequeno, porém existe uma grande demanda de pacientes com problemas respiratórios e cardiovasculares graves que podem se beneficiar dessa especialidade.

A fisioterapia motora é um campo que merece atenção nos hospitais. O estudo de VALENTE et al. (2006) avaliaram se a fisioterapia no ambiente hospitalar melhora a função do membro superior acometido, através de 8 pacientes que sofreram acidente vascular encefálico (AVE), além de avaliar a força muscular e sensibilidade deste membro. Os pacientes receberam fisioterapia padronizada para membro superior durante o período de internação no Hospital São Paulo, em São Paulo (SP), duas vezes por dia. Todos foram avaliados através das escalas Fugl-Meyer modificada e de força muscular do Medical Research Council em dois momentos: antes e após o tratamento fisioterapêutico, a fim de obter dados comparativos e desta forma a fisioterapia pode ser considerada de grande valia na reabilitação precoce de indivíduos hemiparéticos hospitalizados, proporcionando melhora da função motora, sensibilidade e força muscular.

No estudo de ZAGO, GRASEL e PADILHA (2009) foi feita a análise de 673 prontuários do Hospital Universitário Santa Terezinha, em Joaçaba (SC), a fim de verificar a incidência de atendimentos fisioterapêuticos prestados aos pacientes que sofreram fraturas entre os anos de 2005 e 2007, onde encontrou-se baixa incidência de atendimento fisioterapêutico -13,7% (n=71)- e não foram observados registros de encaminhamento para a fisioterapia após alta hospitalar.

Estes estudos sinalizam para a importância de um incremento da fisioterapia motora no ambiente hospitalar, uma vez que esta aliada à fisioterapia respiratória em certas patologias que comprometem o sistema motor podem abreviar o tempo de permanência no hospital e aumentar os índices de recuperação após a alta hospitalar.

A VMNI é um método que rotineiramente é usado nos hospitais pela fisioterapia,

pois facilita as trocas gasosas e diminui o trabalho respiratório. Aplicado em pacientes com insuficiência respiratória aguda de várias etiologias e também no pós operatório de cirurgias torácicas como foi o caso do estudo de FILHO, BONFIM e AQUIM (2010), onde foi verificada a eficácia da VMNI no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca, acompanhando seu impacto até o sexto dia de internação. Os pacientes foram divididos em dois grupos, o grupo controle e o grupo experimental que recebeu VMNI no modo de pressão de suporte com pressão expiratória final positiva, após extubação durante 2 horas, sendo avaliadas as variáveis ventilatórias, de oxigenação e hemodinâmicas imediatamente após extubação e após VMNI. Observou-se que VMNI se mostrou eficaz em pós operatório de cirurgia cardíaca do grupo experimental, pois incrementou a capacidade vital diminuiu frequência respiratória, preveniu a insuficiência respiratória aguda pós extubação e reduziu os índices de reintubação. Outro estudo que analisou os benefícios da VMNI foi o de LOPES et al. (2008) onde 100 pacientes foram divididos em dois grupos: o grupo controle que fez uso somente de cateter de O₂ e o grupo estudo que utilizou VMNI com dois níveis pressóricos após a extubação por 30 minutos. Foram analisadas as variáveis gasométricas e hemodinâmicas, onde demonstrou-se que o uso da VMNI por 30 minutos após extubação produziu melhora na oxigenação dos pacientes em pós operatório imediato de cirurgia cardíaca.

O uso da VMNI não é uma exclusividade somente do fisioterapeuta podendo ser aplicado por outros profissionais, tendo isso em vista MAEDA et al. (2010) avaliaram o grau de informação entre os profissionais de saúde sobre o uso da VMNI em crianças com insuficiência respiratória, através de um questionário aplicado em 29 profissionais (5 médicos, 4 fisioterapeutas e 20 da equipe de enfermagem) do setor semi-intensiva do Hospital Santa Casa de São Paulo, onde 18 profissionais relataram ter um bom nível de conhecimento sobre o uso da VMNI, 13 consideram-se apto a instalar a VMNI, 24 consideram a insuficiência respiratória aguda como a principal indicação para o uso da VMNI, 9 não souberam citar suas principais complicações e 27 indicaram o fisioterapeuta respiratório como o profissional mais apto a aplicar a VMNI.

Esses dados revelam o potencial benéfico do método em pacientes com insuficiência respiratória aguda de várias etiologias e apontam a importância do fisioterapeuta no ambiente hospitalar para o sucesso da aplicação.

O processo de desmame é de extrema importância, pois a VMI prolongada pode causar inúmeras complicações aumentando o número de morbidade. A padronização do desmame tem se mostrado necessária e seus resultados foram mostrados no estudo de OLIVEIRA et al. (2006) em que foi avaliado a aplicação de um protocolo de desmame da VMI na UTI da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, durante o período de fevereiro de 2003 a fevereiro de 2004, em todos os pacientes em programa de liberação da ventilação mecânica, onde o desmame realizado seguindo a padronização trouxe melhora na sua condução, mantendo alto índice de sucesso com baixa mortalidade.

O hospital Sírio-Libânes (SP) em Janeiro de 2004 realizou a padronização do desmame

da ventilação mecânica e apontou as equipes de enfermagem e fisioterapia como aptas para realizarem a aplicação do protocolo por diminuírem em até 30 horas o tempo de ventilação mecânica.

Os benefícios da fisioterapia no tempo de internação é um tema discutido em vários estudos como o de MALKOÇ, KARADIBAK e YILDIRIM (2009) que avaliou o efeito da fisioterapia na dependência do ventilador, através de dois grupos: o grupo controle que recebeu os cuidados padrões de enfermagem onde os dados foram obtidos através dos prontuários dos pacientes e o grupo estudo que participou do programa de intervenção da fisioterapia. Participaram um total de 510 pacientes internados na UTI. Constatou-se que embora os pacientes tivessem características físicas e diagnósticos semelhantes o tempo de permanência na UTI foi significativamente menor no grupo de intervenção o que mostra que a fisioterapia tem um grande impacto sobre a dependência ventilatória e o tempo de permanência na UTI.

No estudo de SABETZKI e CICOTOSTE (2008) verificou-se os benefícios do atendimento fisioterapêutico noturno aos pacientes internados na UTI do Hospital Ministro Cavalcante da cidade de Foz do Iguaçu (PR), através de 85 pacientes divididos em dois grupos: o grupo controle que não recebeu atendimento fisioterapêutico e o grupo experimental que recebeu atendimento fisioterapêutico no período noturno (3º atendimento do dia). Pode-se observar que o atendimento fisioterapêutico noturno previne intubações, reintubações e traqueostomias, acelera o desmame da ventilação mecânica, diminui as pneumonias nosocomiais, adquirindo assim maior rotatividade nos leitos, devido ao maior índice das altas em uma UTI.

TANAKA (2007) realizou um estudo no Serviço de Fisioterapia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (SP) com 500 pacientes, onde analisou o impacto da ampliação do horário de fisioterapia que passou de 12 para 24 horas por dia, em que se pode constatar uma redução de 40% no período de internação que era em média de 10 dias quando o turno de fisioterapia era de 12 horas passando para 6 dias quando o turno passou para 24 horas. Este estudo demonstrou benefícios como o menor risco de infecção hospitalar, o aumento de leitos disponíveis com conseqüente diminuição dos gastos hospitalares e diminuição das complicações causadas pela imobilidade no leito. O estudo revelou também que a ausência do trabalho do fisioterapeuta durante 24 horas aumenta o risco de piora do quadro respiratório do paciente, com necessidade de reintubação e a possibilidade de se contrair pneumonia pelo uso prolongado da ventilação mecânica.

Diante desses resultados a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR) através do Ofício nº 006/2009 de 6 agosto de 2009, além de outras considerações levanta a questão de que uma característica marcante na UTI é o trabalho em conjunto em busca de soluções, o que exige a participação cooperativa de todos os membros para que sejam eficientes e resolutivas, e salienta através

de um trecho do documento enviado para consulta pública de 27 de abril de 2006 que diz que todo paciente crítico deve ser avaliado em todos os turnos e nas intercorrências clínicas pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia, com registro legível e assinado em prontuário, o que contradiz a atual situação do fisioterapeuta que tem sua atuação em apenas três turnos (18 horas) se fazendo necessário uma revisão para que sua presença nos hospitais seja de 24 horas por dia e continua solicitando, 1 (um) fisioterapeuta plantonista exclusivo da unidade, preferencialmente, com título de especialista na área de atenção ao paciente crítico, para cada 8 (oito) leitos ou fração, por turno.

4. CONCLUSÃO

A fisioterapia no ambiente hospitalar teve um rápido crescimento nas últimas décadas, e as pesquisas para comprovação da eficácia de suas técnicas, também reforçam a importância do fisioterapeuta hospitalar, para tanto, sua presença durante 24 horas nas UTIs, UTINs e enfermarias se torna indispensável. Ressalta-se que o profissional deve ter especialização na área de modo a contribuir com a equipe multidisciplinar no cuidado e tratamento do paciente crítico.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L.C. et al. Uma visão prática da fisioterapia respiratória: ausência de evidência não é evidência de ausência. *Arquivos Médicos do ABC*, v.32, supl.2, p.76-78, 2007.
- ASSOBRAFIR, Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva. Ofício nº006/2009, São Paulo, 6 ago. 2009. Disponível em: <http://www.assobrafir.com.br/imagens_up/2ASSOBRAFIR-ANVISA.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.
- BORGES, V.M. et al. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.21, n.4, p.446-452, 2009.
- BRAZ, P.R.P.; MARTINS, J.O.S.O.L.; JUNIOR, G.V. Atuação do fisioterapeuta nas unidades de terapia intensiva da cidade de anápolis. *Anuário de Produção Acadêmica Docente*, v.3, n.4, p.119-129, 2009.
- CALVALCANTE, C.C.L. et al. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. *Fisioterapia e Movimento*, v.24, n.3, p.513-522, 2011.
- COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº. 400/2011, Brasília, 3 ago. 2011. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2130&psecao=9>. Acesso em: 19 mar. 2012.
- COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº. 402/2011, Brasília, 3 ago. 2011. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2132&psecao=9>. Acesso em: 19 mar. 2012.
- CUNHA, M.T. et al. Impacto hemodinâmico e respiratório da técnica de hiperinsuflação manual em crianças sob ventilação mecânica. *Pediatria*, v.30, n.1, p.15-21, 2008.
- DIAS, C.M. et al. Efetividade e segurança da técnica de higiene brônquica: hiperinsuflação manual com compressão torácica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.23, n.2, p.190-198, 2011.

- FILHO, J.B.R.M.; BONFIM, V.J.G.; AQUIM, E.E. Ventilação mecânica não invasiva no pós operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.22, n.4, p.363-368, 2010.
- GODOY, A.C.F. et al. Manobras de hiperinsuflação manual podem causar aspiração de secreções orofaríngeas em pacientes sob ventilação mecânica? *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v.61, n.5, p.556-560, 2011.
- JERRE, G. et al. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.19, n.3, p.399-407, 2007.
- LOPES, C.R. et al. Benefícios da ventilação não invasiva após extubação no pós operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, vol. 23, n.3, p.344-350, 2008.
- LOPES, F.M.; BRITO, E.S.; Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.21, n.3, p.283-291, 2009.
- MAEDA, K.M. et al. Avaliação do conhecimento de profissionais da saúde sobre o uso da ventilação mecânica não invasiva em pediatria. *Medicina e Reabilitação*, v.29, n.2, p.40-43, 2010.
- MALKOÇ, M.; KARADIBAK, D.; YILDIRIM, Y. The effect of physiotherapy on ventilatory dependency and the length of stay in an intensive car unit. *International Journal of Rehabilitation Research*, v.32, n.1, p.85-88, 2009.
- MOREIRA, A.L.C. et al. A influência da assistência fisioterapêutica 24 horas em unidade de terapia intensiva no tempo de permanência dos pacientes em ventilação mecânica. In: *Anais da 57ª Reunião Anual da SBPC, Fortaleza-CE, julho-2005*. Disponível em: <<http://www.habitus.ifcs.ufrj.br/pdf/abntnbr6023.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.
- MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F.N.N.; ROCHA, M.A.S. Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do serviço de fisioterapia do núcleo de atenção médica integrada, universidade de Fortaleza. *Estudos de Psicologia*, v.24, n.2, p.191-203, 2007.
- NICOLAU, C.M. et al. Avaliação da dor em recém-nascidos prematuros durante a fisioterapia respiratória. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v.8, n.3, p.285-290, 2008.
- NICOLAU, C.M.; LAHOZ, A.L. Fisioterapia respiratória em terapia intensiva pediátrica e neonatal: uma revisão baseada em evidências. *Pediatria*, v.29, n.3, p.216-221, 2007.
- NOZAWA, E. et al. Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. *Fisioterapia e Pesquisa*, v.15, n.2, p.177-182, 2008.
- OGAWA, K.Y.L. et al. Intervenção fisioterapêutica nas emergências cardiorrespiratórias. *O Mundo da Saúde*, v.33, n.4, p.457-466, 2009.
- OLIVEIRA, L.R.C. et al. Padronização do desmame da ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva: resultado após um ano. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.18, n. 2, p.131-136, 2006.
- PESSOA, K.C. et al. Ventilação não invasiva no pós-operatório imediato de derivação gastrojejunal com bypass em y de roux. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v.14, n.4, p.290-295, 2010.
- ROSA, F.K. et al. Comportamento da mecânica pulmonar após a aplicação de protocolo de fisioterapia respiratória e aspiração traqueal em pacientes com ventilação mecânica invasiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.19, n.2, p.170-175, 2007.
- SABETZKI, S.M.; CICOTOSTE, C.L. A importância da fisioterapia em UTI no período noturno. In: *II Seminário de Fisioterapia da UNIAMERICA: Iniciação Científica, Foz do Iguaçu-PR, maio-2008*. Disponível em: <<http://www.uniamerica.br/arquivos/2seminario-fisioterapia/pdf/4-Stefani-Martins-Camila-de.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2012.
- SANTOS, F.R.A. et al. Efeitos da compressão torácica manual versus a manobra PEEP-ZEEP na complacência do sistema respiratório e na oxigenação de pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 21, n.2, p.155-161, 2009.
- SARMENTO, G.J.V. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas. 2 ed. São Paulo: EdManole, 2007.

SCHETTINO, G. et al. Unidade de terapia intensiva do hospital Sirio-Libanês: padronização de desmame da ventilação mecânica. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://portalsaudebrasil.com/artigosuti/resp149.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

SCHETTINO, G.P.P. et al. Ventilação mecânica não-invasiva com pressão positiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v.19, n.2, p.246-257, 2007.

SILVA, I.D.; SILVEIRA, M.F.A. A Humanização e a formação do profissional em fisioterapia. Ciência e Saúde Coletiva, v.16, supl. 1, p.1535-1546, 2011.

SOBRATI, Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Resolução RDC nº 7, 24 fev. 2010. Disponível em: <http://www.ccih.med.br/arqs_legislacao/RDC-07-2010-UTI-ANVISA.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 24 abr. 2012.

TANAKA, C. Ampliação da jornada de fisioterapia reduz tempo na UTI. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=82851>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

VALENTE, S.C.F. et al. Resultados da fisioterapia hospitalar na função do membro superior comprometido após acidente vascular encefálico. Revista Neurociências, v.14, n.3, p.122-126, 2006.

VASCONCELOS, G.A.R.; ALMEIDA, R.C.A.; BEZERRA, A.L. Repercussões da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal. Fisioterapia e Movimento, v.24, n.1, p.65-73, 2011.

ZAGO, A.P.V.; GRASEL, C.E.; PADILHA, J.A. Incidência de atendimentos fisioterapêuticos em vítimas de fraturas em um hospital universitário. Fisioterapia e Movimento, v.22, n.4, p.565-573, 2009.