

ASSOCIAÇÃO VITORIENSE DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA
FACULDADE ESCRITOR OSMAN DA COSTA LINS - FACOL
COORDENAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE DE MOURA

**A VIVÊNCIA DE UM ESTUDANTE DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE
2017

CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE DE MOURA

**A VIVÊNCIA DE UM ESTUDANTE DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Artigo científico apresentado à Coordenação de Fisioterapia da Faculdade Escitor Osman da Costa Lins - FACOL, como critério para obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: LucienePereiraCoelho de Azevedo
Coorientador: Alexandre Magno Delgado

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE
2017

RESUMO

Introdução: As unidades de Terapia Intensiva vem desenvolvendo um papel muito importante na saúde terciária, tendo em vista a necessidade de cuidados paliativos em pacientes crônicos e com isso vem aumentando as demandas cada vez maiores nesse nível de atenção à saúde. **Objetivo:** Descrever um relato de experiência de um estudante de fisioterapia na UTI. **Método:** Foram realizadas visitas semanais à UTI do Hospital Albert Sabin, para acompanhar a atuação do profissional de fisioterapia, observar a estrutura física do ambiente de atuação. **Relato:** Descreveu as situações vivenciadas como o cenário, a atuação do fisioterapeuta, e as experiências vividas como estudante na unidade. **Conclusão:** O presente estudo contribuiu para revisões de alguns protocolos do hospital, despertando discussões sobre condutas nos pacientes, e contribuindo com conhecimentos na área da fisioterapia intensiva.

Palavras-chave: Fisioterapeuta Intensivista, Pacientes Críticos, Saúde Terciária.

ABSTRACT

Introduction: Intensive Care units have been playing a very important role in tertiary health, considering the need for palliative care in chronic patients, and with this, increasing demands on this level of health care have been increasing. Objective: To describe an experience report of a physical therapy student in the ICU. Method: Weekly visits were made to the Hospital Albert Sabin ICU to follow the physiotherapist's performance, observing the physical structure of the operating environment. Relato: Described the situations experienced as the scenario, the performance of the physiotherapist, and the experiences lived as a student in the unit. Conclusion: The present study contributed to revisions of some hospital protocols, provoking discussions about patient behaviors, and contributing knowledge in the field of intensive physiotherapy.

Key words: Intensivist Physiotherapist, Critical Patients, Tertiary Health.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, pelo dom da vida e por todas as experiências vivenciadas ao longo desses cinco anos. Aos meus pais pelo amor, incentivo e apoio incondicional que sempre estiveram presentes comigo em todas as dificuldades, lutas e conquistas. Aos demais membros da minha família que sempre acreditaram em mim e deram total apoio. A minha admirável orientadora pela confiança, empenho e dedicação à elaboração desse trabalho. Ao meu considerável coorientador pela disponibilidade, esforços, paciência e cooperação. Aos meus professores por me proporcionarem o conhecimento. Aos meus amigos que sempre estiveram comigo, me incentivando a essa conquista. A todos que se fizeram presente na minha formação, o meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM- Admissão.

FC- Frequência Cardíaca.

FR- Frequência Respiratória.

HD- Histórico da Doença.

IC- Insuficiência Cardíaca.

MH- Muco Hepática.

MHB- Manobras de Higiene Brônquica.

MV- Modo Ventilatório.

TB- Tráqueo Brônquica.

TEP- Terapia de Expansão Pulmonar.

UTI- Unidade de Terapia Intensiva.

VAS- Vias Aéreas Superiores.

VM- Ventilação Mecânica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
MÉTODO	08
RELATO DA EXPERIÊNCIA	09
CONCLUSÕES	11
REFERÊNCIAS	12
ANEXOS	13
ANEXO A - NORMA DA REVISTA	13

INTRODUÇÃO

O surgimento das UTI tiveram suas origens a partir de Florence Nightingale, uma enfermeira que atuou na guerra da Criméia em 1854 como voluntária a atendimentos aos soldados da guerra conseguindo assim reduzir em 2% o índice de mortalidade, sendo assim, idolatrada pelos seus atendimentos e atuação onde classificou os pacientes dando um suporte mais complexo aqueles que mais necessitavam, iniciando assim seu diferencial (FERRARI, 2017).

A primeira Unidade de Terapia Intensiva no mundo foi criada em Boston em 1926 por Walter Eduward Dandy quando deseja desenvolver um departamento para a recuperação do Pós-Operatório de neurocirurgias no Hospital Johns Hopkins onde começou a se desenvolver e adaptar os cuidados intensivistas (MENDES, 2010).

As unidades de Terapias Intensiva no Brasil tiveram suas primeiras origens na década de 70 em meantes do século XX, objetivando o atendimento de pacientes com estado geral graves ou críticos com possibilidades de reabilitações, visando um atendimento onde a estrutura física fosse adaptada a realidade da necessidade dos pacientes desse nível atendendo as necessidades com mais qualidade (TRANQUITELLI; CIAMPONE, 2007).

Vem aumentando cada vez mais a necessidade de se ampliar a área de saúde terciária devido ao prolongamento de vida da população, e de seus hábitos, onde tem se a falha de cuidados paliativos, tendo em vista a necessidade de funcionamento de mais unidades e investir nesse nível de saúde e serviços que visam diminuir essa demanda (EMILIA N, et AL, 2008).

A finalidade da UTI é a recuperação dos indivíduos em estado grave e suporte em casos avançados, sendo um ambiente composto por uma equipe tendo o principal objetivo facilitar as técnicas atuais através de um bom relacionamento entre profissionais. Para se obter um serviço em harmonia é fundamental existir o respeito entre profissionais, troca de experiências, e haver diálogos entre si. A formação de uma equipe multidisciplinar é necessário para bom funcionamento da unidade e obter sucesso no serviço em conjunto da UTI (KAMANDA et al, 1978).

A fisioterapia tem um papel essencial para a reabilitação de pacientes críticos no aspecto da promoção, evitando agravos mais avançados, prevenção e manutenção da fisiologia do sistema cinético-funcional dos indivíduos. Evitando evolução de quadros de síndrome do imobilismo nesses pacientes, não permitindo desenvolver atrofias e

encurtamentos musculares, posturas viciosas, deformidades, úlceras por pressão e outros comprometimentos cinético-funcionais. Sendo também função da fisioterapia atuar no suporte ventilatório dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva dando assistência através de técnicas e manipulações respiratórias específicas para ser aplicada nos indivíduos, como também é de responsabilidade o controle do ventilador mecânico junto com o médico (SBTI, 2017).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho será descrever um relato de experiência de um estudante de fisioterapia na Unidade de Terapia Intensiva. Conteúdo importante à todos envolvidos com pacientes hospitalizados em estado geral crítico. Possibilitando um maior esclarecimento para acadêmicos e profissionais de saúde que se interessam pela temática.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo foi um relato de experiência.

LOCAL DO ESTUDO

Foi realizado no Hospital Albert Sabin, localizado na rua Senador José Henrique Nº141, Ilha do Leite, Recife-PE.

PERÍODO DA COLETA

A coleta dos dados foi realizada entre o período de 12 à 28 de setembro de 2017, sendo realizadas duas visitas semanais, concluindo 6 visitas totais.

POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os indivíduos foram compostos por pacientes hospitalizados no departamento de terapia intensiva do Hospital Albert Sabin.

PROCEDIMENTOS

Inicialmente foi realizada uma observação da estrutura física através de um questionário enviado pelo pesquisador. Em seguida foi acompanhado o trabalho da equipe multidisciplinar em atendimento conjunto relatando os aspectos positivos, foram analisados os perfis dos pacientes da UTI através de um levantamento dos diagnósticos

clínicos. Foi realizada uma análise do perfil do profissional de fisioterapia com a equipe, sua interação com os pacientes e possíveis condutas, descrevendo no final de cada visita através de relatórios como se dá a rotina diária.

ASPECTOS ÉTICOS

As visitas foram realizadas mantendo as normas éticas propostas pelo hospital, visando o zelo dos indivíduos através da privacidade e sigilo de dados pessoais. Os benefícios foram trazer informações para as atividades de saúde na área acadêmica científica e informações para o próprio sistema do hospital. Não sendo realizado nenhum método invasivo.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

CENÁRIO DA EXPERIÊNCIA

A UTI do hospital Albert Sabin é constituída por 10 leitos, cada leito é composto por um ventilador mecânico da marca Dixtal, dispõe do sistema de oxigênio e ar comprimido necessário, possui materiais completos de usos individuais aos pacientes e funcionários, materiais para atendimentos, e todos os recursos necessários para o funcionamento da unidade; possui o sistema computadorizado e moderno de evolução e passagem de plantão para facilitar os serviços dos profissionais. Em cada leito contém monitorizações completas dos pacientes, onde identifica a Pressão Arterial, a Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Saturação de O², todos os Volumes e Capacidades Pulmonares através de valores e gráficos apresentados nos monitores de cada leito; e um monitor geral que é localizado no centro da UTI, ofertando assim uma acessibilidade melhor de trabalho aos funcionários, identificando com mais precisões as intercorrências e tornando o serviço mais eficaz, dispõe também do cuffometro que é responsável em mensurar a pressão do Cuff, evitando assim complicações por pressões indesejáveis.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A equipe multidisciplinar da UTI é composta por plantonistas de assistências vinte e quatro horas composta por cinco técnicos de enfermagem onde cada um é responsável por dois leitos, um enfermeiro, um médico e um fisioterapeuta plantonista de doze horas diárias. A equipe atende de maneira holística os pacientes, onde se discute cada caso em equipe melhorando assim a assistência e dando boa qualidade ao serviço. Quando faz se

necessário à avaliação e acompanhamento com outros profissionais da saúde como por exemplo o fonoaudiólogo, é solicitado pelo médico e esses profissionais dão assistência aos pacientes da unidade.

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

O fisioterapeuta atua na assistência ventilatória sendo fundamental e indispensável em pacientes que necessitam desse suporte através da ventilação mecânica. Atua na prática respiratória utilizando de técnicas e manipulações para facilitar a respiração e tratamentos de patologias e evitar futuras complicações como atelectasias pulmonares, broncoaspirações, entre outras complicações. Atua através da fisioterapia motora realizando alongamentos e mobilizações precoces, sedestação ao leito, para evitar contraturas e deformidades, dando uma qualidade de vida melhor aos pacientes, realizando também exercícios ativos e passivos de membros em casos indicados, para manter a função muscular.

VIVÊNCIA DE ESTUDANTE NA UTI

A experiência como acadêmico na UTI foi muito gratificante, tive a oportunidade de observar o trabalho do fisioterapeuta, assistir a apresentação de diversos casos clínico e discutir possíveis condutas. Obtive a chance de acompanhar entre as visitas um caso de um paciente que vou relatar a seguir: Na primeira visita o paciente encontrava-se: Indivíduo: L.A.S.; 60 anos; ADM: 10/09/2017; HD: I.C. Compensada com baixo débito; TOT: 10/09/2017; PaO₂ IDEAL: 83,20; Em uso de Precedex 25 ml/h; MV: PCV; FiO₂: 25%; Tins: 0.80s; FR: 18 ipm.; Secreção MH em moderada quantidade no TB e VAS; seguindo em vigilância respiratória. Diante do caso junto com o fisioterapeuta traçamos a conduta do paciente e aplicamos. Na fisioterapia respiratória foram realizadas: MHB, Aspiração, TEP após a aspiração. Na fisioterapia motora foram realizadas: Mobilizações articulares, Ajuste ao leito, Exercícios passivos. Objetivo da fisioterapia: Realizar o desmame da VM, Adaptar o paciente a respiração espontânea e Auxiliar a independência do indivíduo.

CONCLUSÃO

A experiência de uma vivência na UTI é fundamental para estudantes que desejam ingressar na área, é importante para adquirir conhecimento em uma vida profissional futura, adentrando no campus de trabalho que deseja atuar, permitindo assim ampliar os saberes na prática. Considerando que esta experiência foi imprescindível para determinar a confirmação da área que almejo.

REFERÊNCIAS

EMILIA, N. et al. Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.15, n.2, p.177-82, abr./jun. 2008.

FERRARI, D. A história da unidade de terapia intensiva, 2017. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/history.htm>. Acesso em: 25 de março de 2017.

KAMANDA, C. et al. Equipe multiprofissional em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol.31 no.1 Brasília 1978.

MENDES, T. N. C. UTI- passado, presente e futuro. Centro de Estudos Superiores de Itapecuru-mirim CESIM. 2010.

SBTI- SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA, 2017. Disponível em: <http://www.sobрати.com.br/fisioterapiaintensiva>. Acesso em: 02 de abril de 2017.

TRANQUITELLI, A.M. CIAMPONE, M.H.T. Número de horas de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos. **Revista. Esc. Enf. USP**. 2007.

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA

Salutem - Revista Científica de Saúde FACOL

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

O trabalho a ser considerado para publicação deve obedecer às seguintes regras: Deve ser redigido utilizando editor de texto Microsoft Word™ (extensão de arquivo .doc), em português ou inglês, fonte Arial ou Times New Roman tamanho 12pt de cor preta, espaçamento 1,5 com margens laterais de 3 cm e margens superior e inferior com 2,5 cm.

Os manuscritos poderão ser submetidos dentro das categorias de comunicação científica designadas abaixo:

1. Artigos Originais: trabalhos nos quais são informados os resultados obtidos em pesquisas de natureza experimental, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. O texto não deverá exceder 20 páginas;
2. Artigos de Revisão: Trabalhos com avaliações críticas e sistematizadas da literatura sobre um determinado assunto que deverá dar ao leitor uma cobertura geral acerca do tema apresentado. O texto não deverá exceder 20 páginas;
3. Artigo de atualização: trabalhos descritivos e interpretativos com base em literatura recente sobre o estado atual de determinado assunto. O texto não deverá exceder 20 páginas;
4. Relato de Caso: trabalhos com descrição detalhada e análise crítica de casos clínico-laboratoriais atípicos que, pela sua raridade na literatura ou apresentação não usual, merecem uma divulgação e discussão científica. O texto não deverá exceder 20 páginas.

Os manuscritos a serem submetidos independentemente da categoria de comunicação, devem apresentar como base os seguintes tópicos:

1. Título: Deve dar uma ideia precisa do conteúdo e ser o mais curto possível. Estes deverão estar escritos em caixa baixa, negritos e centralizados;
2. Nomes dos autores: Os nomes dos autores devem vir abaixo do título, também centralizados, com uma linha de espaço em relação ao título. O nome completo dos autores deve aparecer na ordem correta de autoria, sem inversões. No caso de vários autores, seus nomes deverão ser separados por vírgulas;
3. Filiação dos autores: Após o nome de cada autor deverá constar um número Arábico sobrescrito (Exemplo: 1), que indica sua instituição de procedência e deverá aparecer logo abaixo da nominata dos autores, também centralizado e com endereços completos, inclusive o CEP da cidade. Deve-se assinalar o nome do autor para correspondência com um asterisco sobrescrito (Exemplo: *), para o qual toda correspondência deverá ser enviada;
4. Resumo/Abstract (separadamente): Todos os trabalhos deverão ter resumos em inglês (Abstract) e português. O Abstract e o Resumo devem conter as mesmas informações e sempre resumir a introdução, o objetivo, a metodologia, os resultados/discussão e conclusões (máximo de 200 palavras);
5. Palavras – chave (logo após o final do Resumo)/Keywords (logo após o final do Abstract): Número máximo de seis e mínimo de três separados por vírgula. As palavras selecionadas não devem estar contidas no título;
6. Introdução: Breve introdução ao tema, incluindo definição dos conceitos gerais, uma pequena revisão sobre a temática na qual o trabalho está inserido, apresentação e contextualização do problema abordado. Deverá estabelecer com clareza o objetivo do

trabalho (apresentá-lo no último parágrafo da introdução) e sua relação com outros trabalhos na mesma área;

7. Material e Métodos: A descrição dos materiais e dos métodos usados deverá ser breve, porém suficientemente clara para possibilitar a perfeita compreensão e a reprodução do trabalho. Processos e técnicas já publicados, a menos que tenham sido extensamente modificados, deverão ser referenciados por citação. Figuras, gráficos, tabelas e quadro podem ser inseridos;

8. Resultados e Discussão: Apresentar os resultados obtidos no respectivo trabalho e discuti-los em relação ao conhecimento previamente disponível. Figuras, gráficos, tabelas e quadro podem ser inseridos;

9. Considerações Finais: Indicar de forma corrida, sucinta e objetiva as principais conclusões obtidas no trabalho;

10. Agradecimentos: Este item é opcional e deverá vir antes das Referências Bibliográficas;

11. Referências Bibliográficas: O número recomendado é de no máximo 30 referências, exceto para estudos de revisão da literatura. No texto, será usado o sistema autor-anônimo para citações bibliográficas, utilizando-se ampersand (&) no caso de 2 autores. A formatação das referências deve ser padronizada em conformidade rigorosa com as orientações da última edição da ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS.

As figuras, gráficos, tabelas e quadros inseridas no manuscrito deverão também estar inseridas no texto, juntamente com suas legendas e títulos. Em caso de tabelas, figuras e anexos já publicados, os autores deverão apresentar documento de permissão assinado pelo autor ou editores no momento da submissão. As tabelas devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. Devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e apresentadas no final do texto. Não se recomendam tabelas pequenas que possam ser descritas no texto. Alguns resultados simples são mais bem apresentados em uma frase e não em uma tabela;

As Figuras devem ser citadas e numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos na ordem em que aparecem no texto. O título e a(s) legenda(s) devem tornar as tabelas e figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as legendas devem ser digitadas em espaço duplo, e todos os símbolos e abreviações devem ser explicados. Coloque as figuras em formato .TIFF ou .jpg com no mínimo 300 dpi de resolução. Figuras de baixa qualidade não serão publicadas.