

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O
SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS
PARA O SUS

GUILHERME DE MORAES MAIA

**CARGA DE TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA EM UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA – ABORDAGEM QUALITATIVA**

PORTO ALEGRE

2020

GUILHERME DE MORAES MAIA

**CARGA DE TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA EM UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA – ABORDAGEM QUALITATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-Graduação em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof. Dr. Roger Keller Celeste

Co-orientadora: Prof. Dra. Cristine Maria Warmling

PORTO ALEGRE

2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O
SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE
TECNOLOGIAS PARA O SUS

Banca Examinadora

Prof. Dra. Evelise Rigoni de Faria

Prof. Dr. Marcelo de Mello Rieder

Prof. Dr. Luiz Alberto Forgiarini Jr

PORTO ALEGRE

2020

AGRADECIMENTOS

Aos orientadores Prof. Roger Keller Celeste e Prof. Cristine Maria Warmling pelos desafios e pelas contribuições para tornar este trabalho possível.

Aos fisioterapeutas do Grupo Hospitalar Conceição pela participação e pela franqueza durante o trabalho.

À minha família por incentivar o gosto pela leitura e pelo estudo.

À minha esposa Natália e aos meus filhos Tomás e Antonella por me apoiarem incondicionalmente e compreenderem minha dedicação ao Mestrado.

APRESENTAÇÃO

Este estudo é produto do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, e teve por objetivo compreender os contextos que afetam a carga de trabalho do fisioterapeuta em unidades de terapia intensiva relativa à classificação funcional dos pacientes sob os aspectos respiratórios, motores e neurológicos. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), sob o número CAEE: 16932819.1.0000.5530.

RESUMO

Introdução: A organização das atribuições e do processo de trabalho do fisioterapeuta em unidades de terapia intensiva é importante, porém as atuais estratégias não consideram as condições respiratórias e neurológicas dos pacientes, apenas suas condições motoras. **Objetivo:** O objetivo da pesquisa foi compreender os contextos que afetam a carga de trabalho do fisioterapeuta na UTI relativa à classificação funcional dos pacientes sob os aspectos respiratórios, motores e neurológicos. **Metodologia:** O delineamento da pesquisa foi um estudo de caso com abordagem qualitativa, através de grupos focais. Foram realizados dois grupos focais, um com gestores e outro com fisioterapeutas de três UTIs e uma Emergência do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre/RS. Os grupos tiveram 10 participantes com média de 12,2 anos de experiência e totalizaram duas horas e vinte e cinco minutos de gravação em vídeo. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo. **Resultados:** Apesar de adotarem conceitos diferentes de carga de trabalho, os participantes associam uma maior carga de trabalho do fisioterapeuta nos níveis intermediários de funcionalidade do doente crítico; a identidade do fisioterapeuta interfere na carga de trabalho com relação a definição de competências e divisão de responsabilidades na UTI; o contexto do trabalho na UTI como recursos humanos e tecnológicos, peso e monitoramento dos pacientes afetam a carga de trabalho do fisioterapeuta; com base nestes aspectos foi possível elaborar uma matriz relacionando a carga de trabalho do fisioterapeuta à classificação funcional dos pacientes na UTI. **Conclusão:** A matriz proposta contribui para a compreensão sobre o processo de trabalho do fisioterapeuta, identificando a carga de trabalho conforme a classificação funcional e reconhecendo os aspectos que constituem estas demandas.

Palavras chave: Fisioterapeuta, Grupos Focais, Carga de Trabalho, Unidade de Terapia Intensiva

ABSTRACT

Introduction: The organization of physiotherapist assignments and work process in intensive care units is important, but current strategies are not considered patient's respiratory and neurological conditions, only their motor conditions. **Objective:** The objective of the research was to understand the contexts that affect the physiotherapist's workload in the ICU regarding the functional classification of patients under respiratory, motor and neurological aspects. **Methodology:** The research design was a case study with a qualitative approach, through focus groups. Two focus groups were carried out, one with managers and the other with physiotherapists from three ICUs and an Emergency from Grupo Hospitalar Conceição in Porto Alegre / RS. The groups had 10 participants with an average of 12.2 years of experience and totaled two hours and twenty-five minutes of video recording. For data analysis, content analysis was used. **Results:** Despite adopting different concepts of workload, the participants associate a greater workload of the physiotherapist in the intermediate levels of functionality of the critical patient; the physiotherapist's identity interferes with the workload regarding the definition of competences and division of responsibilities in the ICU; the context of work in the ICU as human and technological resources, weight and monitoring of patients affect the physiotherapist's workload; based on these aspects, it was possible to elaborate a matrix relating the physiotherapist's workload to the functional classification of patients in the ICU. **Conclusion:** The proposed matrix contributes to the understanding of the physiotherapist's work process, identifying the workload according to the functional classification and recognizing the aspects that constitute these demands.

Key-words: Physical Therapists, Focus Groups, Workload, Intensive Care Units

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPAX - Chelsea Chritical Care Physical Assessment

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

ICU – Intensive care unit

NAS – Nursing Activity Score

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

Resumo.....	6
Abstract.....	7
Lista de abreviaturas e siglas.....	8
1 Introdução.....	10
2 Objetivos.....	11
2. 1 Objetivo geral.....	11
2. 2 Objetivo específico.....	11
3 Fundamentação teórica.....	12
4 Metodologia.....	16
4. 1 Delineamento do estudo.....	16
4. 2 Aspectos éticos.....	16
4. 3 Procedimentos.....	17
5 Resultados.....	19
5. 1 Artigo científico.....	20
5. 2 Relatório informativo.....	36
6 Considerações finais.....	39
7 Referências.....	40
Apêndices.....	43
Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	43
Apêndice B – Roteiro de pesquisa dos grupos focais.....	46

1 INTRODUÇÃO

A classificação funcional dos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) é importante para prever a carga de trabalho do fisioterapeuta (GRILL et al, 2010). Além disto, permite o adequado planejamento terapêutico e estabelecimento de um prognóstico realista dos pacientes (CHRISTAKOU et al, 2013). Embora algumas intervenções possam ser motivadas por fatores econômicos, como o número de leitos e recursos humanos, é razoável supor que a carga de trabalho para um determinado caso seja relativa ao status funcional do paciente (GRILL et al, 2010).

A descrição da prática do fisioterapeuta ajuda a entender seu impacto na reabilitação funcional dos pacientes (GRILL et al, 2010) e desenvolver estratégias conforme as necessidades de cada UTI (HANSEM et al, 2018; QUEIJO & PADILHA, 2009). Para isto é necessário analisar as características organizacionais que definem a cultura institucional e os saberes e práticas específicas que determinam a identidade deste profissional na terapia intensiva (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017). Os pacientes com maior repertório de condutas e investimento de tempo, energia e recursos por parte do fisioterapeuta não são necessariamente os mais graves, mas aqueles que se encontram em um estágio intermediário de complexidade e pleno processo de recuperação funcional (DEBERGH et al, 2012). Além disso, as principais escalas de classificação funcional abrangem basicamente aspectos de mobilidade, embora tenhamos uma população heterogênea no que diz respeito às condições funcionais, tanto do ponto vista motor quanto respiratório e neurológico (CHRISTAKOU et al, 2012; FOGAÇA et al, 2016; PARRY et al, 2017).

Cada paciente requer demandas diferentes de tratamento, que podem mudar rapidamente através do tempo (DEBERGH et al, 2012). Uma carga de trabalho excessiva pode impactar negativamente a segurança do paciente, o risco de mortalidade e no nível de estresse da equipe (DEBERGH et al, 2012; ENDACOTT, 2012; NEURAZ et al, 2015). Profissionais de saúde estão frequentemente expostos à alta carga física e mental durante o trabalho, e estima-se que aproximadamente 50% dos fisioterapeutas intensivistas apresentem indícios de Síndrome de Burnout (SILVA et al, 2018).

É importante compreender a relação entre a carga de trabalho e a classificação funcional dos pacientes (GRILL et al, 2010). Tal compreensão permite avaliar as incapacidades dos pacientes, realizar adequado planejamento terapêutico, hierarquizar prioridades, justificar alocação e distribuição dos recursos humanos e tecnológicos (DEBERGH et al, 2012). Com isso é possível inclusive diminuir custos, já que há evidências de uma relação proporcional entre o tempo e número de atendimentos fisioterapêuticos que o paciente recebe e melhora da sua condição funcional (GRILL et al, 2010).

A organização das atribuições e do processo de trabalho no ambiente do intensivismo torna-se importante, porém as principais estratégias são insuficientes e são necessárias novas abordagens (CHATBURN et al, 2011). Essa organização deveria considerar as condições respiratórias e neurológicas além das condições motoras dos pacientes de forma a facilitar o processo de reabilitação e descrever de forma mais precisa a carga de trabalho do fisioterapeuta (CHATBURN, 2011; DEBERGH et al, 2012). Portanto, o presente estudo tem por objetivo compreender os contextos que afetam a carga de trabalho do fisioterapeuta na UTI relativa à classificação funcional dos pacientes sob os aspectos respiratórios, motores e neurológicos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender os contextos que afetam a carga de trabalho do fisioterapeuta em unidades de terapia intensiva relativos à classificação funcional dos pacientes sob os aspectos respiratórios, motores e neurológicos.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Construir uma matriz de classificação funcional respiratório-motora-neurológica específica para pacientes de UTI.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As doenças críticas são um importante problema de saúde pública. Isto deve a sua alta taxa de mortalidade e consideráveis custos ao sistema de saúde (RYDINGSWARD et al, 2016). Os pacientes que tiveram internação em UTI frequentemente apresentam limitações funcionais de longo prazo, fraqueza muscular adquirida, problemas psicológicos e piora da qualidade de vida (KAHN, 2014).

A natureza do atendimento na UTI envolve o cuidado com pacientes críticos que requerem recursos humanos, equipamentos e processos de trabalho especializados e complexos, além de um alto número de procedimentos (DEBERGH et al, 2012; NOGUEIRA et al, 2014). A UTI se constitui em um ambiente particularmente desafiador devido a flutuações do nível de consciência dos pacientes, sua habilidade de atender comandos e ao confinamento a um espaço restrito (CHATBURN et al, 2011). Por isso as condições de trabalho – além de fatores organizacionais e psicossociais – são muito importantes (DUBAR, 2005).

Cada paciente requer demandas diferentes de tratamento, que podem mudar rapidamente através do tempo (DEBERGH et al, 2012). Uma carga de trabalho excessiva, tanto em relação ao volume de trabalho quanto ao tipo de paciente, pode impactar negativamente a segurança do paciente, o risco de mortalidade e o nível de estresse da equipe (DEBERGH et al, 2012; ENDACOTT, 2012; NEURAZ et al, 2015; QUEIJO; PADILHA, 2009). Para os pacientes há um risco aumentado de eventos adversos e maior taxa de infecções (CHATBURN et al, 2011). Já os profissionais da saúde podem apresentar sinais de exaustão, altos níveis de absenteísmo e baixa satisfação no trabalho (GIL et al, 2017). Estima-se que aproximadamente 50% dos fisioterapeutas intensivistas apresentem indícios de Síndrome de Burnout (SILVA et al, 2018).

Enquanto áreas como a enfermagem contam com um sistema bem estabelecido de mensuração da carga de trabalho baseado em padrões de tempo por procedimento – *Nursing Activity Score* (NAS) – a fisioterapia ainda tem dificuldades nesta questão (CHATBURN et al, 2011). A carga de trabalho não é

uniformemente distribuída entre os membros da equipe e entre os diferentes setores do hospital (DEBERGH et al, 2012; NEURAZ et al, 2015). Os pacientes com maior repertório de condutas e investimento de tempo, energia e recursos por parte do fisioterapeuta não são necessariamente os mais graves, mas aqueles que se encontram em um estágio intermediário de complexidade e pleno processo de recuperação funcional (DEBERGH et al, 2012). Estudos sugerem que a carga de trabalho poderia ser melhor estimada a partir da classificação funcional dos pacientes (GRILL et al, 2010).

É importante compreender a relação da carga de trabalho do fisioterapeuta na UTI e a classificação funcional dos pacientes (GRILL et al, 2010). Tal compreensão permite um adequado planejamento terapêutico, hierarquizar prioridades, justificar alocação e distribuição dos recursos humanos e tecnológicos (DEBERGH et al, 2012). Com isso é possível inclusive diminuir custos, já que há evidências de uma relação proporcional entre o tempo e número de atendimentos fisioterapêuticos que o paciente recebe e melhora da sua condição funcional (GRILL et al, 2010).

Tradicionalmente, a carga de trabalho na UTI pode ser definida de diferentes formas: A) como o *tempo total* despendido em intervenções práticas com os pacientes, questões administrativas e comunicação com a equipe (ENDACOTT, 2012; GRILL et al, 2010); B) pela *quantidade de procedimentos* de suporte à vida (NEURAZ et al, 2015); C) pela *severidade dos pacientes* (NEURAZ et al, 2015; SERAFIM et al, 2017); D) pelo *número de pacientes atendidos* (GARLAND; GESHENGORN, 2013); e E) pelo número de *horas trabalhadas por dia* e número de dias trabalhados por semana e por mês (GARLAND; GESEHNGORN, 2013). Além disso, estudos sugerem que até 45% do tempo do fisioterapeuta pode ser despendido em intercorrências com pacientes ou atividades indiretas, como deslocamentos entre os setores do hospital e seleção de material (CHATBURN et al, 2011).

As oportunidades de melhorar a performance das UTIs derivam da melhoria de suas estruturas e de seus processos (CHRISTAKOU et al, 2013). Para tal, a disponibilização racional destes recursos deve basear-se nas necessidades de cada unidade (BAHADORI et al, 2014; PARRY et al, 2017). Portanto, o modelo ideal de quadro de funcionários e especialidades de cada UTI pode diferir com base no perfil

funcional dos pacientes internados, a despeito do tamanho de cada unidade (GARLAND; GERSHENGORN, 2013).

O status funcional do paciente é um preditor tanto de qualidade de vida quanto de custos de serviços de saúde (FOGAÇA et al, 2016). A internação na UTI está associada à piora da capacidade funcional em virtude da perda de massa muscular e diminuição da força periférica (KAHN, 2014). Existe considerável evidência de que as intervenções fisioterapêuticas em pacientes críticos podem melhorar seus desfechos após uma doença aguda (FOGAÇA et al, 2016). A mobilização precoce dos pacientes está associada à redução do tempo de ventilação mecânica, tempo de internação na UTI e no hospital (ENDACOTT, 2012). O prejuízo funcional é um problema significativo para os sobreviventes de doenças críticas após a alta (CHATBURN et al, 2011; KAHN, 2014) e a fisioterapia pode trazer benefícios de longo prazo, como melhora da capacidade funcional, mobilidade e independência (FOGAÇA et al, 2016).

A avaliação do status funcional do paciente é essencial para documentar a efetividade das intervenções fisioterapêuticas (GRILL et al, 2010). Diversas escalas funcionais específicas para UTI foram descritas na literatura, porém nenhuma delas se consolidou como “padrão ouro” quanto à avaliação rápida e objetiva do paciente (CHATBURN et al, 2011; ENDACOTT, 2012; TIPPING et al, 2016). Por isso, diferentes UTI’s determinam medidas funcionais específicas relevantes ao seu perfil de pacientes (GRILL et al, 2010).

As principais escalas de classificação funcional abrangem basicamente aspectos de mobilidade, embora tenhamos uma população heterogênea no que diz respeito às condições funcionais, tanto do ponto vista motor quanto respiratório e neurológico (CHRISTAKOU et al, 2012; FOGAÇA et al, 2016; PARRY et al, 2017). Dentre as escalas disponíveis, a escala que parece ser a mais útil de acordo com sua validade e facilidade de aplicação prática a beira do leito é a *Intensive Care Unit (ICU) Mobility Scale* (PARRY et al, 2017). A *ICU Mobility Scale* mensura objetivamente apenas a mobilidade dos pacientes críticos com pontuação variando entre zero e 10 em um único domínio, sendo o zero considerado uma baixa mobilidade e o 10 considerado uma alta mobilidade (FOGAÇA et al, 2016). Além disso, a *Perme ICU Mobility Score* e *Chelsea Critical Care Physical Assessment*

(CPAX) são as únicas que identificam o status neurológico do paciente e a presença de ventilação mecânica, mas apenas como potenciais barreiras à mobilização (CORNER et al, 2012; PARRY et al, 2017).

A avaliação precisa das necessidades dos pacientes e destinação apropriada de recursos tem efeito direto sobre a humanização do cuidado, sobre a eficiência e sobre os custos de saúde, afetando positivamente tanto pacientes quanto profissionais da saúde (GIL et al, 2017). Porém, as estratégias de distribuição da carga de trabalho na terapia intensiva baseadas apenas no volume de terapias ou pacientes e no pessoal disponível são problemáticas (CHATBURN et al, 2011). O quadro de pessoal da maioria das UTI's reflete precedentes históricos e necessidades práticas, e não necessariamente o que funciona melhor com base em uma avaliação formal (GARLAND; GESHENGORN, 2013). No que compete ao fisioterapeuta, as práticas de trabalho comuns à profissão são baseadas nestes precedentes questionáveis, com necessidade de novas abordagens (CHATBURN et al, 2011).

Portanto, a descrição da prática do fisioterapeuta intensivista facilita a compreensão da sua carga de trabalho e seu impacto na reabilitação funcional dos pacientes (GRILL et al, 2010). Para tal é necessário analisar as características organizacionais que definem a cultura institucional e os saberes e práticas específicas que determinam a identidade deste profissional na terapia intensiva (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017). Baseado nisto torna-se possível desenvolver estratégias conforme as necessidades específicas de cada UTI (HAMSEN et al, 2018; QUEIJO; PADILHA, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa foi um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado através de grupos focais.

Grupos focais especificamente constituem um tipo de entrevista em grupo que valoriza a comunicação entre os participantes a fim de construir um senso coletivo sobre um tema específico (McMILLAN et al, 2014; RYAN et al, 2014). Eles organizam julgamentos qualitativos e estão relacionados à compreensão dos significados que as pessoas usam ao tomarem decisões na atenção à saúde (POPE & MAYS, 2009), refletindo e contextualizando o conhecimento tácito cotidiano de uma determinada categoria social (RYAN et al, 2014).

O estudo foi realizado no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre/RS o qual conta com três UTI's e uma Emergência com cobertura de atendimento fisioterapêutico. Estas UTI's e Emergência distribuem-se em três hospitais diferentes e têm perfis distintos de pacientes, incluindo pacientes cirúrgicos, clínicos e de trauma, totalizando 190 leitos.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição sob o registro CAEE: 16932819.1.0000.5530. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e serão guardados por cinco anos e após destruídos, segundo Resolução 466/12, permanecendo em sigilo os dados pessoais dos participantes e não sendo reveladas suas identidades na apresentação dos resultados.

4.3 PROCEDIMENTOS

Dois grupos focais foram realizados no Hospital Nossa Senhora da Conceição em outubro de 2019, com uma semana de intervalo entre eles, ambos mediados pelo pesquisador principal, que também é fisioterapeuta da instituição. O mediador introduzia a dinâmica do grupo, explicava os objetivos do estudo e provocava o debate por um roteiro de pesquisa (Apêndice B), por casos clínicos ilustrativos e pela distribuição de exemplos de classificação funcional respiratórios, motores e neurológicos entre os integrantes. As reuniões dos grupos foram privadas e registradas em vídeo para posterior transcrição e análise.

A seleção dos integrantes dos grupos focais foi feita de forma intencional e por conveniência, para complementar a discussão a partir dos diferentes atores. Os critérios de inclusão foram: fisioterapeutas e gestores dos serviços de fisioterapia das respectivas unidades com pelos menos três anos de experiência em terapia intensiva. O primeiro grupo foi composto de seis integrantes (cinco fisioterapeutas e uma enfermeira) que participavam da gestão das três UTI's do GHC e da Emergência do HNSC; enquanto o segundo grupo foi composto de quatro fisioterapeutas de duas UTI's do GHC. Os dois grupos totalizaram 10 integrantes, com média de 12,2 anos de experiência em Terapia Intensiva, incluindo três especialistas, cinco mestres e um participante com doutorado. Além disto, totalizaram duas horas e vinte e cinco minutos de gravação em vídeo, posteriormente transcritos pelo pesquisador e preservadas as identidades dos integrantes.

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo qualitativa proposta por Bardin (2016) para a codificação dos dados e criação de categorias. O conteúdo foi analisado de forma axial a partir da aproximação e agrupamento temáticos dos itens debatidos em cada eixo funcional, até que as ideias relativas a cada um deles estivessem esgotadas entre os participantes. Desta forma, resultaram em cada eixo funcional (respiratório, motor e neurológico) as diferentes classificações funcionais debatidas nos grupos de acordo com a carga de trabalho que impõem ao fisioterapeuta. Foram identificados os motivos e os contextos

peculiares a cada condição funcional que geram uma maior ou menor demanda de trabalho por parte do fisioterapeuta.

De posse da classificação funcional de cada eixo avaliado e seus respectivos fatores que implicam na carga de trabalho, as três estruturas temáticas foram reagrupadas formando uma matriz unificada que descreve de fato a carga de trabalho do fisioterapeuta.

5 RESULTADOS

O trabalho tem dois produtos: um artigo a ser submetido para a revista *Brazilian Journal of Physical Therapy*; e um relatório informativo para os gestores dos serviços de Fisioterapia do GHC.

5. 1 ARTIGO CIENTÍFICO

CARGA DE TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA – ABORDAGEM QUALITATIVA

Guilherme de Moraes Maia^a, Cristine Maria Warmling^b, Roger Keller Celeste^b

- a) Programa de Pós Graduação em Avaliação e Produção de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre – RS, Brazil
- b) Programa de Pós Graduação em Avaliação e Produção de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre – RS, Brazil; e Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS, Brazil

Resumo:

Introdução: A organização das atribuições e do processo de trabalho do fisioterapeuta em unidades de terapia intensiva é importante, porém as atuais estratégias são insuficientes e não consideram as condições respiratórias e neurológicas além das condições motoras.

Objetivo: Compreender os contextos que afetam a carga de trabalho do fisioterapeuta na UTI relativa à classificação funcional dos pacientes sob os aspectos respiratórios, motores e neurológicos.

Metodologia: Estudo de caso com abordagem qualitativa. Foram realizados dois grupos focais, de gestores e fisioterapeutas de três UTIs e uma Emergência do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre/RS. Os grupos tiveram 10 participantes com média de 12,2 anos de experiência e totalizaram duas horas e vinte e cinco minutos de gravação em vídeo. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

Resultados: Apesar de adotarem conceitos diferentes de carga de trabalho, os participantes associam uma maior carga de trabalho do fisioterapeuta nos níveis intermediários de funcionalidade do doente crítico; a identidade do fisioterapeuta interfere na carga de trabalho com relação a definição de competências e divisão de responsabilidades na UTI; o contexto do trabalho na UTI como recursos humanos e tecnológicos, peso e monitoramento dos pacientes afetam a carga de trabalho do fisioterapeuta; com base nestes aspectos foi possível elaborar uma matriz relacionando a classificação funcional à carga de trabalho do fisioterapeuta na UTI.

Conclusão: A matriz proposta contribui para a compreensão sobre o processo de trabalho do fisioterapeuta, identificando a carga de trabalho conforme a classificação funcional e reconhecendo os aspectos que constituem estas demandas.

Palavras-chave: Carga de Trabalho, Fisioterapeuta, Grupos Focais, Unidade de Terapia Intensiva

INTRODUÇÃO

A classificação funcional dos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) é importante para prever a carga de trabalho do fisioterapeuta¹. Além disto, permite o adequado planejamento terapêutico e estabelecimento de um prognóstico realista dos pacientes². Embora algumas intervenções possam ser motivadas por fatores econômicos, como o número de leitos e recursos humanos, é razoável supor que a carga de trabalho para um determinado caso seja relativa ao status funcional do paciente¹.

A descrição da prática do fisioterapeuta ajuda a entender seu impacto na reabilitação funcional dos pacientes¹ e desenvolver estratégias conforme as necessidades de cada UTI^{3, 4}. Para isto é necessário analisar as características organizacionais que definem a cultura institucional e os saberes e práticas específicas que determinam a identidade deste profissional na terapia intensiva⁵. Os pacientes com maior repertório de condutas e investimento de tempo, energia e recursos por parte do fisioterapeuta não são necessariamente os mais graves, mas aqueles que se encontram em um estágio intermediário de complexidade e pleno processo de recuperação funcional⁶. Além disso, as principais escalas de classificação funcional abrangem basicamente aspectos de mobilidade, embora

tenhamos uma população heterogênea no que diz respeito às condições funcionais, tanto do ponto de vista motor quanto respiratório e neurológico^{2, 7, 8}.

Cada paciente requer demandas diferentes de tratamento, que podem mudar rapidamente através do tempo⁶. Uma carga de trabalho excessiva pode impactar negativamente a segurança do paciente, o risco de mortalidade e o nível de estresse da equipe^{6, 9, 10}. Profissionais de saúde estão frequentemente expostos à alta carga física e mental durante o trabalho, e estima-se que aproximadamente 50% dos fisioterapeutas intensivistas apresentem indícios de Síndrome de Burnout¹¹.

É importante compreender a relação entre a carga de trabalho e a classificação funcional dos pacientes¹. Tal compreensão permite um adequado planejamento terapêutico, hierarquizar prioridades e justificar alocação e distribuição dos recursos humanos e tecnológicos⁶. Com isso é possível inclusive diminuir custos, já que há evidências de uma relação proporcional entre o tempo e número de atendimentos fisioterapêuticos que o paciente recebe e melhora da sua condição funcional¹.

A organização das atribuições e do processo de trabalho no ambiente do intensivismo torna-se importante, porém as atuais estratégias são insuficientes e são necessárias novas abordagens¹². Essa organização deveria considerar as condições respiratórias e neurológicas além das condições motoras dos pacientes de forma a facilitar o processo de reabilitação e descrever de forma mais precisa a carga de trabalho do fisioterapeuta^{6, 12}. Portanto, o presente estudo tem por objetivo compreender os contextos que afetam a carga de trabalho do fisioterapeuta na UTI relativa à classificação funcional dos pacientes sob os aspectos respiratórios, motores e neurológicos.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

A pesquisa foi um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado através de grupos focais. Grupos focais valorizam a interação dos participantes ao construir um senso coletivo sobre um tema, organizando julgamentos qualitativos que se relacionam à compreensão dos significados que assumem ao tomarem decisões e contextualizando o conhecimento tácito cotidiano de uma categoria¹³. O estudo foi realizado no Grupo Hospitalar Conceição (GHC)/RS, o qual conta com três UTI's e uma Emergência com atendimento fisioterapêutico. Estas unidades

distribuem-se em três hospitais diferentes e têm perfis distintos de pacientes, incluindo pacientes cirúrgicos, clínicos e de trauma, totalizando 190 leitos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição sob o registro CAEE: 16932819.1.0000.5530. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dois grupos focais foram realizados nas dependências do GHC, em outubro de 2019, com uma semana de intervalo entre eles, mediados pelo pesquisador principal. O mediador introduzia a dinâmica do grupo, explicava os objetivos do estudo e provocava o debate por um roteiro de pesquisa, por casos clínicos ilustrativos e pela distribuição de exemplos de classificação funcional respiratórios, motores e neurológicos entre os integrantes. Os grupos focais foram registrados em vídeo para posterior transcrição e análise.

Os critérios de inclusão dos participantes foram os seguintes: fisioterapeutas e gestores dos serviços de fisioterapia das respectivas unidades com pelo menos três anos de experiência em terapia intensiva. O primeiro grupo foi composto de seis integrantes (cinco fisioterapeutas e uma enfermeira) que participavam da gestão das três UTI's e de uma Emergência do GHC; enquanto o segundo grupo foi composto de quatro fisioterapeutas de duas UTI's do GHC. Os dois grupos totalizaram 10 integrantes, com média de 12,2 anos de experiência em Terapia Intensiva, incluindo três especialistas, cinco mestres e um participante com doutorado. Além disto, totalizaram duas horas e vinte e cinco minutos de gravação em vídeo, posteriormente transcritos pelo pesquisador e preservadas as identidades dos integrantes.

Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo qualitativa proposta por Bardin (2016) para a codificação dos dados e criação de categorias. O conteúdo foi analisado de forma axial a partir da aproximação e agrupamento temáticos dos itens debatidos em cada eixo funcional, até que as ideias relativas a cada um deles estivessem esgotadas entre os participantes. Desta forma, resultaram em cada eixo funcional (respiratório, motor e neurológico) as diferentes classificações funcionais debatidas nos grupos de acordo com a carga de trabalho que impõem ao fisioterapeuta. Foram identificados os motivos e os contextos

peculiares a cada condição funcional que geram uma maior ou menor demanda de trabalho por parte do fisioterapeuta.

De posse da classificação funcional de cada eixo avaliado e seus respectivos fatores que implicam na carga de trabalho, as três estruturas temáticas foram reagrupadas formando uma matriz unificada que descreve de fato a carga de trabalho do fisioterapeuta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Processos e carga de trabalho do fisioterapeuta na UTI

As práticas discursivas do estudo apresentaram variações no conceito de carga de trabalho para o fisioterapeuta e nos parâmetros que o definem. Surgiram referências a diferentes parâmetros como a gravidade do paciente, número de pacientes, tempo dispendido e esforço físico do profissional. A carga de trabalho é definida por Grill et al (2010) como o tempo total dispendido em intervenções práticas com os pacientes, questões administrativas e comunicação com a equipe. Porém, não há consenso neste conceito por parte dos próprios pesquisadores, conforme Bahadori et al (2014), apesar do impacto no trabalho e na vida particular dos profissionais da terapia intensiva.

“...eu acho que carga de trabalho é tempo, não é se você está cansado... não é se tu fez muito esforço...” Participante 8

“Indo mais pra um lado de carga física talvez, o que gera são coisas muito atreladas a fisioterapia...” Participante 1

“Eu acho que o número de pacientes é uma coisa que pesa... Não tem como desviar disso né...” Participante 3

Emergiram considerações dissociando a carga de trabalho do fisioterapeuta da gravidade dos pacientes. A severidade dos pacientes não está necessariamente associada com maior carga de trabalho ou estresse ocupacional na UTI, segundo Kahn (2014). Em contraponto, carga de trabalho e gravidade foram associados por Nogueira et al (2014) entre enfermeiros, avaliando 200 pacientes críticos de trauma.

“...mas entender o que é um paciente mais complexo para nós, conseguir categorizar de alguma maneira eu acho que é bem interessante, primeiro para poder

dividir entre as pessoas... Ah, eu preciso falar... Por exemplo, a área (cirúrgica) é uma área menos complexa para você atender na maioria das vezes, porque tem muito paciente que fica em pé sozinho... Porque muitas vezes apenas um fisioterapeuta na (cirúrgica) dá conta totalmente do recado. Entende? É justamente por causa do nível de complexidade, não tem outra, é praticamente o mesmo número de leitos... É uma coisa que fica visível nisso, a complexidade é diferente nas duas áreas.” Participante 8

As maiores demandas de trabalho foram situadas nos níveis intermediários de gravidade, onde se intensifica a reabilitação integral do paciente. Nos casos mais graves há menos procedimentos exclusivos do fisioterapeuta e o cuidado integral do paciente tende a ser mais compartilhado com a equipe. Já nos casos menos graves os pacientes tendem a apresentar menor limitação e maior independência funcionais, diminuindo a demanda do fisioterapeuta. A relação entre a severidade dos pacientes e a carga de trabalho na UTI não é proporcional, de acordo com Debergh et al (2012), destacando menos demandas nos doentes mais graves.

“A gravidade do paciente: o paciente mais instável para fisioterapia é um paciente mais tranquilo, ele está mais sedado, a gente não consegue mobilizar muito...”

Participante 5

“Eu acho que [tem maior carga de trabalho] quando começa a ficar mais crônico até do que o agudo...” Participante 1

Os aspectos burocrático-administrativos e comunicação com a equipe também foram destacados como elementos constituintes da carga de trabalho do fisioterapeuta dentro do contexto da assistência ao usuário. O plano de cuidado do paciente inclui a discussão dos casos junto a equipe multiprofissional, revisão de exames e orientação aos residentes. Além disso, os registros no prontuário dos pacientes e os lançamentos dos atendimentos e procedimentos realizados fazem parte da rotina de trabalho, conforme descrito por Grill et al (2010).

A identidade do fisioterapeuta e a carga de trabalho

A maneira como o fisioterapeuta se define dentro da UTI acaba impactando na carga de trabalho em determinadas intervenções ou com certos perfis funcionais de pacientes onde a atuação do fisioterapeuta e da equipe se sobrepõe. Identidade

é definida por Castells (1999) como: “processo de construção de significado, com base em atributos culturais inter-relacionados, podendo haver múltiplas identidades para determinado indivíduo ou ator coletivo.” Destaca ainda que a partir da internalização desta identidade e da construção de seus significados é que poderá direcionar as ações dos profissionais, atribuindo sentido “àquilo que são” e “àquilo que poderiam ser”. Neste sentido o compartilhamento de crenças, valores e saberes são fundamentais para a construção da identidade profissional.

Segundo os próprios participantes “a identidade da profissão ainda é muito ampla” e talvez o papel do fisioterapeuta ainda não pareça bem definido no contexto da Terapia Intensiva. Ou ainda que este papel já estabelecido culturalmente talvez devesse ser desafiado de alguma forma. O conceito de profissão, segundo Dubar (2005), é um processo e produto social, historicamente construído e forjado num jogo de interações onde o contexto institucional, as características biográficas do indivíduo e seus percursos formativos têm papel fundamental. A identidade profissional do fisioterapeuta organiza estes significados, direcionando seu papel social e suas funções dentro da equipe enquanto o sentimento de pertencimento a equipe é um mecanismo para esta organização.

“Já eu acho que a Ventilação Mecânica (VM) não é exclusivamente nossa [responsabilidade]... O ajuste da VM, reajuste... Isto é compartilhado com a equipe. (...) Aqui por exemplo: paciente que deambula sem auxílio. É um paciente que não precisa de mim. (...) Sair passivamente do leito é [responsabilidade] do “fisio”? Ou é da equipe?” Participante 3

Apesar disto, mesmo que estas interações possam acarretar acréscimo na carga de trabalho, também contribuem para consolidar o papel do fisioterapeuta no ambiente do intensivismo. O contexto onde se desempenha a profissão é fundamental para a consolidação da identidade profissional e tornam-se determinantes elementos como formação, características organizacionais e saberes e práticas específicos, segundo Blin (1997).

“... Mas assim, isso é muito interessante, porque acaba desvinculando aquela questão da fisioterapia duas ou três vezes ao dia, entendeu? A gente vai uma vez, aí volta outra vez, aí volta três vezes, então ela coloca o fisioterapeuta no cenário da UTI, como parte da equipe, e aí quebra aquela vinculação que atendeu, checkou...”

Participante 10

O principal ponto debatido nos grupos sobre a papel do fisioterapeuta no intensivismo foi a responsabilidade do fisioterapeuta com relação à reabilitação do paciente crítico. Nos discursos dos participantes da pesquisa, a equipe multidisciplinar deposita no fisioterapeuta toda a responsabilidade sobre a reabilitação do paciente, o que por um lado sobrecarrega o profissional e por outro gera desgaste na interação com o restante da equipe. A definição das responsabilidades é controversa dentro da UTI e agrega carga de trabalho ao assumir e/ou executar tarefas de outros profissionais, segundo Bahadori et al (2014). Além disso, gera conflitos profissionais, especialmente entre fisioterapeutas e enfermeiros, de acordo com Stiller (2000).

“O que eu vejo: toda a responsabilidade do processo de reabilitação, num entendimento amplo disto, que inclui mobilidade, é da fisioterapia. Há um entendimento da equipe que isto é da fisioterapia. TUDO! (...) Acho que o crítico-crônico é um paciente que demanda muito da fisioterapia, porque ele está estável e ele precisa recuperar a função: seja a função ventilatória ou seja a função motora para mobilidade... Mas é muito comum a equipe dizer assim: “Agora este paciente é da fisioterapia!” Participante 3

Embora o fisioterapeuta tenha um repertório exclusivo de intervenções no âmbito da reabilitação, de acordo com a Resolução Nº 402 de 2011 do COFFITO, existem tantas outras que configuram tão somente o cuidado do paciente, portanto poderiam ser compartilhados com a equipe. Existem tarefas cujas responsabilidades são bem específicas do núcleo de atividades do fisioterapeuta enquanto muitas outras pertencem ao campo amplo de profissionais de saúde, conforme definição de Campos (2000), mas dificilmente estão bem delimitadas. Questionamentos sobre aspectos conceituais e operacionais da cultura organizacional são recorrentes entre profissionais da saúde, segundo Gutierrez et al (2017), apesar dos benefícios ao cuidado prestado que lhe são atribuídas.

“No meu ponto de vista, a mobilização em UTI, sentar fora do leito parece que virou uma coisa exclusiva do fisioterapeuta, quando na verdade todos os profissionais poderiam fazer ou auxiliar. Parece que o sentar fora do leito é um ato exclusivo do fisioterapeuta e isso demanda uma carga de trabalho, porque ele acaba assumindo

todo o compromisso de fazer. E se tu for olhar lá fora, de onde vem evidência de mobilizar o paciente, é em equipe, não é do fisioterapeuta exclusivamente.”

Participante 10

Este entendimento constitui um entrave à atuação do fisioterapeuta na UTI, pois competem a ele intervenções que necessitam mais de um profissional. O auxílio de outros membros da equipe é necessário em processos complexos, trabalhosos e muitas vezes recorrentes, como por exemplo mobilizar um paciente do leito para a poltrona com segurança, de acordo com Pawlik et al (2013). Uma vez que a equipe não se sente responsável por estas intervenções, a negociação das mesmas fica frequentemente dificultada.

A dificuldade na negociação das condutas entre o fisioterapeuta e a equipe gera desgaste na comunicação e no relacionamento multidisciplinar. Isto produz um tipo de estresse que resulta em uma forma peculiar de carga de trabalho e em longo prazo pode desencadear no profissional altos níveis de insatisfação com o trabalho e desmotivação para exercer seu papel na equipe, de acordo com Gil et al (2017). Existe evidência que relaciona a carga de trabalho tanto com a qualidade do cuidado prestado quanto com a saúde dos profissionais, estabelecendo um ciclo vicioso que se retroalimenta de alguma forma para Padilha et al (2015). Além disso, relatos de síndrome de Burnout são altamente prevalentes entre fisioterapeutas intensivistas e estão fortemente relacionados com a carga de trabalho segundo Silva et al (2018).

“Eu acho até que o esforço físico não é o pior pro fisioterapeuta... (...) É a dificuldade que tu tem de mobilizar as pessoas para fazer as coisas. (...) O que eu mais escuto é que o estresse emocional é o que cansa mais...” Participante 1

“O mais difícil pro fisioterapeuta é mobilizar a equipe e não o paciente.” Participante

6

Contexto do processo de trabalho do fisioterapeuta e a carga de trabalho

A implicação dos recursos materiais na rotina de trabalho do fisioterapeuta e na reabilitação dos pacientes se dá pela quantidade de insumos e pela variedade de material e de tecnologia em relação ao número de leitos e perfil dos pacientes de cada UTI. A falta de equipamento auxiliar é uma das principais barreiras para a prática da fisioterapia na UTI, já que são indispensáveis e utilizados com frequência,

de acordo com Çakmak et al (2019). Além disto, existem tecnologias que podem facilitar intervenções que seriam mais trabalhosas caso não estivessem disponíveis.

“A parte motora depende também de insumos, por exemplo de um “Eleve” [guincho], de um cicloergômetro, depende de tu ter também as vezes os materiais adequados para que tu consiga fazer este tipo de reabilitação.” Participante 2
“Não pela VNI [Ventilação Não Invasiva] em si, mas pelo número de pacientes que necessitam e uma oferta que não tem. Então as vezes tem três pacientes que precisam no mesmo turno para um aparelho... Então tu tem que ficar fazendo períodos... Às vezes não é nem rodízio... Às vezes tu organiza os pacientes um do lado do outro, tu bota a VNI no meio e tu vai só trocando o circuito e os parâmetros.”

Participante 6

Já a organização dos recursos humanos também é determinante para a carga de trabalho dos fisioterapeutas. Ela determina a disponibilidade e distribuição dos profissionais e conseqüentemente o volume de leitos ou pacientes sob responsabilidade do fisioterapeuta. As características funcionais destes pacientes podem acentuar a disparidade da carga de trabalho entre membros da mesma equipe e/ou da mesma instituição. As UTIs podem ter um número consideravelmente alto de dias com a equipe menor do que o estabelecido tradicionalmente, comprometendo substancialmente o desempenho e produtividade do profissional, segundo Carlesi et al (2017). Isto se torna especialmente evidente durante as escalas de plantões, férias e feriados, quando os recursos humanos tradicionalmente estão reduzidos.

“Eu tenho que dar conta daqueles pacientes e eu não tenho RH [Recursos Humanos] suficiente, não tenho material suficiente para me auxiliar. (...) E no plantão com a unidade inteira a gente não consegue dar conta, por mais que tenha todo mundo auxiliando...” Participante 4

Outro fator citado nos grupos focais foi o tamanho e o peso dos pacientes. A disseminação da obesidade na sociedade contemporânea e complicações graves advindas do sobrepeso aumentaram bastante a incidência deste tipo de paciente nas UTIs. Intervenções simples em pacientes leves podem tornar-se complexas e fisicamente desgastantes em pacientes grandes e obesos, não somente em relação à mobilidade mas também no âmbito ventilatório, conforme Goulart et al (2017).

Relacionando ao tamanho e capacidade física do próprio fisioterapeuta, o peso do paciente pode ser fator independente do status funcional do paciente que incrementa carga de trabalho e necessidade de auxílio pela equipe.

“Acho que depende. Porque o [exercício] passivo pode ser tranquilo numa pessoa de 30kg e muito difícil numa pessoa de 250kg.” Participante 5

A necessidade de monitorização e reatendimento também foi tida como um dos principais motivos que agregam carga de trabalho na rotina da UTI. Determinados perfis funcionais demandam constante reavaliação por parte do fisioterapeuta e frequentemente necessitam novas intervenções dentro do mesmo turno de trabalho. Esta circunstância implica em aumento da carga de trabalho no aspecto físico e também mental, dedicando vigilância contínua, prevenindo situações potencialmente complicadas e reintervindo quando necessário.

“Monitorização, né. Tem que ficar monitorando estes pacientes o tempo inteiro (...).

Ele está monitorizando o tempo inteiro as vias aéreas e a VNI.” Participante 2

“São diferentes [pacientes em VNI e pacientes traqueostomizados em desmame], mas assim, o fato que eu tenho que estar reavaliando e monitorizando é que dá trabalho...” Participante 4

Uma matriz de classificação funcional para a carga de trabalho do fisioterapeuta

Com base nas considerações dos participantes foi possível propor uma matriz relacionando a carga de trabalho do fisioterapeuta à classificação funcional do paciente crítico, nas perspectivas respiratória, motora e neurológica (Quadro 1). A caracterização dos diferentes *status* funcionais discutida nos grupos focais, cada qual com motivações e circunstâncias peculiares, resultou em diferentes níveis de carga de trabalho formando um espectro em cada um dos três eixos funcionais avaliados. Ela se justifica pela exploração de todos os critérios elencados durante a discussão como: tempo e energia dispendidos, responsabilidades e barreiras, necessidade de equipamentos, repertório de intervenções possíveis e monitoramento dedicado.

Considerando a classificação funcional separadamente nos três eixos, o mesmo paciente pode ter níveis de carga de trabalho diferentes. Porém quando

analisado o paciente como um todo, cada eixo de status funcional pode agregar ou aliviar carga de trabalho ao atendimento e ao profissional, estabelecendo uma relação de complementaridade entre eles (e não de antagonismo), motivo pelo qual estes são apresentados em forma de matriz e não de escala.

Quadro 1: Matriz de classificação funcional relativa a carga de trabalho do fisioterapeuta:

Status funcional / / Carga de trabalho	Carga de trabalho leve	Carga de trabalho moderada	Carga de trabalho elevada
Respiratório	VE e defende VAS VM controlada VM protetora	VM assistida Desmame da VM do paciente intubado	VMNI VE e não defende VAS Desmame da VM do paciente traqueostomizado
Motor	Mobilizado passivamente no leito Deambula sem auxílio	Mobiliza-se ativamente com assistência no leito Mobiliza-se ativamente no leito Deambula com auxílio	Sentado à beira do leito Transferido passivamente para a poltrona Transferido ativamente em ortostase com auxílio para a poltrona
Neurológico	Sedado e com BNM Sedado profundamente Sem sedação e sem interação Colaborativo	Delirium hipoativo Agressivo	Delirium hiperativo Desorientado

Legenda: VE (ventilação espontânea); VAS (vias aéreas superiores); VM (ventilação mecânica); VMNI (ventilação mecânica não-invasiva); BNM (bloqueador neuromuscular).

Considerações Finais

As maiores demandas de trabalho do fisioterapeuta ocorrem em níveis intermediários de funcionalidade do doente crítico. A identidade do fisioterapeuta constitui um aspecto componente da carga de trabalho e é afetada pela sobreposição de competências e responsabilidades da equipe na UTI. A matriz proposta a partir da avaliação qualitativa dos participantes contribui para a compreensão sobre o processo de trabalho por parte da equipe multiprofissional. Isto facilita a tomada de decisão por parte de gestores quanto a otimização dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis.

A pesquisa traz uma nova perspectiva sobre possíveis domínios que compõem a classificação funcional relativa a carga de trabalho para que futuramente seja possível quantificar objetivamente as demandas do fisioterapeuta na UTI. Sugere-se novas pesquisas sobre este tema que carece de dados consistentes que remetam às especificidades da atuação deste profissional.

As limitações do estudo se devem a natureza da instituição onde foi realizada. Por tratar-se de uma instituição pública, os processos de trabalho e contextos profissionais podem diferir de outros hospitais privados.

Referências

- 1 Grill E, Huber EO, Gloor-Juzi T, Stucki G. Intervention Goals Determine Physical Therapists' Workload in the Acute Care Setting Background. Investigating Determinants of Physical Therapy Workload in The Acute Care Setting. *Physical Therapy*; 2010. <https://academic.oup.com/ptj/article-abstract/90/10/1468/2737726>.
- 2 Christakou A, Papadopoulos E, Patsaki I, Sidiras G, Nanas S. Functional Assessment Scales in a General Intensive Care Unit. A Review. *Hospital Chronicles* 2013, 8(4): 164-170.
- 3 Hamsen U, Lefering R, Fisahn C, Schildhauer TA, Waydhas C. Workload and severity of illness of patients on intensive care units with available intermediate care units: A multicenter cohort study. *Minerva Anesthesiol.* 2018;84(8):938-945. doi:10.23736/S0375-9393.18.12516-8

- 4 Queijo AF, Padilha KG. *NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS): Adaptação Transcultural e Validação Para a Língua Portuguesa*. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp): 1018-25. www.ee.usp.br/reeusp/.
- 5 Gutiérrez MGR de, Morais SCR. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):436-441. doi:10.1590/0034-7167-2016-0515
- 6 Debergh DP, Myny D, Van Herzeele I, Van Maele G, Miranda DR, Colardyn F. Measuring the nursing workload per shift in the ICU. *Intensive Care Med*. 2012;38(9):1438-1444. doi:10.1007/s00134-012-2648-3
- 7 Fogaça Kawaguchi YM, Nawa RK, Figueiredo TB, Martins L, Pires-Neto RC. Perme intensive care unit mobility score and ICU mobility scale: Translation into Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2016;42(6):429-434. doi:10.1590/s1806-37562015000000301
- 8 Parry SM, Huang M, Needham DM. Evaluating physical functioning in critical care: Considerations for clinical practice and research. *Crit Care*. 2017;21(1):1-10. doi:10.1186/s13054-017-1827-6
- 9 Endacott R. The continuing imperative to measure workload in ICU: Impact on patient safety and staff well-being. *Intensive Care Med*. 2012;38(9):1415-1417. doi:10.1007/s00134-012-2654-5
- 10 Neuraz A, Guérin C, Payet C, et al. Patient mortality is associated with staff resources and workload in the icu: A multicenter observational study. *Crit Care Med*. 2015;43(8):1587-1594. doi:10.1097/CCM.0000000000001015
- 11 Silva RAD da, Araújo B, Morais CCA, Campos SL, Andrade AD de, Brandão DC. Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas? *Fisioter e Pesqui*. 2018;25(4):388-394. doi:10.1590/1809-2950/17005225042018
- 12 Chatburn RL, Gole S, Schenk P, Hoisington ER, Stoller JK. Respiratory care work assignment based on work rate instead of work load. *Respir Care*. 2011;56(11):1785-1790. doi:10.4187/respcare.01253

- 13 Pope, C.; Mays, M. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Ed. Artmed, 2009, 3º edição.
- 14 Bardin L. Análise de Conteúdo. 70th ed. São Paulo, SP: Edições; 2016.
- 15 Bahadori M, Ravangard R, Raadabadi M, Mosavi SM, Fesharaki MG, Mehrabian F. Factors affecting intensive care units nursing workload. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(8). doi:10.5812/ircmj.20072
- 16 Kahn JM. What We Talk about When We Talk about Intensive Care Unit Strain. *Annals ATS*. 2014; 11(2): 219-220.
- 17 Nogueira LS, Domingues CA, Poggetti RS, De Sousa RMC. Nursing workload in intensive care unit trauma patients: Analysis of associated factors. *PLoS One*. 2014;9(11):1-7. doi:10.1371/journal.pone.0112125
- 18 Castells M. O poder da identidade. São Paulo, SP: Paz e Terra; 1999.
- 19 Dubar C. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
- 20 Blin JF. Représentations, pratiques et identités professionnelles. Paris: L'Harmattan; 1997.
- 21 Stiller K. Physiotherapy in intensive care: Towards an evidence-based practice. *Chest*. 2000;118(6):1801-1813. doi:10.1378/chest.118.6.1801
- 22 Campos GW de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet*. 2000;5(2):219-230. doi:10.1590/s1413-81232000000200002
- 23 Pawlik AJ, Kress JP. Issues Affecting the Delivery of Physical Therapy Services for Individuals With Critical Illness. *Phys Ther*. 2013;93(2):256-265. doi:10.2522/ptj.20110445
- 24 Gil MFH, Montesinos MJL, Llor AMS, Bas MPF, Soler MLM. Assessing the adequacy of workload measurement tools using a quality-based methodology. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):39-46. doi:10.1590/0034-7167-2016-0246

- 25 Padilha KG, Stafseth S, Solms D, et al. Nursing activities score: An updated guideline for its application in the intensive care unit. *Rev da Esc Enferm.* 2015;49(SpecialIssue):131-137. doi:10.1590/S0080-623420150000700019
- 26 Çakmak A, İnce Dİ, Sağlam M, et al. Physiotherapy and rehabilitation implementation in intensive care units: A survey study. *Turkish Thorac J.* 2019;20(2):114-119. doi:10.5152/TurkThoracJ.2018.18107
- 27 Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Juan MAC. Ocorrência de incidentes de Segurança do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25. doi:10.1590/1518-8345.1280.2841
- 28 Goulart LL, Carrara FSA, Zanei SSV, Whitaker IY. Carga de trabalho de enfermagem relacionada ao índice de massa corporal de pacientes críticos. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(1):31-38. doi:10.1590/1982-0194201700006

5.2 RELATÓRIO INFORMATIVO

CARGA DE TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA – ABORDAGEM QUALITATIVA

Ms. Guilherme de Moraes Maia
Prof. Dra. Cristine Maria Warmling
Prof. Dr. Roger Keller Celeste

Objetivo

A organização do processo de trabalho do fisioterapeuta na UTI torna-se importante para dimensionar a carga de trabalho, porém as atuais estratégias são insuficientes e são necessárias novas abordagens. Essa organização deveria considerar as condições respiratórias e neurológicas além das condições motoras dos pacientes de forma a facilitar o processo de reabilitação e descrever de forma mais precisa a carga de trabalho do profissional. Portanto, o presente estudo tem por objetivo compreender os contextos que afetam a carga de trabalho do fisioterapeuta na UTI relativa à classificação funcional dos pacientes sob os aspectos respiratórios, motores e neurológicos.

Metodologia

Aspectos éticos: aprovado pelo CEP GHC sob o registro CAEE: 16932819.1.0000.5530.

Delineamento: estudo de caso com abordagem qualitativa.

Cenário: GHC - UTI e Emergência HNSC; UTI HCR; e UTI HF.

Período: outubro de 2019.

Procedimentos: dois grupos focais com 10 participantes: 9 fisioterapeutas e 1 enfermeira; experiência média de 12,2 anos; privados e registrados em vídeo por 2h25m.

Análise dos dados: análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

Highlights

1- Apesar de adotarem conceitos variados de carga de trabalho, os fisioterapeutas dissociam a carga de trabalho da gravidade do doente

crítico e situam as maiores demandas em níveis intermediários de classificação funcional dos pacientes;

- 2- A formação da identidade do fisioterapeuta é afetada pela sobreposição de papéis e divisão de responsabilidades da equipe na UTI e se constitui em um aspecto componente da carga de trabalho;
- 3- O contexto de trabalho na UTI afeta a carga de trabalho do fisioterapeuta, como recursos humanos e tecnológicos, peso e monitoramento dos pacientes;
- 4- Foi possível propor uma matriz que relaciona a classificação funcional motora, respiratória e neurológica à carga de trabalho do fisioterapeuta na UTI.

Matriz de classificação funcional relativa a carga de trabalho do fisioterapeuta

Status funcional / / Carga de trabalho	Carga de trabalho leve	Carga de trabalho moderada	Carga de trabalho elevada
Respiratório	VE e defende VAS VM controlada VM protetora	VM assistida Desmame da VM do paciente intubado	VMNI VE e não defende VAS Desmame da VM do paciente traqueostomizado
Motor	Mobilizado passivamente no leito Deambula sem auxílio	Mobiliza-se ativamente com assistência no leito Mobiliza-se ativamente no leito Deambula com auxílio	Sentado à beira do leito Transferido passivamente para a poltrona Transferido ativamente em ortostase com auxílio para a poltrona
Neurológico	Sedado e com BNM Sedado profundamente Sem sedação e sem interação Colaborativo	Delirium hipoativo Agressivo	Delirium hiperativo Desorientado

Legenda: VE (ventilação espontânea); VAS (vias aéreas superiores); VM (ventilação mecânica); VMNI (ventilação mecânica não-invasiva); BNM (bloqueador neuromuscular).

Considerações finais

Reconhecendo os diferentes perfis funcionais que determinam a demanda do fisioterapeuta na UTI, será possível corrigir problemas comuns ao processo de

trabalho e maximizar o cuidado dos pacientes. A matriz proposta a partir da validação teórica dos participantes contribui para uma percepção melhor do processo de trabalho por parte da equipe multiprofissional. Além disso, pode facilitar a tomada de decisão por parte de gestores quanto a otimização dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis.

Contato

Guilherme Maia / UTI HNSC / (51) 991754070 / gmaia@ghc.com.br

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As maiores demandas de trabalho do fisioterapeuta ocorrem em níveis intermediários de funcionalidade do doente crítico. A identidade do fisioterapeuta constitui um aspecto componente da carga de trabalho e é afetada pela sobreposição de competências com outros profissionais e responsabilidades comuns da equipe na UTI. A matriz proposta a partir da avaliação qualitativa dos participantes contribui para a compreensão sobre o processo de trabalho por parte da equipe multiprofissional. Isto facilita a tomada de decisão por parte de gestores quanto a otimização dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis.

A pesquisa traz uma nova perspectiva sobre possíveis domínios que compõem a classificação funcional relativa a carga de trabalho para que futuramente seja possível quantificar objetivamente as demandas do fisioterapeuta na UTI. Sugerem-se novas pesquisas sobre este tema que carece de dados consistentes que remetam às especificidades da atuação deste profissional.

As limitações do estudo se devem a natureza da instituição onde foi realizada. Por tratar-se de uma instituição pública, os processos de trabalho e contextos profissionais podem diferir de outros hospitais privados.

7 REFERÊNCIAS

1. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
2. CHATBURN, Robert L. *et al.* Respiratory care work assignment based on work rate instead of work load. **Respiratory Care**, [S. l.], v. 56, n. 11, p. 1785–1790, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4187/respcare.01253>
3. CHRISTAKOU, Anna *et al.* Functional Assessment Scales in a General Intensive Care Unit. A Review. **Hospital Chronicles**, v. 8, n. 4, p. 164-170, 2013.
4. CORNER, E. J. *et al.* The Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool (CPAx): Validation of an innovative new tool to measure physical morbidity in the general adult critical care population; An observational proof-of-concept pilot study. **Physiotherapy (United Kingdom)**, [S. l.], v. 99, n. 1, p. 33–41, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2012.01.003>
5. DEBERGH, Dieter P. *et al.* Measuring the nursing workload per shift in the ICU. **Intensive Care Medicine**, [S. l.], v. 38, n. 9, p. 1438–1444, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2648-3>
- 6 DUBAR, C. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
7. ENDACOTT, Ruth. **The continuing imperative to measure workload in ICU: Impact on patient safety and staff well-being**. [S. l.: s. n.] Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2654-5>
8. FOGAÇA KAWAGUCHI, Yurika Maria *et al.* Perme intensive care unit mobility score and ICU mobility scale: Translation into Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S. l.], v. 42, n. 6, p. 429–434, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1806-37562015000000301>
9. GARLAND, Allan; GERSHENGORN, Hayley B. Staffing in ICUs: Physicians and alternative staffing models. **Chest**, [S. l.], v. 143, n. 1, p. 214–221, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1378/chest.12-1531>

10. GIL, Maria Fuensanta Hellín *et al.* Assessing the adequacy of workload measurement tools using a quality-based methodology. **Revista brasileira de enfermagem**, [S. l.], v. 70, n. 1, p. 39–46, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0246>
11. GRILL, Eva *et al.* **Intervention Goals Determine Physical Therapists' Workload in the Acute Care Setting Background. Investigating determinants of physical therapy workload in the.** [S. l.: s. n.]. Disponível em: <https://academic.oup.com/ptj/article-abstract/90/10/1468/2737726>.
12. GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero de; MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. **Revista brasileira de enfermagem**, [S. l.], v. 70, n. 2, p. 436–441, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>
13. HAMSEN, Uwe *et al.* Workload and severity of illness of patients on intensive care units with available intermediate care units: A multicenter cohort study. **Minerva Anestesiologica**, [S. l.], v. 84, n. 8, p. 938–945, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.18.12516-8>
14. KAHN, Jeremy. What We Talk about When We Talk about Intensive Care Unit Strain. **Annals ATS**, v. 11, n. 2, p. 219-220, 2014.
15. MCMILLAN, Sara S. *et al.* Using the Nominal Group Technique: how to analyse across multiple groups. **Health Services and Outcomes Research Methodology**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 92–108, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10742-014-0121-1>
16. NEURAZ, Antoine *et al.* Patient mortality is associated with staff resources and workload in the icu: A multicenter observational study. **Critical Care Medicine**, [S. l.], v. 43, n. 8, p. 1587–1594, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001015>
17. PARRY, Selina M.; HUANG, Minxuan; NEEDHAM, Dale M. Evaluating physical functioning in critical care: Considerations for clinical practice and research. **Critical Care**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 1–10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1827-6>

18. POPE, C.; MAYS, M. *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde*. Ed. Artmed, 2009, 3^o edição.
19. QUEIJO, Alda Ferreira; PADILHA, Kátia Grillo. *NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa*. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43(Esp), p. 1018-1025, 2009.
20. RYAN, Katherine E. *et al.* Focus Group Evidence: Implications for Design and Analysis. **American Journal of Evaluation**, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 328–345, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1098214013508300>
21. RYDINGSWARD, Jessica E. *et al.* Functional status in ICU survivors and out of hospital outcomes: A cohort study. **Critical Care Medicine**, [S. l.], v. 44, n. 5, p. 869–879, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001627>
22. SERAFIM, Clarita Terra Rodrigues *et al.* Severity and workload related to adverse events in the ICU. **Revista brasileira de enfermagem**, [S. l.], v. 70, n. 5, p. 942–948, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0427>
23. SILVA, Rafaela Araújo Dias da *et al.* Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas? **Fisioterapia e Pesquisa**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 388–394, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17005225042018>
24. TIPPING, Claire J. *et al.* The ICU mobility scale has construct and predictive validity and is responsive: A multicenter observational study. **Annals of the American Thoracic Society**, [S. l.], v. 13, n. 6, p. 887–893, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201510-717OC>

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como participante de pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio!

Eu, _____,
residente e domiciliado _____,
nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa '**Construção de matriz de classificação funcional relativa à carga de trabalho do fisioterapeuta em Unidades de Terapia Intensiva – abordagem qualitativa**', objeto de dissertação de Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde, do mestrando e pesquisador responsável Guilherme de Moraes Maia, orientado pelo Profº Roger Keller e co-orientado pela Profº Cristine Warmling.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

O presente estudo tem o propósito de construir uma matriz de classificação funcional respiratório-motora-neurológica específica para pacientes de UTI, a fim de compreender os contextos que afetam a carga de trabalho do fisioterapeuta.

2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados:

Entendi que, se concordar em fazer parte deste estudo, irei participar de um grupo focal com outros fisioterapeutas e/ou profissionais da equipe da UTI. Nesta entrevista em grupo, poderei expressar minhas ideias, percepções e atitudes acerca da classificação funcional dos pacientes e sua relativa carga de trabalho. A realização do grupo focal será apenas um encontro de aproximadamente uma hora, em uma sala reservada nas dependências do hospital, fora do horário contratual. O encontro será gravado para posterior transcrição e análise do conteúdo. Toda informação fornecida será estritamente confidencial e ninguém irá identificar quem participou deste estudo.

3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos:

O benefício esperado com a pesquisa será construir uma matriz específica a partir da discussão nos grupos focais que estime de fato a carga de trabalho do fisioterapeuta (através da compreensão dos contextos peculiares à classificação funcional).

4º - Estou ciente de que toda e qualquer participação em pesquisa pode acarretar riscos e desconfortos mínimos ao participante ao debater nos grupos focais e que tenho a liberdade de interromper a minha participação a qualquer momento.

5º - Foi dada garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Caso você tenha novas perguntas sobre este estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com o fisioterapeuta Guilherme de Moraes Maia (pesquisador responsável) ou no telefone 51 991754070 a qualquer hora ou com o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição, no telefone (51)33572407.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com o fisioterapeuta Guilherme de Moraes Maia sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido

dará autorização à pesquisadora responsável pelo estudo de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Porto Alegre, _____, _____ de 20__ __.

Assinatura do (a) participante de pesquisa: _____

Assinatura do pesquisador

responsável: _____

Apêndice B - Roteiro de pesquisa para os grupos focais

Introdução e justificativa do estudo;

Apresentação dos objetivos do estudo;

Explicação resumida do método do trabalho;

Apresentação dos casos clínicos e questões de pesquisa (os casos apresentados serão o ponto de partida para as considerações acerca da carga de trabalho, a partir da ilustração de condições funcionais com gravidade e complexidades diferentes nas perspectivas respiratória, motora e neurológica):

Casos clínicos:

A: paciente com Síndrome de Guillan Barré, incapaz de mobilizar ativamente os membros periféricos;

B: paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, capaz de sair do leito, sentar na poltrona e deambular com auxílio;

C: paciente com Síndrome de Guillan Barré, incapaz de mobilizar ativamente os membros periféricos; ventila espontaneamente, sem necessidade de oxigenioterapia e defende vias aéreas adequadamente;

D: paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, capaz de sair do leito, sentar na poltrona e deambular com auxílio; dependente de ventilação mecânica assistida há 30 dias por traqueostomia e tolera curtos períodos de ventilação espontânea;

Questões de pesquisa:

- 1) Como a carga de trabalho do fisioterapeuta é percebida nos diferentes contextos funcionais? Por quê?

- 2) De que maneira as diferentes classificações funcionais dos pacientes demandam a carga de trabalho por parte do fisioterapeuta? Por quê?
- 3) De que maneira o status funcional dos pacientes críticos modifica o tipo de atendimento fisioterapêutico prestado?
- 4) Como as diferentes dimensões funcionais (motora, respiratória e neurológica) do paciente crítico impactam na carga de trabalho diária do fisioterapeuta, além da mobilidade?
- 5) Como é percebida a carga de trabalho do fisioterapeuta no contexto de cada uma das dimensões funcionais? De que maneira uma melhor ou pior classificação funcional afeta a carga de trabalho?
- 6) Em que outros contextos funcionais a carga de trabalho do fisioterapeuta é afetada?