

CENTRO UNIVERSITARIO VALE DO CRICARÉ  
CURSO DE BACHARELADO DE FISIOTERAPIA

CARLOS EDUARDO DE SOUSA SANTOS  
GUYLHERME FELICIANO DE OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO AMBIENTE DE  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA LEITURA DA  
VISÃO MEDICA**

SÃO MATEUS

2022

CARLOS EDUARDO DE SOUSA SANTOS  
GUYLHERME FELICIANO DE OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO AMBIENTE DE  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA LEITURA DA  
VISÃO MEDICA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentando ao Curso de Fisioterapia do  
Centro Universitário Vale do Cricaré, como  
requisito parcial para a obtenção do grau de  
Bacharel em Fisioterapia.

Orientador Prof. Esp. Ricardo Álvaro  
Sartório.

SÃO MATEUS

2022

CARLOS EDUARDO DE SOUSA SANTOS

GUYLHERME FELICIANO DE OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO AMBIENTE DE UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA: UMA LEITURA DA VISÃO MEDICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentando ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Cricaré, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de 2022

**BANCA EXAMINADORA**

-----  
**PROF. RICARDO ALVARO SARTÓRIO  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
ORIENTADOR**

-----  
**PROF. JOSE ROBERTO GONÇALVES  
DE ABREU  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

-----  
**PROF. NUBIA NAMIR LARA LOPES  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

SÃO MATEUS

2022

Primeiramente a Deus por nós ter dado a existência. A família, professores e amigos.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao orientador e amigo, Prof. Esp. Ricardo Álvaro Sartório, pela competência e respeito com que conduziu este processo, do alvorecer da ideia até a sua síntese.

Aos Professores José Roberto, Marli Quinquim e Nubia Namir, por serem professores excepcionais, pelas valiosas contribuições nos Exames de Qualificação e por participar de nossa banca de examinadora.

Ao Centro Universitário Vale do Cricaré pelo apoio na realização desta pesquisa.

## RESUMO

Regulamentada em 16 de outubro de 1969, pelo decreto de lei n 938, a Fisioterapia pode ser considerada como profissão que busca identificar, precaver e tratar disfunções musculoesqueléticas, através da realização de métodos, técnicas e procedimentos terapêuticos sob contato físico aplicados diretamente ao paciente. Em relação a dedicação ao paciente crítico, a fisioterapia teve seu início nas décadas de décadas de 1940 e 1950 em decorrência a epidemia de poliomielite. A atuação do fisioterapeuta dentro do hospital, embora ainda recente, se mostra crescente. Apesar disso, principalmente no Brasil, sua atuação difere em cada instituição, não estando suas competências bem definidas. Diferentemente de outros profissionais, como os médicos, que, tradicionalmente têm suas funções já consagradas devido à histórica existência. Isso faz com que muitos profissionais que atuem na equipe multidisciplinar não compreendem sua importância. Portanto, o objetivo desta pesquisa consiste compreender a percepção que os médicos têm da atuação do fisioterapeuta no ambiente de UTI. Visto que os médicos estão intrinsecamente ligados ao ambiente do hospital e da UTI conseqüentemente. Além disso, por raízes históricas a Fisioterapia e a medicina têm conhecimentos que se interligam. A metodologia desta pesquisa, utilizou-se de uma abordagem qualitativa, sendo um estudo de caráter exploratório e descritivo. Foi utilizado um questionário formulado pelos pesquisadores, com questões acerca da percepção dos profissionais médicos com o trabalho do fisioterapeuta na UTI, o questionário foi enviado para 22 pesquisados, por meio de um link através do aplicativo de mensagem WhatsApp. Como resultados, apenas 8 médicos responderam ao questionário. Quanto a importância da atuação do fisioterapeuta na UTI, as opiniões dos dois médicos se convergiam em concordar que a fisioterapia traz resultados positivos e evidentes. Quanto a questão do relacionamento com a equipe multiprofissional, um dos entrevistados mencionou o não respeito a hierarquia organizacional. Concluindo, foi possível observar a conduta profissional adotada pelos fisioterapeutas atuantes na UTI e a satisfação do profissional médico que faz ressalvas situacionais e fatores intrínsecos à atuação multiprofissional quanto à ética.

**Palavras-Chave:** Fisioterapia; Atuação no hospital; Unidade de Terapia Intensiva.

## **ABSTRACT**

Regulated on October 16, 1969, by Decree Law No. 938, Physiotherapy can be considered as a profession that seeks to identify, prevent and treat musculoskeletal disorders, through the implementation of methods, techniques and therapeutic procedures under physical contact applied directly to the patient. Regarding dedication to the critically ill patient, physiotherapy began in the 1940s and 1950s due to the polio epidemic. The role of the physiotherapist within the hospital, although still recent, is growing. Despite this, especially in Brazil, its performance differs in each institution, and its competences are not well defined. Differently from other professionals, such as doctors, who traditionally have their functions already enshrined due to their historical existence. This means that many professionals who work in the multidisciplinary team do not understand its importance. Therefore, the objective of this research is to understand the perception that physicians have of the role of the physiotherapist in the ICU environment. Since physicians are intrinsically linked to the hospital environment and consequently to the ICU. In addition, due to historical roots, physiotherapy and medicine have interconnected knowledge. The methodology of this research used a qualitative approach, being an exploratory and descriptive study. A questionnaire formulated by the researchers was used, with questions about the perception of medical professionals with the work of the physiotherapist in the ICU, the questionnaire was sent to 22 respondents, through a link through the WhatsApp message application. As a result, only 8 physicians answered the questionnaire. As for the importance of the role of the physiotherapist in the ICU, the opinions of the two physicians converged in agreeing that physiotherapy brings positive and evident results. As for the relationship with the multidisciplinary team, one of the interviewees mentioned the lack of respect for the organizational hierarchy. In conclusion, it was possible to observe the professional conduct adopted by the physiotherapists working in the ICU and the satisfaction of the medical professional who makes situational reservations and intrinsic factors to the multidisciplinary work in terms of ethics.

**Keywords:** Physical Therapy; Work in the hospital; Intensive care unit.

## **LISTA DE SIGLAS**

ASSOBRAFIR	Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CTI	Centro de Terapia Intensiva
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1 FATOR HISTÓRICO DA MEDICINA .....	15
2.2 FATOR HISTÓRICO DA FISIOTERAPIA.....	18
2.3 HOSPITAL.....	21
2.4 ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO AMBIENTE DE UTI .....	24
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>
<b>APENDICE A – QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>45</b>
<b>APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO A - FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Fisioterapia é conhecida como profissão que busca identificar, precaver e tratar disfunções musculoesqueléticas, através da realização de métodos, técnicas e procedimentos terapêuticos sob contato físico aplicados diretamente ao paciente. Tendo como objeto de estudo o movimento humano e suas desordens, possibilitando ao profissional realizar diagnóstico físico e funcional baseado nos déficits evidenciados (BRAZ PEREIRA; VIEIRA JUNIOR, 2009). Dependendo da especialidade do fisioterapeuta, sua atuação pode estar vinculada ao atendimento de pacientes em condições clínicas graves, em estado terminal e mesmo em situações de risco de vida (ARAÚJO; NEVES JÚNIOR, 2003).

Interpreta-se que a Fisioterapia teve seu início na Revolução Industrial, pois recursos que atualmente são reconhecidos como exclusivos da Fisioterapia serem utilizados no tratamento das disfunções dos trabalhadores onde era visado um retorno ao trabalho mais rápido. Sendo apenas no final do século XX que a Fisioterapia passou a fazer parte da chamada “Área da Saúde”, deste modo evoluindo no decorrer da história (FONSECA, 2012).

No Brasil, a fisioterapia surgiu devido a fuga da Família Real Portuguesa para o Brasil, em 1808, pois no período colonial não era de interesse a Portugal que se criassem Instituições de Ensino Superior em terras brasileiras. Inicialmente, os serviços de Fisioterapia eram ofertados pelos chamados técnicos em Fisioterapia. Apenas com o Decreto de Lei de 13 de outubro de 1969 que os fisioterapeutas tiveram a privacidade ao exercício profissional da fisioterapia no Brasil (MARQUES et al., 1994).

Através disso, a Fisioterapia pode atuar em diversos campos, como por exemplo: clínicas, ambientes ambulatoriais e hospitais. Além, de atuar em coletividade com outras áreas da saúde onde agrega conhecimento como outros profissionais da saúde e promove um atendimento denominado como multidisciplinar.

No hospital, a Fisioterapia foi reconhecida como indispensável apenas na década de 1970, sendo obrigatória na composição das equipes de cuidado intensivo atua em setores como as unidades de terapia intensiva (UTI's), ainda que tenha iniciado seus trabalhos com o paciente crítico desde a década de 1940 e 1950 em

decorrência a epidemia de poliomielite (ALVES, 2010). A possibilidade de atuação multiprofissional no Sistema Único de Saúde (SUS), com especial destaque à inserção do fisioterapeuta, além de favorecer o cuidado integral do usuário, também abriu novas perspectivas ao profissional desta área num campo de atuação diferente daquele no qual a fisioterapia é tradicionalmente conhecida e reconhecida: o da reabilitação (FERNANDES et al., 2016). Somente em 2009 o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) reconheceu o campo da Saúde Coletiva como especialidade da fisioterapia, portanto passaram-se 40 anos desde a regulamentação da profissão para que o fisioterapeuta tivesse sua atuação e formação reconhecida neste campo (COFFITO, 2009).

De acordo com Leite et al. (2005), as UTI's são reconhecidas como locais onde são destinados aos atendimentos de pacientes críticos que necessitem de cuidados complexos e especializados. Neste meio, o perfil do fisioterapeuta intensivista vai além do fisioterapeuta pneumofuncional e do neurofuncional, pela necessidade do conhecimento clínico mais aprofundado exigido 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 cardíaca, a intubação endotraqueal, bem como a monitoração da mecânica pulmonar (BRAZ PEREIRA; VIEIRA JUNIOR, 2009).

Portanto, é evidente a complexidade do trabalho do fisioterapeuta diante da cobrança pela efetividade de suas condutas e da necessidade de controlar os riscos ao paciente (YAMAGUCHI, 2006). Diante de um plano de reabilitação cardiopulmonar, o fisioterapeuta desempenha um papel chave, pois é ele quem está apto para orientar e supervisionar os exercícios de treino de força muscular respiratório, aplica 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 brônquica 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 UTI's (FERRARI, 2007).

A portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998 determina como requisito mínimo para o funcionamento de uma UTI, devem haver para cada 10 leitos, um fisioterapeuta destinado aos cuidados exigidos ou fração nos três turnos (BRASIL,

1998). Já a Portaria nº 3.432 do Ministério da Saúde, em vigor desde 12 de agosto de 1998, determina que as UTI de hospitais terciários devem contar com a assistência fisioterapêutica em período integral. Além disso, os profissionais fisioterapeutas estão sujeitos à prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho, de acordo com a Lei nº 8.856/94. (BRASIL, 2010).

No momento em que o paciente é admitido na UTI, ele é recebido pela equipe multidisciplinar, que incluem o médico, o enfermeiro e o fisioterapeuta (ROCANTI; PORTIOLI, 1999).

O médico atuante na UTI tem o papel de líder da equipe multidisciplinar, onde para que haja uma dinâmica bem organizada, o médico necessita de realizar rondas e avaliar assim que se apresenta para plantão, tendo enfoque na melhora da condição do paciente (SANAR, 2022). Para que ocorra o funcionamento de uma UTI, é essencial a existência de 1 médico intensivista ou plantonista para cada 5 ou 10 leitos (BRASIL, 2010).

O enfermeiro intensivista é responsável por atender todas as necessidades humanas fundamentais dos pacientes e de seus familiares, utilizando-se de conhecimentos específicos com o intuito de promover, recuperar e reabilitar a saúde (VIANA; TORRE, 2017). A resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 define que para o funcionamento de uma UTI é necessário de 1 enfermeiro para cada 08 leitos ou fração, em cada turno (BRASIL, 2010).

O trabalho que o fisioterapeuta realiza em conjunto com equipe multidisciplinar no setor de UTI visa proporcionar atendimento humanizado e eficaz diante de sua determinada patologia. Um fator que diferencia a Fisioterapia das outras profissões em saúde é a sua principal ferramenta de trabalho, “as mãos”, as quais tem como objetivo tocar o indivíduo da forma mais eficaz possível, o que, portanto, não permite que suas intervenções terapêuticas sejam desumanizadas (SANTOS, 2020).

No Brasil, embora os fisioterapeutas estejam cada vez mais presentes nas UTIs, sua atuação difere em cada instituição, não tendo seu papel bem definido. Diferentemente de outros profissionais, como médicos que, tradicionalmente têm suas funções já consagradas devido à histórica existência, a fisioterapia ainda é uma profissão jovem. Isso faz com que muitos profissionais que atuem na equipe multidisciplinar não compreendem sua importância (NOZAWA, 2008). Diante disso, o

preste estudo busca entender como é o impacto do trabalho da Fisioterapia no setor de UTI. Visto que o médico considerado linha de frente do hospital, o presente estudo procura fazer uma leitura da visão de médicos quanto a atuação do fisioterapeuta dentro do ambiente da UTI.

O problema que rege este estudo é captar de como é a visão de médicos a respeito da atuação do fisioterapeuta no ambiente UTI? Como é a relação interprofissional entre essas duas profissões da saúde?

O objetivo geral desse estudo consiste em fazer uma leitura da percepção que os médicos têm a respeito de uma área tão importante e relevante como a Fisioterapia. Os objetivos específicos consistem em entender como é a relação interprofissional entre médicos e fisioterapeutas dentro do ambiente de UTI.

Este estudo baseia-se do pressuposto que a Fisioterapia é uma profissão da saúde recente, através de um ponto de vista histórico, em comparação com outras profissões, como é o caso da medicina. Nozawa (2008) em seu estudo afirma que, no Brasil, embora os fisioterapeutas estejam cada vez mais presentes nas UTI's, sua atuação difere em cada instituição não tendo um papel bem definido. Concomitante a isso, Santos (2020) indagou que estudos sobre a atuação da Fisioterapia no ambiente hospitalar ainda permanecem pouco explorado.

Portanto, pesquisas como esta elucidam o impacto que fisioterapia gera dentro do ambiente de UTI, principalmente se tratando dos médicos, pois além desse público ser a representação do hospital. Através de raízes históricas, foi possível notar convergência de conhecimentos entre médicos e fisioterapeutas. Além disso, é notório que parcerias entre a medicina e a fisioterapia deram bons frutos, como é o caso da massagem profunda de Cyriax, o método Klapp e o método Bobath (BARROS, 2003). Vale ainda ressaltar que no Brasil, na década de 1970, os primeiros cursos de formação em Fisioterapia ministrados em universidades como: a Universidade Católica de Petrópolis no estado do Rio de Janeiro e a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC), no Estado de São Paulo. Possuía o corpo docente de médicos (SIMONI et al., 2015). Outra justificativa, é que o público pesquisado não se trata de profissionais que exercem o trabalho da fisioterapia, isso faz com que os resultados obtidos tenham uma base extrínseca a fisioterapia.

Diante disso, a realização desta pesquisa beneficiará o curso de Fisioterapia por mostrar o impacto que a mesma gera no ambiente de UTI, elucidando os pontos positivos e apontando alguns problemas e fatores que dificultem essa atuação. Além disso, esta pesquisa poderá servir como forma dos acadêmicos em fisioterapia entenderem de como os outros membros da equipe multidisciplinar percebem seu trabalho dentro do setor de UTI. Também, estudos como este serviriam como forma de agregar conhecimento referente ao tema de fisioterapia dentro do ambiente hospitalar, visto a pouca quantidade de estudos sobre o tema.

Nos próximos parágrafos serão abordados a base teórica utilizada para a realização desta pesquisa, logo após a metodologia utilizada e por fim, os resultados obtidos, a discussão feita com os autores utilizados no referencial teórico e a conclusão deste estudo

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Determinado o problema desta pesquisa, este capítulo consiste em uma base teórica acerca dos assuntos que envolvem o fator histórico da medicina, o fator histórico da Fisioterapia, a definição de um hospital e a atuação da Fisioterapia no ambiente de UTI.

### 2.1 FATOR HISTORICO DA MEDICINA

Hipócrates é suficientemente vago para permitir que seja interpretado de múltiplas formas. Ele é vago, mas é real. Viveu na ilha de Kós, perto da costa da atual Turquia, aproximadamente de 460 a 370 a.C. Isso o torna um pouco mais velho do que Platão, Aristóteles e os outros criadores cosmopolitas da cultura grega clássica, centrada em Atenas. Sua antiguidade faz com que a sobrevivência de tantas obras “hipocráticas” seja muito mais notável; as pessoas guardam aquilo que valorizam. É conhecido como o pai da medicina. (BYNUM, 2011).

Este pai da medicina, foi talvez o maior nome da história. Ensinou na escola de Kós fundada por Pitágoras, onde ficou por muitos anos, quando morreu, continuou com grande fama e admiração. Acreditavam nas propriedades do mel das colmeias que se localizava perto de seu túmulo (PALOMAR, 2004).

Conforme Hipócrates (1998 apud REZENDE, 2009 p. 33),

Aquele que quiser compreender a medicina deve aprender tudo o que está escrito aqui. Primeiro, é preciso conhecer o efeito de cada estação do ano e as diferenças entre elas. Deve-se levar em conta os ventos frios ou quentes, comuns a qualquer país ou restritos a certas localidades. Finalmente é preciso inteirar-se sobre as diferentes qualidades das águas, variação de gosto e efeito no corpo humano [...]

Depois que a escola entrou em declínio após a morte de Hipócrates tinha vários seguidores, mas nenhum se igualava ao mestre Aulo Cornélio Celso o mais famoso escritor romano no início da era cristã (PEREIRA, 2014).

De acordo com Celso (1998 apud REZENDE, 2009, p. 35), “Não tome nenhuma outra providencia até que a ferida tenha sido limpa, pois pode haver sangue coagulado com risco de virar pus e inflamar, impedindo que a mesma cicatrize.”

A medicina é vista de forma evolutiva desde muitos anos atrás, e já no seu início se percebe as teorias de conhecimento que resistem até os dias de hoje. A constante evolução tecnológica torna o acesso a saúde com equipamentos modernos para exames, medicações, um estilo que foge completamente da antiga Grécia ou de qualquer outro período.

Segundo Margotta (1998 apud REZENDE, 2009, p. 33), “A mecanização e o desenvolvimento industrial no início do século XIX beneficiaram diretamente a medicina com a invenção de novos instrumentos terapêuticos e de diagnóstico, entre eles, o estetoscópio de Laë nec, o oftalmoscópio de Helmholtz e a seringa hipodérmica”.

E nessa era moderna que percebemos as grandes conquistas científicas. A teoria de evolução foi fundamentada por Charles Darwin (1809-1882). No século XIX ocorreu o desenvolvimento da química e da bioquímica, e conforme dito por Margotta (1998) Napoleão dominava a Europa politicamente, os médicos da escola de Paris desempenhavam papel marcante na medicina. Bichat foi um pioneiro da patologia, Larrey, o melhor cirurgião militar (BARROS, 2003).

Com o presente estudo nas inovações no campo médico, vemos que no século XXI abrange um significativo avanço na biologia celular, na engenharia genética e no conhecimento científico sobre os processos embriológicos e a interferência dos genes na vida humana. A descoberta da estrutura química do ácido desoxirribonucleico (DNA, da sigla em inglês), por James Watson e Francis Crick, que rendeu o Prêmio Nobel de Medicina em 1992, deu uma visão mais cética às estruturas que compõe a vida e os aspectos humanos. O conhecimento adquirido na última década do XX foram, sem dúvida, maiores do que os saberes acumulados até então (BARROS, 2003).

Entre a segunda metade do século XIX e o início do século XX, a medicina se reconfigurou e se diversificou em termos de instituições práticas. Neste período coexistiam três estilos de medicina: medicina hospitalar (clínica e patológica); medicina na comunidade (higiene e saúde pública) e medicina no laboratório (bacteriológica, também chamada de “medicina experimental”). Essa inovação ajudou a transformar a compreensão sobre as doenças e seus agentes etiológicos, especialmente pelo surgimento da bacteriologia (BYNUM, 2011).



Duas considerações são importantes ao se prognosticar a medicina do século futuro. Primeiro, há que se lembrar que muitas das descobertas científicas se deveram, se não ao acaso, à boa dose de acidente. Foi o caso do telefone com fio e da penicilina. Nesta linha de raciocínio, é legítimo imaginar que com tantas frentes de pesquisa abertas, podemos ser surpreendidos positivamente com descobertas não pensadas ou antecipadas. Por outro lado, há de se pensar no surgimento de novas doenças ou na "reemergência" de antigos males (PALOMAR, 2004).

No Brasil, o processo de institucionalização da medicina é a consolidação de um corpo médico nacional e em combate a práticas populares de cura (dos acusados de "charlatães") começou com a fundação das academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815), da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829) e da transformação das academias em Faculdades de Medicina (1832). No caso da Sociedade, fundada por um pequeno grupo de médicos que exerciam suas atividades na Santa Casa da Misericórdia, ela foi criada segundo as concepções políticas e teóricas do movimento higienista europeu, o que implicou na adesão ao neo-hipocratismo - concepção ambientalista da medicina baseada nas relações entre sociedade, doença e natureza. Representava, também, a conversão da saúde em tema de interesse público. Entretanto, mesmo sendo uma sociedade reconhecida pelo Estado, não recebia sustento do governo para sua manutenção e só conseguiu sobreviver com a sua conversão em instância estatal a partir de 1835, se transformando em Academia Imperial de Medicina. (PEREIRA; VEIGA, 2014).

Na faculdade do Rio de Janeiro, desde 1832, o ensino de higiene compunha o 6º ano do currículo dos futuros médicos e as leituras feitas no curso eram predominantemente de manuais e compêndios franceses. O ensino prático, entretanto, era incipiente nesta faculdade principalmente em disciplinas como anatomia e fisiologia. Em 1879, no âmbito das reformas promulgadas por Leôncio de Carvalho, o número de disciplinas e laboratórios foi elevado, a prática de cursos livres sobre diversos ramos da medicina foi admitida, assim como se tornou possível a diplomação de mulheres. Estas reformas, que acompanhavam o desenvolvimento do experimentalismo na medicina europeia, foram responsáveis pela introdução da liberdade de ensino e do ensino prático das disciplinas médicas. As lideranças médicas, a partir da década de 1870, passaram a tentar convencer a opinião geral, principalmente dos dirigentes políticos, sobre a necessidade de formação de

especialistas e do estudo de grupos restritos de fenômenos. Além disso, as faculdades de medicina passam a ser vistas como local privilegiado de constituição de um saber científico, e não apenas as sociedades. (PEREIRA; VEIGA, 2014).

A imagem que o médico tem, do passado de sua profissão, influencia seu pensamento e, portanto, sua ação. E traz o entendimento que “(...) a importância da História da Medicina é afirmar a importância da própria medicina” (RIBEIRO JR, 2003, p. 3). Portanto, a formação ética e humanística deve ser preservada, pois, como reforça o professor Ribeiro JR (2003, p.3), “Mudam os tempos e as doutrinas, mas não muda a natureza e a Medicina é, em essência, sempre a mesma e Hipócrates o mestre de todas as épocas. Felizes os que escolheram a Medicina para servi-la e amá-la”.

## 2.2 FATOR HISTÓRICO DA FISIOTERAPIA

Muitos anos antes do surgimento da Fisioterapia, povos antigos, utilizavam de recursos naturais, como de exemplo o solo, o calor, a água e a eletricidade para fins terapêuticos, de alívio da dor e na cura de doenças. Na China, há registros que mostram a cura pelo movimento desde o ano de 2.698 antes de Cristo. Na Grécia antiga, o filósofo Aristóteles já descrevia a ação dos músculos, ficando conhecido como o “Pai da Cinesiologia”. Galeno (130 a 199 DC) descrevia uma ginástica planejada do tronco e dos pulmões que teria corrigido o tórax deformado de um rapaz até alcançar condições normais (BARROS, 2003).

A Fisioterapia, propriamente dita, deu seus primeiros passos durante a Revolução Industrial, pelo fato, de nesta época utilizarem recursos que atualmente são vinculados a Fisioterapia, como é o caso dos recursos eletroterapêuticos, termoterapêuticos e cinesioterapêuticos, para serem aplicados no tratamento de trabalhadores que tinham jornadas de trabalho abusivas de mais de 16 horas diárias (BARROS, 2003).

Segundo Rebelatto (1999)

Não convinha à morte ou a inutilização dessa população, da mesma forma que, produzindo, não interessava as condições em que vivessem. Bastava trata-los quando suas condições prejudicassem a produção de riquezas ou incomodassem à classe dominante.

A Fisioterapia foi notada somente em meados do século XX, quando as duas guerras mundiais causaram um grande número de lesões e ferimentos graves que necessitavam de uma abordagem de reabilitação para reinserir as pessoas afetadas novamente em uma vida ativa. Além disso, a epidemia de poliomielite também permitiu que o atendimento à saúde que antes era restrito a algumas poucas profissões sofresse uma profunda transformação ao se delegarem funções a outros, formando-se equipes de profissionais da saúde, com obrigações e atribuições determinadas. Surgiram aí os primeiros cursos de formação de fisioterapeutas no mundo (SANCHEZ, 1984).

De acordo com o Crefito-3 (s.d., s.p.)

A Fisioterapia é uma ciência tão antiga quanto o homem. Surgiu com as primeiras tentativas dos ancestrais de diminuir uma dor esfregando o local dolorido e evoluiu ao longo do tempo com a sofisticação, principalmente, das técnicas de exercícios terapêuticos.

Na Alemanha, as primeiras escolas foram as de Kiel (1902) e Dresdem (1918). Onde, por meio do trabalho de fisioterapeutas em conjunto com médicos, foi possível desenvolver técnicas importante, como é o caso do método Klapp, que se originou devido a união do médico cirurgião Rudolf Klapp e as fisioterapeutas Blederbeck e Hess (IUNES et al., 2010).

Na Inglaterra, a união do médico Dr. Cyriax, com fisioterapeutas, idealizou um método de massagem profunda e manipulações articulares, e, também na Inglaterra, talvez um dos mais conhecidos e bem sucedidos exemplos de parcerias em pesquisas entre médicos e fisioterapeutas seja a do casal formado pela fisioterapeuta Berta Bobath e o neurofisiologista Karel Bobath, que criaram o método Bobath de tratamento neuroevolutivo, um dos mais difundidos em todo o mundo e ministrado em todas as escolas de formação atuais (GUSMAN, 1999).

Durante a Primeira Grande Guerra os países participantes apresentavam um grande número de mortos e mutilados, o que levou a uma diminuição na força de trabalho ativa, criando a necessidade de reincorporar os acidentados e mutilados de guerra à força produtiva. Nesta época, surgiram então, grandes centros de reabilitação, que eram locais onde prescreviam e realizavam as atividades de

reaprendizagem do movimento, reeducação funcional, entre outras, através, principalmente, das técnicas cinesioterápicas (FIGUEIRÔA, 1996)

No Brasil, durante o período colonial o tratamento dos doentes era realizado por jesuítas, pajés, feiticeiros africanos, físicos e cirurgiões portugueses, hispânicos e holandeses. Pois, para Portugal não era interessante que se criassem Instituições de Ensino Superior em terras brasileiras. Somente com a fuga da Família Real Portuguesa para o Brasil, em 1808, vieram também recursos humanos e principalmente financeiros para atender às necessidades dos nobres e monarcas que se instalaram neste país. Portanto, através das formações dos primeiros médicos brasileiros, e de suas viagens à Europa, começaram a surgir no Brasil os primeiros serviços de fisioterapia ainda no século XIX (BARROS, 2003).

Sanchez (1984) afirma que o surgimento dos primeiros serviços de hidroterapia e de eletricidade médica (atualmente eletroterapia) foram por volta dos anos de 1879 a 1883, sendo um dos responsáveis o médico Artur Silva. Além de, em 1884 este mesmo médico participou da criação do serviço de fisioterapia no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Em São Paulo, já no ano de 1919, foi fundado o Departamento de Eletricidade Médica pelo Professor Raphael de Barros da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dez anos mais tarde, em 1929, o médico Dr. Waldo Rolim de Moraes instalou o serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho no local do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (MARQUES, 1994).

Durante a virada do século XIX para o século XX, a fisioterapia brasileira ganhou uma certa importância que era depositada pelos profissionais médicos, de forma mais ou menos acertada, o que permitiu que fossem registradas, inclusive, verdadeiras disputas pelo conhecimento e domínio da fisioterapia. Foram também produzidas várias teses para obtenção do grau de Doutor em medicina baseadas em estudos, por vezes entusiasmados, sobre a fisioterapia na virada do século. Sendo o caso mais famoso, do Dr Álvaro Alvim, que embora médico, se auto-intitulava “electrotherapeuta” (BARROS, 2003).

A fisioterapia, desde muito cedo no Brasil, foi área de interesse de outras categorias que não os próprios fisioterapeutas. Com a criação das primeiras escolas

de formação de fisioterapeutas, na década de cinquenta, foram surgindo, naturalmente, os profissionais que seriam responsáveis por tão nobre área de estudo e atuação (BARROS, 2003), tanto que somente no ano de 1969, com a assinatura do Decreto-Lei nº938, pela Junta Militar que governava o Brasil da época, que a fisioterapia brasileira conquistou o direito de tornar-se uma profissão com formação superior (COFFITO, 2009).

Diante disso, é notório que apesar da Fisioterapia ter suas origens vinculadas a medicina, obteve sua própria identidade com o passar do tempo. Tendo como consequência a notoriedade por parte das outras áreas da saúde, fazendo com que profissionais dessas áreas pudessem somatizar conhecimento, como também houvesse uma apropriação por parte de outras áreas (BARROS, 2003).

### 2.3 HOSPITAL

O hospital, como lugar específico de cura, existia desde a antiguidade greco-romana. Nos templos de adoração a Asclépio existiam diversos pavilhões destinados a sacrifícios, ritos funerários e ao tratamento de doentes (ANTUNES, 1999).

Na longa história da hospitalização, os hospitais na Idade Média se transformaram em espaços de reclusão, dirigidos por ordens religiosas. Foram entendidos como instituição da caridade, locais das quarentenas, espaço impingido aos que podiam afetar a harmonia das vilas e das comunidades, principalmente nos períodos das pestes (MORAIS, 2005).

Durante a modernidade, o hospital deixou de pertencer, na sua totalidade, as ordens religiosas, mas manteve seu caráter de assistência social, acumulando um outro papel: semelhante aos estabelecimentos penais da época, eles foram responsáveis pelo controle e disciplinamento da vida urbana, segregando pessoas tidas como perigosas à comunidade, como os mendigos, vadios, imigrantes, loucos, portadores de doenças repulsivas entre outros. Entretanto, estes hospitais muitas vezes provocavam doenças ao invés de curá-las. As camas coletivas, a mistura de doentes agudos com os convalescentes, a superlotação, falta de recursos e conseqüentemente os altos índices de mortalidade faziam com que eles fossem, muitas vezes, nocivos à vida urbana (ANTUNES, 1999).

Foi somente no final do século XIX que o hospital perdeu parte de sua imagem de “refúgio da morte” para se transformar em uma verdadeira “máquina de curar”. Este novo hospital começou a chamar atenção dos que podiam pagar e para eles foram construídos pavilhões especiais. À medicina hospitalar designou-se “clínica”, tornou-se o eixo central do campo médico a partir de então. (MORAES, 2005).

No Brasil, a assistência hospitalar no início da colonização era oferecida pelas Santas Casas e pela filantropia em geral (TELAROLLI, 1996). No século XVIII surgiram os hospitais militares que ocuparam os edifícios dos jesuítas recém expulsos do país e oferecendo assistência somente aos componentes das tropas. Foi em 1850 que se inaugurou os primeiros hospitais de isolamento e enfermarias destinados à atenção e segregação dos enfermos das epidemias na corte (ARAÚJO, 1982). Os hospitais de isolamento, criados por diversas instâncias do Estado, as clínicas privadas, voltadas para o público mais abastado e os hospitais das ordens religiosas ou de entidades filantrópicas eram o que existiam de oferta de assistência hospitalar a população brasileira neste período (MORAES, 2005).

Entre o final do século XIX e a primeira metade do século XX, os avanços científicos permitiram conhecer os mecanismos de ação de muitas doenças e chegar às suas origens. A microbiologia possibilitou uma precisão e precocidade diagnóstica, aumentando os meios ou instrumentos terapêuticos e preventivos permitindo assim uma maior sobrevivência dos pacientes. O período da Segunda Guerra Mundial foi um grande marco no desenvolvimento de novas técnicas para atendimento aos feridos, testagem de medicamentos e tecnologia nos hospitais do front. Os hospitais no pós-guerra sofreram uma grande mudança, onde aglutinaram-se as tecnologias médicas e possibilitaram a interdisciplinaridade na assistência. (MORAES, 2005)

A década de 1950 cristalizou-se o conceito de hospital que conhecemos hoje, inclusive a Organização Mundial de Saúde (OMS), passou a disciplinar e orientar a atividade hospitalar e em 1957 estabeleceu o conceito de hospital moderno como parte integrante de um sistema coordenado de saúde que tem como função dispensar à comunidade completa da assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos a família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais (LIMA, 2002).

Quanto ao processo histórico da UTI, observa-se que esta foi idealizada como uma unidade de monitoração de pacientes considerados graves, pela enfermeira Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, em 1854. Esta guerra ocorreu quando a Inglaterra, França e Turquia declararam guerra à Rússia. A história mostra que com as condições precárias, ocorreram um aumento de mortalidade entre os soldados hospitalizados, atingindo 40% de óbitos. Florence e mais 38 voluntárias partiram para os campos de guerra, incorporaram-se ao atendimento e a mortalidade caiu para 2%. Assim, é função da UTI a amenização do sofrimento. Sendo esses a dor ou falta de ar, independente do prognóstico, a unidade de cuidados intensivos é destinada a cuidados especiais por equipes especiais (WALDOW, 1998). Muitas são as doenças, o que torna muito difícil a compreensão de todas elas.

Além disso, os mecanismos de morte são poucos e comuns a todas as doenças. Atuando diretamente nos ditos “mecanismos de morte” o médico intensivista da UTI procura retirar o paciente de um estado crítico de saúde com grave perigo de morte, e o coloca em uma condição que possibilite a continuidade do tratamento da doença que o levou a tal estado (WALDOW, 1998).

Para Souza et al. (1985), as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são consideradas locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes que estão internados há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência contínua e intensiva. O profissional que se dedica a esta modalidade de atendimento identifica-se como intensivista.

O CTI (Centro de Tratamento Intensivo) surgiu em 1946, nos Estados Unidos, a partir da epidemia de poliomielite e do início do uso dos respiradores artificiais, na busca da manutenção da vida dos doentes. Várias tentativas foram feitas para a organização dos CTIs, mas somente com o desenvolvimento de certos equipamentos e terapêuticas tornou-se possível a concretização e execução das unidades de tratamento intensivo. O CTI foi criado e mantém-se com o objetivo de concentrar três componentes críticos: os doentes mais graves, o equipamento técnico mais caro e sofisticado e a equipe com conhecimento e experiência para cuidar desses pacientes e lidar com essa aparelhagem específica (CIVETTA, 1988). No Brasil, esse tipo de serviço surgiu na década de 1960, em hospitais de grande porte do Sul e Sudeste do país (SIMÃO, 1976, p. 6).

Para Freidson (1988), o que diferencia a profissão médica das paramédicas é o grau de autonomia, prestígio, autoridade e responsabilidade que a primeira detém. Há assim uma divisão de trabalho organizada através de uma hierarquia de autoridade, estabelecida e legitimada. Apesar das diferenças e tensões entre os diversos grupos profissionais que constituem a UTI, há uma identidade profissional singular, claramente delineada, que agrega os agentes de saúde da UTI a de intensivista.

A UTI é o conjunto de dependências destinadas ao tratamento dos pacientes em estado grave, onde se concentram o pessoal mais qualificado e os equipamentos mais diferenciados do hospital. É uma unidade dentro do próprio hospital, que cuida dos pacientes em estado crítico ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos monitorados continuamente a assistência a eles prestada (SANTANA et al., 2012). O objetivo da UTI é contribuir na recuperação dos pacientes com chances de sobrevivência. Dentro da UTI existem fatores estressantes para o paciente, como o confinamento, a distância de casa, a falta dos familiares, a presença dos profissionais da saúde, e dos equipamentos diferentes com seus ruídos. Estes fatores causam reações psicológicas, como o medo, a ansiedade, a insegurança e a depressão nos pacientes internados na UTI (SANTANA et al., 2012).

Diante disso, o profissional que está inserido neste espaço tem como norteador do exercício da profissão, a responsabilidade de promover um atendimento que diminua o desconforto, o sofrimento e a vulnerabilidade do paciente (TOFFOLETTO et al., 2005).

#### 2.4 ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO AMBIENTE DE UTI

A dedicação da Fisioterapia ao paciente crítico teve seu início entre a década de 1940 e 1950 devido a crise de poliomielite, desde então sua afirmação como parte da assistência intensiva tem sido progressiva, e sua inserção na equipe multiprofissional no tratamento de pacientes nas UTI's é reconhecida em diversos países desenvolvidos (BRAZ PEREIRA; VIEIRA JUNIOR, 2009). No Brasil, embora os fisioterapeutas estejam cada vez mais presentes nas UTI's, sua atuação difere em cada instituição não tendo um papel bem definido. E além do processo educacional e



de treinamento em terapia intensiva seja divulgado em todo o país, não se conhece a real inserção do fisioterapeuta nessa área de especialidade. (NOZAWA et al., 2008).

O fisioterapeuta inicialmente se inseria nesse meio na assistência ventilatória com manuseio dos ventiladores não invasivos designado de Pulmão de aço ou Iron Lung (BRAZ PEREIRA; VIEIRA JUNIOR, 2009). Atualmente, o fisioterapeuta se faz atuante em vários segmentos do tratamento intensivo, tais como ao atendimento a pacientes que não necessitam de suporte ventilatório; assistência durante e após a recuperação pós cirúrgica, com o objetivo de evitar complicações respiratórias e motoras; e assistência a pacientes graves que necessitam de suporte ventilatório (ALVES, 2012).

Um estudo realizado por Nápolis et al. (2006), evidenciou que em relação ao grau de conhecimento, atualização e familiaridade sobre ventilação não invasiva (VNI) entre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas em UTIs, concluiu que os fisioterapeutas mostraram mais atualizados e mais aptos a instalar a VNI do que médicos e enfermeiros.

Segundo a Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória (ASSOBRAFIR) (2013), na alta complexidade, os atendimentos realizados atualmente pela Fisioterapia em Terapia Intensiva, no grande número de ocorrências clínicas e admissões que ocorrem durante o período de vinte e quatro horas, da melhora dos indicadores clínicos e financeiros, além de exigências jurídica, a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva recomenda a presença do Fisioterapeuta nos Centros de Terapia Intensiva (CTI) adulto, pediátrico e neonatal, perfazendo a carga horária de vinte e quatro horas ininterruptas.

Sendo a Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998 estabelecendo que deve haver para cada 10 leitos, um fisioterapeuta destinado aos cuidados exigidos. (BRASIL, 1998). Além do mais, os profissionais Fisioterapeutas estão sujeitos à prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho, de acordo com a Lei nº 8.856/94. (COFFITO, 1994)

Em relação as unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs), a fisioterapia é considerada uma modalidade nova, que se encontra em expansão, principalmente nos grandes centros, tendo em vista que em países como o Brasil, as iniciativas para o trabalho da fisioterapia nas UTINs, tiveram início na década de 1980

(VASCONCELOS et al., 2011). Com isso, a assistência fisioterapêutica na equipe multidisciplinar aos recém-nascidos pré-termos sob cuidados intensivos tem como objetivo prevenir e minimizar as complicações respiratórias decorrentes da prematuridade e da ventilação mecânica. Além de otimizar a função pulmonar para que facilite nas trocas gasosas, e assim, promover uma evolução clínica favorável. As técnicas fisioterapêuticas como as posturas de drenagem, vibração torácica e exercícios respiratórios passivos são comumente utilizados por fisioterapeutas que atuam nesse setor (NICOLAU et al., 2008).

O tratamento fisioterapêutico no hospital tem como objetivos evitar os efeitos deletérios do repouso prolongado no leito, estimular o retorno mais breve às atividades físicas cotidianas, manter a capacidade funcional, desenvolver a confiança do paciente, diminuir o impacto psicológico, evitar complicações pulmonares, maximizar a oportunidade da alta precoce e fornecer as bases para um programa domiciliar (NOZAWA, 2008).

O fisioterapeuta avalia as funções gerais e respiratórias traçando um plano de cuidados individuais. Por meio de seus conhecimentos de fisioterapia respiratória, ele estabelece as medidas para o suporte ventilatório instalando os equipamentos de oxigenoterapia ou ventilação mecânica. O fisioterapeuta deve estar sempre atento aos parâmetros do ventilador para manter adequada a ventilação do paciente, sendo iniciado o processo de desmame logo após a resolução do evento que indicou o processo de ventilação mecânica (SEPÚLVEDA et al., 1997).

Pacientes que necessitam de ventilação mecânica invasiva (VMI) costumam a evoluir com retenção pulmonar, porque os mecanismos necessários para um processo de depuração normal das vias aéreas, transporte mucociliar e tosse, se encontram prejudicados (ALVES, 2012). O acúmulo de secreção pulmonar pode provocar aumento da resistência das vias aéreas, obstrução parcial ou total, hipoventilação alveolar e desenvolvimento de atelectasias. A presença de estase de secreção e atelectasias promovem um meio favorável para o desenvolvimento e colonização de bactérias, o que constitui um fator complicador grave que pode prolongar o tempo de VMI e, por consequência, afetar negativamente o prognóstico do paciente (DIAS et al., 2011).

Existem várias terapias utilizadas na unidade de terapia intensiva por esses profissionais, notamos o estímulo à tosse, também denominado tic-traqueal, que é realizado pela estimulação manual e excitação dos receptores da tosse localizados na região da traqueia. Outra conduta empregada é a pressão expiratória, também chamada de Terapia Expiratória Manual Passiva ou Compressão Expiratória, que consiste em deprimir passivamente o gradil costal do paciente durante uma expiração forçada, sobretudo na fase final da expiração, podendo ser realizada com o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado (LOPES; BRITO, 2009)

O treinamento de endurance ou aeróbico consiste no aumento progressivo de carga aos músculos respiratórios ou apendiculares que são bastante acometidos durante a estadia em terapia intensiva (SILVA THELSO, 2007). Na mesma vertente observamos a mobilização precoce, que mediante avaliação adequada e conduta terapêutica, pode promover o aumento da força muscular e reduzir o tempo de internação na UTI (BORGES et al., 2009).

Segundo Lima Paula (2011), estudos apontam que pacientes que passam por uma intervenção fisioterapêutica no período pré-operatório tem menos complicações comparado aos que recebem somente no pós-operatório. O paciente que se encontra na unidade de terapia intensiva possui instabilidade clínica, o profissional de Fisioterapia possui permissão por lei (Resolução – COFFITO nº 80/87, art 2º) para solicitar exames complementares vinculados à sua atividade profissional, de modo a embasar o diagnóstico fisioterapêutico, sendo que a solicitação de exames complementares tem como objetivo proporcionar condições de avaliação sistemática do paciente, para reajustes ou alterações das condutas empregadas, adequando-as quando necessário.

O fisioterapeuta é um dos profissionais que tem como principal instrumento às mãos, as quais tem como objetivo tocar o indivíduo da forma mais eficaz possível, o que, portanto, não permite que suas intervenções terapêuticas sejam desumanizadas (SANTOS, 2020). Um estudo realizado por Lopes e Brito (2009) no qual consistia em aplicar um questionário para 44 pacientes maiores de 18 anos que permaneceram internados em UTI de um Hospital da Bahia, tinha como objetivo constatar se a conduta profissional do fisioterapeuta experimentada na UTI é humanizada. 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.

Notoriamente, o campo de atuação da Fisioterapia é vasto na UTI, sendo os indicadores de benefícios da sua assistência, isso decorrente de seus conhecimentos da área respiratória como é o caso da ventilação mecânica e manobras respiratórias e também pelo fato de o fisioterapeuta utilizar as mãos para promover tratamento eficaz e humanizado. Isso faz com que a Fisioterapia se torne cada vez mais expressiva conforme pesquisas vão surgindo (FURTADO, 2012).

### 3 METODOLOGIA

A metodologia desta pesquisa caracteriza-se de abordagem qualitativa, devido ao fato de trazer questões como valores e opiniões, ou seja, dados subjetivos, por possuir a característica adequada para aprofundar fenômenos complexos, fatos, processos individuais e de grupos, trazidos com maior abrangência de componentes (SEVERINO, 2016). Sendo de caráter exploratório e descritivo, pelo fato de proporcionar maior familiaridade com o problema tendo o intuito de torná-lo mais explícito e também descrever características da população analisada (GIL, 2002). Além de, levantar informações sobre o objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto (SEVERINO, 2016).

Os participantes foram selecionados com base nos critérios de inclusão: profissionais que trabalham em alguma UTI dos hospitais da região do Espírito Santo; profissionais que tenham no mínimo 3 anos de tempo de serviço na UTI; profissionais que sejam médicos, por considerar-se serem esses os profissionais com responsabilidades diretas na atenção aos usuários admitidos no hospital. E critérios de exclusão: acadêmicos; profissionais que não sejam médicos; profissionais que tenham menos de 3 anos de tempo de serviço em UTI.

Para a coleta dos dados foi empregado o método de questionário, formulado pelos pesquisadores, contendo 6 questões, assim classificadas: a visão dos profissionais quanto à contribuição da Fisioterapia na saúde dos pacientes; o relacionamento interprofissional entre fisioterapeutas e médicos; o impacto da atuação da Fisioterapia neste setor. Para Gil (2002, p 116), “[...] a elaboração de um questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos”. Além disso, os questionários expedidos conseguem alcançar 25% de devolução, isso se dá pela forma atraente, a extensão, o tipo de carta que o acompanha, solicitando colaboração, as facilidades para seu preenchimento e sua devolução (SELLTIZ apud MARCONI et al., 1965).

O questionário (APÊNDICE A) foi elaborado por meio da plataforma Google Forms e foi gerado um link deste questionário por intermédio do aplicativo de mensagem eletrônica WhatsApp, para que o pesquisado pudesse respondê-lo, foi anexado juntamente ao questionário um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) (APÊNDICE B). O link do questionário direcionava os pesquisados para a plataforma Google Forms, onde os mesmos faziam um login através de seus respectivos e-mails e respondiam as perguntas do questionário, juntamente com o TCLE anexado. Os pesquisados dispunham de 15 dias para responde-lo. Logo após, as respostas anexadas eram enviadas para os pesquisadores e para o público pesquisado através de mensagem por e-mail. Após a reunião das respostas obtidas, as mesmas, foram organizadas, interpretadas e codificadas.

O público pesquisado foi reunido no dia 03 de outubro de 2022, sendo um total de 22 médicos, comunicados através do número de contato disponibilizado pelo orientador e através de encontros nos hospitais da região do Norte do Estado do Espírito Santo, onde foram informados a respeito da existência da pesquisa e sobre o envio do questionário após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Vale do Cricaré. O projeto de pesquisa foi aprovado no dia 05 de outubro de 2022 sob o parecer nº 5.684.471. Conforme a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi enviado no 06 de outubro de 2022 o link do questionário. Dos 22 médicos contatados 2 não puderam participar, 20 receberam o link do questionário, mas apenas 8 devolveram.

Por se tratar de uma pesquisa de abordagem qualitativa, foi realizado uma análise de conteúdo, com os resultados obtidos com base na resposta dos profissionais médicos. A análise de conteúdo para Severino (2016, p.129) “[...] descreve, analisa e interpreta as mensagens/enunciados de todas as formas de discurso, procurando ver o que está por detrás das palavras”. O projeto de pesquisa foi realizado com base nos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n. 466/12 do CNS.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram contactados 22 médicos, desses 2 não puderam participar pois não conseguiriam responder as perguntas a tempo. 20 receberam o questionário, mas houve retorno de apenas 8 questionários. Durante a realização dessa pesquisa foi assegurado o sigilo e o anonimato dos entrevistados. Para assegurar o anonimato, os participantes foram identificados pela letra M (Médicos) e pelo número sequencial da entrevista (1,2...). Por exemplo: o primeiro respondente entrevistado foi identificado como (M1), o segundo como (M2) e assim sucessivamente. Em sua maioria, os entrevistados foram homens, de tempo de formação variado, mas todos acima de 3 anos de atuação em UTI.

Foi encontrado como resultados a resposta dos 8 médicos. Na primeira sentença: *“Em sua opinião, como é a relação profissional entre o médico e o fisioterapeuta na UTI?”* Houve uma unanimidade acerca da satisfação mediante a relação interprofissional entre o fisioterapeuta e medico dentro do ambiente da UTI. A imagem construída do fisioterapeuta demonstra um caráter positivo no resultado dos médicos entrevistados.

Mais especificamente o médico classificado como M1 afirma em sua resposta: *“A relação multidisciplinar deve ser a melhor possível. Tem que haver confiança mútua entre as equipes. Quando as duas especialidades trabalham em harmonia sabendo respeitar a área de cada um a tendência é termos uma boa relação entre os profissionais.”* Consoante a isso M2 identifica que essa relação é: *“Fundamental dentro de um planejamento de reabilitação cardiopulmonar, motora, neurológica.”* M3 ainda confirma: *“É uma relação de extrema importância, pois todo cuidado ofertado ao paciente depende muito dessa relação.”*

M8 vai além de apenas a relação do fisioterapeuta com o médico, mas levando em consideração toda a equipe multidisciplinar, afirmando:

*“É importante porque, na assistência do paciente, tanto no paciente mais leve ao mais grave, a gente precisa de uma assistência multiprofissional para poder realizar uma abordagem mais ampla visando a sua melhora. Precisa-se estar mantendo as funções motoras e respiratórias nos níveis normais para estar podendo manter o nosso tratamento pra doença do paciente, de forma que ele se cure mais rápido. E no paciente mais grave, é preciso da assistência respiratória para estar fazendo o manejo do ventilador mecânico, a abordagem respiratória para melhorar a capacidade pulmonar do paciente.”*

*Muitas doenças relacionadas a quadros pulmonares como, doença obstrutiva crônica, enfisema pulmonar, pneumonia, pacientes com uma perda da função global ou parcial pulmonar se faz preciso esse trabalho importante. E também, pacientes acamados precisam estar fazendo este estímulo para poder estar ajudando na manutenção da musculatura dele, porque sabemos que o quadro de nutrição é importante, e o quadro da perda da musculatura do paciente não é ideal pro tratamento."*

De Araújo Neto et al. (2016) vai de encontro com essas perspectivas, por afirma que a boa relação da equipe multiprofissional é fundamental importância para promover uma melhor qualidade no cuidado do usuário. Barcellos e Chatkin (2020) ainda acrescentam em seu estudo que ações conjuntas da equipe multiprofissional, como por exemplo: visitas multiprofissionais, favorecem a melhora dos resultados clínicos e a diminuição dos dias de permanência na UTI.

M6 apesar de compartilhar uma opinião similar aos outros médicos, faz ressalvas a respeito dessa relação dizendo: *“existem falhas nessa relação bilateralmente sendo essa distante e pouco efetiva.”*

É notório que uma boa relação multiprofissional promove frutos positivos quanto a melhora do paciente, o compartilhamento do saber faz com que os profissionais tenham um maior cuidado quanto a condição do paciente, principalmente se tratando de um local de alta complexidade como o setor de UTI, onde os profissionais devem tomar decisões assertivas, mas ainda assim, podem existir fatores que venham a intervir nessa relação e a torná-la mais difícil.

Na segunda sentença: *“Desde sua formação acadêmica até os dias atuais, a visão sobre o profissional fisioterapeuta mudou? (Se sim, como você via antes e como vê hoje).”* Como resultado das respostas, foi notado que 80% dos médicos tiveram uma mudança em seu conceito a respeito do trabalho da Fisioterapia e 20% permaneciam com a mesma visão.

Elucidando essa mudança de perspectiva a respeito do trabalho da Fisioterapia, o comentário de M4 enfatiza essa opinião por afirmar: *“[...] não percebia a atuação do profissional na assistência, e hoje vejo como fundamental atuação.”* Partindo da mesma ideia, M7 afirma: *“hoje consigo entender melhor a importância do atendimento fisioterápico na UTI, antes não enxergava isso.”*

Nascimento et al. (2020) e Santos et al. (2020) em seus estudos complementam essa afirmativa por informarem que os resultados positivos de



técnicas, condutas fisioterapêuticas e o tratamento humanizado oferecido no ambiente hospitalar, dão credibilidade e visibilidade para atuação do fisioterapeuta.

Um comentário que complementar esta afirmativa é de M6, que diz:

*“Antes via responsáveis pelo movimento voluntário e involuntário (ex.: deambulação e respiração) e reabilitação. Hoje entendo com definidores de condutas, principalmente em pacientes em assistência ventilatória.”* M8 ainda relata: *“São 14 anos de formação, e nesse período eu já trabalhei em hospitais que não possuíam fisioterapeutas para auxiliar sempre. Era um ou outro atendimento e, com o tempo, isso vem aumentando. Na UTI, que tenha a presença do profissional, se tornou muito importante e foi um ganho enorme pros pacientes, e principalmente pra nós do trabalho hospitalar. Desse modo, eu vejo que essa interação melhorou com o passar do tempo, de forma que respeitamos os limites de cada profissão que é importante, porque no início existiu a dúvida: “Até que ponto um pode fazer ou não?” E com isso, vimos que nessa interação e nessa conversa, bate-papo, discussão clínica, com todos juntos e envolvidos, nomeado “tratamento multidisciplinar”, só trouxe benefícios para o paciente. Hoje eu vejo um respeito melhor entre as profissões.”*

Diante das respostas apresentadas pelos médicos a cima, fica evidente uma tendência a opiniões baseadas apenas em sua convivência com o profissional fisioterapeuta no ambiente hospitalar, visto que, em consultas as Diretrizes Curriculares da Medicina no Brasil, não apresentarem matérias que discorram a respeito da fisioterapia ou sobre a atuação do fisioterapeuta.

Em contra partida as respostas apresentadas, M1 indaga nesta sentença:

*“Infelizmente com a grande quantidade de faculdades de fisioterapia cada vez mais não estão formando profissionais com capacitação técnica adequada. Com isso a desvalorização do fisioterapeuta é evidente o que leva a má remuneração e o baixo interesse do fisioterapeuta com seus clientes. Às vezes até por necessidade de atender um volume maior do que deve!”*

A partir da abrangência de qualificação do profissional é que podemos identificar sua competência. Isso é, determinar sua qualificação desde a formação até o caráter ético-profissional. Segundo Lopes e Brito (2009), o trabalho da fisioterapia não depende somente da qualidade técnica, mas também da qualidade relacional, pois nas condições que os pacientes se apresentam durante o tratamento intenso, as questões psicológicas estão adjuntas a patologias físicas.

A terceira sentença procura entender: *“[...] como seria o funcionamento de uma UTI sem o profissional fisioterapeuta?”* Como resultado, M4 afirmou: *“Não funcionaria, pois UTI é um local onde devemos agir de maneira multiprofissional, sendo o fisioterapeuta de extrema importância. Hoje não é luxo ter e sim necessidade um fisioterapeuta na uti.”*

Na descrição análoga à resposta supracitada, dentro os profissionais que compõem o quadro da equipe básica de atendimento nas UTI têm-se observado que os cuidados dispensados pelo profissional fisioterapeuta, auxilia na promoção da independência funcional e, por conseguinte no reestabelecimento da capacidade respiratória. Acredita-se que a atuação da fisioterapia, conjunta ao atendimento multidisciplinar, torna-se fundamentalmente relativa e atua promissora em vários segmentos do tratamento intensivo (NAPÓLIS; CHIAVEGATO; NASCIMENTO, 2012).

Partindo do mesmo pensamento, M1 comentou:

*“Insuficiente. Não dá pra pensar em paciente crítico sem suporte fisioterápico.”* M2 informa: *“Catastrófico. Não consigo enxergar um horizonte de melhora pro paciente.”* M7 ainda afirma: *“Seria um atendimento incompleto e teríamos piores resultados com os pacientes.”*

M5 enfatiza que: *“O principal problema encontrado seria uma condução não efetiva, principalmente na dinâmica respiratória.”* Consoante a isso, Ferrari (2007 apud BRAZ PEREIRA; VIEIRA JUNIOR, 2009) em seu estudo afirma que o fisioterapeuta presta um papel chave em qualquer programa de reabilitação pulmonar, devido a seu conhecimento do aparelho cardiorrespiratório, técnicas respiratórias, manobras de higiene brônquica, VMI e VNI, além do conhecimento de cinesioterapia e a capacidade de analisa e interpreta exames complementares de rotina das UTI's.

M6 levantou outro ponto de vista, ao afirmar:

*“A rotatividade de leitos seria imensuravelmente menor, levando aumento de tempo de internação e morbidade secundárias a esse.”* Consoante a isso, M8 comenta: *“A parte ventilatória e respiratória, nós médicos ainda cuidamos dessa abordagem, então não é tanta dificuldade, o enfermeiro tem a autonomia de estar fazendo a aspiração da via aérea superior do paciente, nós também na parte ventilatória voltada aos ajustes, mas a questão da parte motora isso veio a acrescentar pelas técnicas específicas que a fisioterapia tem mais como uma abordagem mais específica do que nós, que somos mais generalistas. Isso ajuda mais no tempo, pois com o profissional fisioterapeuta dentro do UTI, o médico também ganha tempo, dado que um paciente que te faz gastar mais tempo numa abordagem sem o fisioterapeuta do que com ele, e isso se torna um privilégio para realizar outras abordagens, dado que são mais ou menos dez pacientes na UTI, e se entrega uma assistência mais rápida e eficaz.”*

Essas afirmativas vão de encontro com Braz Pereira e Vieira Junior (2009), que em seu estudo afirma que a atuação do fisioterapeuta no ambiente de UTI contribui na redução do tempo de permanência da UTI, nos índices de complicações e taxa de mortalidade.

Isso evidencia o reconhecimento por parte dos colegas em saúde, em decorrência a atuação do fisioterapeuta dentro do setor da UTI, o que torna uma reflexão da contribuição por parte do fisioterapeuta quanto membro da equipe multidisciplinar.

Quanto a quarta sentença que como objetivo busca perceber se: *“Existe algum fator complicativo ou limitante da relação profissional entre o fisioterapeuta e a equipe de UTI? (Seja por parte dos fisioterapeutas ou por parte dos membros da equipe)”* Como resultado, foi possível perceber 70% não visualizaram algum tipo de fator que limite a relação do fisioterapeuta com a equipe de UTI, quanto a 30% que observaram algum tipo de fator.

M1 evidenciou em sua fala:

*“Soberba, arrogância e não saber respeitar hierarquia. Mas essa opinião é para toda a equipe, desde o médico até a equipe de higiene da UTI. No fundo são fatores que complicam as relações inter-humanas.”* M7 partindo do mesmo ponto de vista, comentou: *“Existe muito ego entre alguns profissionais, com resistência a aceitar a importância de outros membros em uma equipe multidisciplinar.”*

A superioridade hierárquica do intensivista é construída com base em sua bagagem de conhecimentos teóricos e técnicos e, mais especificamente, por lidar com casos de extrema gravidade, justificando uma prioridade no acesso aos recursos materiais e tecnológicos (MENEZES, 2000). Na análise feita por M1, vemos que a rebeldia é categorizada ao eixo organizacional do hospital, ou seja, pela abnegação profissional minorada nas relações técnicas do ambiente da UTI.

M8 ainda comenta:

*“Já presenciei dada a vivência que também abordamos de forma respiratória, seguindo uma visão de abordagem de ventilação mecânica, por exemplo: PCV, PSV ou assistida, e aí um quer fazer algo enquanto o outro discorda, com o intuito de seguir uma outra estratégia. Então, há um debate sobre isso, buscando sempre ser saudável, mas já tive experiências de casos em que não foram saudáveis, onde ambos não chegavam a um pé de igualdade, e a resposta ficava no ar: “Quem que irá fazer?”, porque ambos têm autonomia de realizar procedimentos no paciente. Ainda que embora possa existir isso, eu venho trabalhando e vendo que sempre existe uma harmonia, e o respeito de um profissional, de uma profissão com a outra. Então eu vejo que isso ainda possa ocorrer no Brasil à fora, mas não direi do mundo inteiro, mas sim especificamente do Brasil, mas isso pode ocorrer em outros locais, essas trivialidades e visões diferentes de abordagem pro paciente e aí fica essa dificuldade de diálogo.”*

Neto (2016) em seu estudo vai de encontro com essa afirmativa por evidenciar que o tratamento do paciente é consequência do trabalho de toda a equipe

multidisciplinar, sendo a comunicação uma troca de informações que deve ocorrer de forma contínua para melhor qualidade do cuidado. A comunicação entre os profissionais que integram a equipe multidisciplinar deve ser de fundamental importância para não ocorrer distorções e falhas no atendimento, pois através dela são fornecidas informações que contribuem para o conhecimento uniforme entre os membros da equipe.

M2 dirige-se a sua fala não para o âmbito interprofissional, mas para os recursos ofertados pela UTI, afirmando:

*“Acho que o principal fator é a alta demanda de pacientes e a falta de recursos disponíveis.”* Consoante a essa afirmativa, M6 comenta: *“A rotina não incluir a visita multiprofissional como também o sobrecarga de trabalho para todos, acarretando no menor tempo para a discussão dos casos.”*

Essas duas afirmativas vão de encontro com estudos de Moura e Viriato (2008) onde indagam que nos hospitais públicos, há uma falta de recursos financeiros, dificuldade em dimensionamento de profissional, falta de recursos humanos, escassez de recursos materiais e de equipamentos de fisioterapia. Quanto nos hospitais privados, o fator financeiro também se torna uma interferência, fazendo com que a maioria dos grandes hospitais opte pela terceirização dos serviços de Fisioterapia.

A quinta sentença procura entender se o médico: *“Percebe resultados quando o paciente realiza tratamento fisioterapêutico na UTI?”* Como resultado, houve uma homogeneidade em evidenciar que os pacientes apresentavam resultados positivos. Isso mostra que as técnicas fisioterapêuticas mostram seus resultados a curto prazo.

M8 ainda comenta:

*“Posso também responder isso inversamente. Enxergo uma piora do paciente sem o fisioterapeuta na UTI, em que vemos o paciente degradando e piorando no quadro geral sem a fisioterapia. Então, podemos também falar que, conseqüentemente, vemos essa importância pro paciente na abordagem, dada sua melhora substancial.”*

Quanto a sexta sentença, que tinha o objetivo de compreender se: *“Pacientes que recebem esse tipo de atendimento costumam a aceitar o tratamento?”* Houve outra unanimidade nos resultados, por comprovar que aceitavam. Mas M1 ainda apontou: *“Na maioria das vezes sim. Mas temos sempre aqueles pacientes que não ajudam nos tratamentos impostos.”*

M8 informa:

*"Eu vejo pacientes que, por questões emocionais, psicológicas e do campo psíquico acabam não querendo fazer. Pacientes debilitados, doente, com dor, há uma recusa naquele momento no que compete a atividades físicas por conta de uma doença ou dores. Todavia, nós também fazemos uma abordagem com o paciente, na conversa, no fácil diálogo e na parte emocional, para conseguirmos melhorar o estado emocional com palavras positivas e pensamentos positivos, e aos poucos conseguimos a aceitação do tratamento. Entretanto, a maior parte dos pacientes aceitam e fazem a fisioterapia e entendem sua importância. Vemos ainda mais a exigência dos pacientes hoje em dia, onde se cobra mais pelo atendimento do fisioterapeuta, se passam poucas vezes ao dia, eles acabam querendo mais, exigem mais, porque atualmente está sendo mais difundido a sua importância e eles querem mais para garantir a melhora da saúde e, com isso, a redução da internação e dos danos da doença."*

Neto (2014) completa essa afirmativa por destacar a importância de o paciente participar de forma ativa do seu processo de cura. No entanto, os pacientes críticos que recebem cuidados na UTI muitas vezes não têm a possibilidade de discutir e decidir sobre os tipos de tratamento que gostariam ou não de receber – e essa perda de autonomia na UTI é inevitável em alguns casos –, devido às condições de restrições necessárias dos pacientes no leito, pela intubação que dificulta a fala, situações de sedação e também pela necessidade de tomada de decisões e realização de intervenções imediatas, a modo de oferecer os cuidados primordiais, objetivando a recuperação dos pacientes.

Isso faz com que, por mais que os profissionais procurem fornecer o melhor tratamento possível, o paciente ainda não aceite ao tratamento, cabendo a equipe multiprofissional apresentar formas alternativas, mas de maneira humanizada, a aceitação do paciente para o tratamento.

## 5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, é possível notar que o processo interrogativo às vivências médicas relativas à atuação do fisioterapeuta no paciente crítico da UTI revela-se de extrema complexidade: na avaliação prática do intensivista sobre o enfermo, entram em jogo representações sociais mais difundidas muitas delas estigmatizantes e também as tensões peculiares e constitutivas da prática médica e fisioterápica, presentes em diferentes eixos relativos a cuidados, com cada qual respeitando suas limitações no que tange ao campo de atuação de cada profissional. A equação é de difícil e intrincada resolução. Pacientes em estado crítico, hospitalizados nas Unidades de Terapia Intensiva, apresentam um vasto leque de diagnósticos médicos, contudo, este fator habitualmente remete problemas congruentes que originam indicação para assistência fisioterapêutica.

Foi possível observar a satisfação dos profissionais médicos quanto a conduta profissional adotada pelos fisioterapeutas atuantes na UTI, salvo a ressalvas situacionais e fatores intrínsecos à atuação multiprofissional em uma UTI. Fica claro que apesar da Fisioterapia ser uma profissão jovem no ambiente hospitalar em comparação a outras profissões como a medicina, ela mostra seu impacto, pelo fato de seus colegas em saúde reconhecerem seu papel no processo reabilitador dentro do setor de UTI.

Vale salientar que em pesquisas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina não apresentam um estudo sobre a Fisioterapia, fazendo com que as respostas obtidas neste estudo se tratem de opiniões com base na convivência com fisioterapeuta. Outro ponto a ser observado é que apesar dos resultados obtidos, o estudo ainda apresenta uma amostra frágil. Mas ainda assim, a baixa adesão por parte dos pesquisados mostra o grau de interesse em relação a pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital: Instituições e história social**. São Paulo: Letras e Letras, 1999.

ARAÚJO, Aquiles Ribeiro de. **Assistência Médica hospitalar no século XIX**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1982.

ARAÚJO, L. Z. S.; NEVES JÚNIOR, W. A. A bioética e a fisioterapia nas Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Fisio. Univ. São Paulo**, v.10, n. 2, p. 52- 60, 2003.

Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia Intensiva (ASSOBRAFIR.). **Recomendação de trabalho do Fisioterapeuta no período de vinte e quatro horas em centro de tratamento intensivo**. Disponível em: <<https://assobrafir.com.br/recomendacao-de-trabalho-do-fisioterapeuta-no-periodo-de-vinte-e-quatro-horas-em-centro-de-tratamento-intensivo/>>. Acesso em: 18 jun. 2022.

ALVES, A. N. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. **Ensa. Ciên**, v. 16, n. 6, 2012.

ARAÚJO, L. Z. S.; NEVES JÚNIOR, W. A. A bioética e a fisioterapia nas Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Fisio. Univ. São Paulo**, v.10, n. 2, p. 52- 60, 2003.

BRASIL. Resolução RDC no. 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF, Diário Oficial da União.

BARROS, F. B. M. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. **Rev. FisioBrasil**, n. 59, p.20-31, 2003.

BARCELLOS, Ruy de Almeida; CHATKIN, José Miguel. Impacto de uma lista de verificação multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica invasiva e de permanência em UTI. **Jorn. Bras. Pneumo.**, v. 46, 2020.

BORGES, Vanessa Marcos et al. Motor physiotherapy in intensive care adult patients. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, p. 446-452, 2009.

BOLELA, Fabiana ; JERICÓ, Marli de Carvalho. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 2, p. 301–309, 2006.

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.

Brasil. Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998. **Ministério da Saúde**. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. Diário Oficial da União n. 154.

BRANDENBURG, C.; MARTINS, A. B. T. Fisioterapia: história e educação. In: ENCONTRO CEARENSE DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO (ECHE), 11.; ENCONTRO NACIONAL DO NÚCLEO DE HISTÓRIA E MEMÓRIA DA EDUCAÇÃO (ENHIME), 1., 2012, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: Impreco, 2012. p. 1674-1684.

BYNUM, William. **História da medicina**. Porto Alegre: L&PM, 2011.

COFFITO. **Jornada de Trabalho**. Disponível em: <[https://www.coffito.gov.br/nsite/page\\_id=2355](https://www.coffito.gov.br/nsite/page_id=2355)>. Acesso em: 18 jun. 2022.

COFFITO. **Definição de Fisioterapia**. Brasília: Coffito; 2009. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/site/index.php/fisioterapia/definicao.html>> Acesso em: 16 out. 2022

CREFITO. **Fisioterapia**. Disponível em: <<http://www.crefito3.org.br/dsn/fisioterapia.asp>>. Acesso em: 22 jun. 2022.

DA CONCEIÇÃO FURTADO, M. V. et al. Atuação da fisioterapia na UTI. **Braz. J. of Hea. Rev**, v. 3, n. 6, p. 16335-16349, 2020.

DE ARAUJO NETO, João Dutra et al. Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Revis. Bras. Prom. Sau.**, v. 29, n. 1, p. 43-50, 2016.

DIAS, C.M. et al. Efetividade e segurança da técnica de higiene brônquica: hiperinsuflação manual com compressão torácica. **Revis. Bras. Tera. Intens.**, v.23, n.2, p.190-198, 2011.



DOS SANTOS, P. R. et al. Percepção da equipe multiprofissional sobre o fisioterapeuta na emergência de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Fisioter. Pesqui**, v. 27, n. 2, p. 147-154, 2020.

FONSECA, J. P. **História da fisioterapia em Portugal: da origem a 1966**. 2012. 88 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa, 2012.

FERRARI, D. **Fisioterapia intensiva: nova especialidade e modelo educacional**. São Paulo: FERRARI; 2007.

FERNANDES, Shanlley Cristina da Silva et al. Impacto da fisioterapia respiratória na capacidade vital e na funcionalidade de pacientes submetidos à cirurgia abdominal. **Einstein**, v. 14, p. 202-207, 2016.

GUSMAN, S.; MEYERHOF, P. G. História dos cursos Bobath no Brasil. **Rev. Fisioter. Pesqui**, v. 6, p. 60-60, 1999.

HOLSTEIN, Juliana et al. Inserção do fisioterapeuta em equipe multiprofissional, nos serviços de urgência e emergência: relato de experiência. **SIEPE**, v. 9, n. 1, p. 1-22, 2017.

IUNES, D. H. et al. Análise quantitativa do tratamento da escoliose idiopática com o método Klapp por meio da biofotogrametria computadorizada. **Braz. J. Ther**, v. 14, n. 2, p. 133-140, 2010.

JERRE, George et al. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, p. 399-407, 2007.

LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Ame Enfer**, v. 13, n. 5, p. 145-150, 2005.

LIMA, Nísia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões**. Rio e Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

LOPES FM, Brito ES. Humanização da Assistência de Fisioterapia: estudo com pacientes no período pósinternação em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 21, n.3, p. 91-283, 2009.

MARQUES, A. P.; SANCHES, E. L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Rev. Fisioter. Pesqui**, v. 1, n. 1, p. 5-10, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI**. Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432\\_12\\_08\\_1998.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html)>.

Acesso em: 18 jun. 2022.

MORAES, Margarete Farias et al. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso Clínico São Vicente**. 2005. Tese de Doutorado.

NÁPOLIS, L. M. et al. Conhecimento da disponibilidade e sobre o uso da ventilação não invasiva em unidades de terapia intensiva de hospitais públicos, privados e de ensino da região metropolitana de São Paulo. **Jornal de Pneumologia**. v. 32, n. 1. São Paulo, jan./fev. 2006.

NASCIMENTO, Ana Luiza; DE AQUINO ZAMBOM, Danielle; GRESIK, Karla Rocha Carvalho. O papel do fisioterapeuta dentro da equipe multidisciplinar em unidades de terapia intensiva. **Fisioterapia Na Saúde Coletiva: Perspectivas Para A Prática Profissional**, 2020.

NICOLAU, C.M. et al. Avaliação da dor em recém-nascidos prematuros durante a fisioterapia respiratória. **Revis. Bras. de Saúde Materno Infantil**, v.8, n.3, p.285-290, 2008.

NOZAWA, E. et al. Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. **Fisioter. Pesqui**, v. 15, n. 2, p. 177-182, 2008.

PALOMAR, Antônio. **La despensa de Hipócrates**. 8. ed. Nafarroa: Txalaparta, 2004.

PEREIRA, Carlos; VEIGA, Nélio. A epidemiologia. De Hipócrates ao século XXI. **Rev. Millenium**, v. 47, p. 129-140, 2014.

PESSINI L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola; 2004.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Silvio Paulo. Fisioterapia no Brasil. São Paulo: Manole, 1999.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina.** 2009.

RIBEIRO JR, W. A. Aspectos reais e lendários da biografia de Hipócrates, o "pai da medicina. **Jorn. Bras. Histor. Med.**, v. 6, n. 1, p. 8-10, 2003.

RONCATI, V. L. C.; PORTIOLLI, C. Y. **Rotinas e recursos de fisioterapia respiratória em UTI.** 2. ed. KNOBEL, E.: Condutas no paciente grave, 1999.

SANCHEZ, E.L. Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo. **Atualização Brasileira de Fisioterapia**, ano II, vol. I n. 03, 1984.

SANTOS CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. **Nursing**, v.17, p. 9-26, 1999.

SANAR. **Atuação do médico na UTI: conheça as principais diferenças.** SANAR Pós Graduação, 2022. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/atuacao-do-medico-na-uti-principais-diferencas-posti>>. Acesso em: 08 nov. 2022.

SEPÚLVERA et al. Fisioterapia respiratória na UTI. In: KNOBEL, E. **Condutas no Paciente Grave.** São Paulo: Atheneu, 1997.

SIMONI, Daniela Espíndola et al. A formação educacional em fisioterapia no Brasil: fragmentos históricos e perspectivas atuais. **Hist enferm Rev eletrônica**, v. 6, n. 1, p. 10-20, 2015.

SOUZA, M.; Possari JF, Mugaiar KHB. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 5, n. 2, p. 9-77, 1985.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolfo. **Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo**. São Paulo: Editora Unesp, 1996.

TOFFOLETTO, M. C. et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 307–312, 2005.

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

VIANA, Renata Andrea Pietro Pereira; TORRE, Maria. **Enfermagem Em Terapia Intensiva**. 1º Ed. Editora Manole: 2017.

WALDOW, V. R. Reflexiones acerca del cuidado humano. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 1–4, 1998.

YAMAGUTI, W. P. S. et al. Fisioterapia respiratória em UTI: Efetividade e Habilitação Profissional. **Jorn. Bras. Pneumo**, v. 31, n 1, p. 89-90, 2005.

## **APENDICE A – QUESTIONÁRIO**

**1. Em sua opinião, como é a relação profissional entre o médico e o fisioterapeuta na UTI?**

Sua Resposta

**2. Desde sua formação acadêmica até os dias atuais, a visão sobre o profissional fisioterapeuta mudou? (Se sim, como você via antes e como vê hoje)**

Sua Resposta

**3. Na sua opinião, como seria o funcionamento do setor da UTI sem o profissional fisioterapeuta?**

Sua Resposta

**4. Existe algum fator complicativo ou limitante da relação profissional entre o fisioterapeuta e a equipe de UTI? (Seja por parte dos fisioterapeuta ou por parte dos membros da equipe)**

Sua Resposta

**5. Percebe resultados quando o paciente realiza tratamento fisioterapêutico na UTI?**

Sua Resposta

**6. Pacientes que recebem esse tipo de atendimento costumam a aceitar o tratamento?**

## APENDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do estudo/pesquisa intitulado (a) a importância da fisioterapia no ambiente de unidade de terapia intensiva: pela visão do médico, conduzida por Carlos Eduardo de Sousa Santos e Guylherme Feliciano de Oliveira. Este estudo tem por objetivo compreender a visão do médico sobre o trabalho do fisioterapeuta na UTI. Além de, entender a relação desses profissionais, assim como descobrir se existem algum fator complicativo com a atuação do fisioterapeuta neste ambiente.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário online, que será entregue através de mensagem eletrônica, o questionário terá um tempo de 15 dias para poder ser respondido, neste questionário você deverá apenas se identificar para garantir que o questionário foi respondido pelo mesmo.

Você foi selecionado (a) por atender aos seguintes critérios: ser um médico que trabalha ou que já trabalhou no setor de UTI de algum hospital da região do Espírito Santo; ter pelo menos 1 ano de experiência em UTI; ser um profissional que tem ensino superior completo. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os riscos que podem envolver a com sua participação dessa pesquisa seria o desconforto por estar falando a respeito do trabalho de um colega de profissão. Caso o participante da pesquisa se sentir desconfortável ao responder o questionário poderá desistir de fazê-lo.

Ao participar desta pesquisa você ajudará a mostrar o impacto que o trabalho da Fisioterapia gera neste ambiente de UTI, além de, mostrar alguns problemas que podem existir com o trabalho da Fisioterapia neste local. Mas é garantido que os benefícios da realização desta pesquisa serão tanto para área da Fisioterapia como para as demais áreas que compõe a equipe multidisciplinar da UTI.

Essa pesquisa não terá fins lucrativos, portanto não terão nenhum tipo de remuneração, se durante a realização da pesquisa existir algum tipo de despesa o valor será ressarcido ao participante.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O(s) pesquisador(es) responsável se compromete(m) a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Caso ocorra algum problema durante a pesquisa, os participantes terão a garantia de serem indenizados após a pesquisa.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação

direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Este termo possui duas vias de igual teor onde uma ficará com o pesquisando e outra com o pesquisador.

Nome  
completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ de  
Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço:  
\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(ou seu representante)

Nome  
completo: \_\_\_\_\_

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com \_\_\_\_\_, via e-mail: \_\_\_\_\_ ou telefone: \_\_\_\_\_.


Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FVC  
SÃO MATEUS (ES) - CEP: 29933-415  
FONE: (27) 3313-0028 / E-MAIL: [cep@ivc.br](mailto:cep@ivc.br)

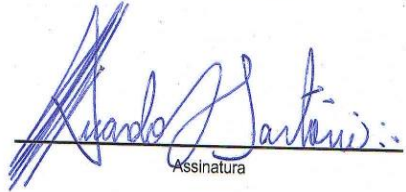
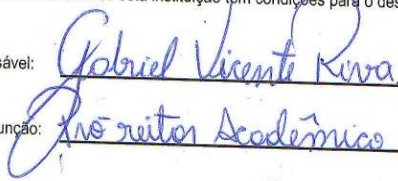
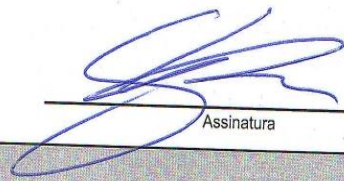
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: CARLOS EDUARDO DE SOUSA SANTOS  
ENDEREÇO: RODOVIA GOVERNADOR MÁRIO COVAS, Nº 2230, BAIRRO SANTO ANTÔNIO

SÃO MATEUS (ES) - CEP: 29941-510  
FONE: (27) 99692 - 7817 / E-MAIL: [CARLOSEDUARDODESOUSASANTOSC@GMAIL.COM](mailto:CARLOSEDUARDODESOUSASANTOSC@GMAIL.COM)

## ANEXO A

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

1. Projeto de Pesquisa: A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO AMBIENTE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: SEGUNDO A VISÃO DOS MEDICOS			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 10			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: RICARDO ALVARO SARTORIO			
6. CPF: 084.308.697-19		7. Endereço (Rua, n.º): ALBERTO SARTORIO 1/99999 CARAPINA Clínica SAO MATEUS ESPIRITO SANTO 29933060	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (27) 3767-4168	10. Outro Telefone:
		11. Email: centerfisio@hotmail.com	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>29</u> / <u>06</u> / <u>2022</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: INSTITUTO VALE DO CRICARE LTDA		13. CNPJ: 01.997.757/0001-64	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (27) 3763-4505		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: 		CPF: <u>108.558.687-16</u>	
Cargo/Função: <u>Pró-reitor Acadêmico</u>			
Data: <u>05</u> / <u>07</u> / <u>22</u>		 Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

Prof. Gabriel Vicente Riva  
Pró-reitor Acadêmico  
UNIVC - CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO CRICARÉ  
Credenciado Port. MEC nº 1.039 de 17/12/2021