



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**



**TRABALHO E RISCO BIOLÓGICO EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: A PRÁTICA  
COTIDIANA DOS FISIOTERAPEUTAS**

**Rosangela Cunha da Rocha**

**Dissertação de Mestrado**

**Salvador (Bahia), 2010**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**FICHA CATALOGRÁFICA**

R672 Rocha, Rosangela Cunha da,  
Trabalho e risco biológico em uma Unidade de Terapia Intensiva: a prática cotidiana dos fisioterapeutas/ Rosangela Cunha da Rocha.- Salvador: [s.n.], 2010.  
viii, 115f.

Orientador: Profa. Dra. Mônica Angelim Gomes de Lima.

Dissertação (Mestrado- Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho.) Faculdade de Medicina. Universidade Federal da Bahia.

1.Riscos Ocupacionais. 2. Fisioterapia. 3. UTI. 4. Análise Ergonômica do Trabalho. 5 Etnometodologia. I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU: 616-057  
615.8  
616-083.98



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**



**TRABALHO E RISCO BIOLÓGICO EM UMA**  
**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: A PRÁTICA**  
**COTIDIANA DOS FISIOTERAPEUTAS**

**ROSANGELA CUNHA DA ROCHA**

Professora-orientadora: Mônica Angelim Gomes  
de Lima

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador (Bahia), 2010

**Rosangela Cunha da Rocha**

Trabalho e Risco Biológico em uma Unidade de Terapia Intensiva: A Prática  
Cotidiana dos Fisioterapeutas

**Data de Aprovação:** 26 de março de 2010.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Professora Dra. Mônica Angelim Gomes de Lima (professora orientadora)  
Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia/PPGSAT/UFBA.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Professora Dra. Rita de Cássia Pereira Fernandes  
Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia/PPGSAT/UFBA.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Professora Dra. Tânia Maria de Almeida Franco  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da  
Bahia/CRH/FFCH/UFBA.

Assinatura: \_\_\_\_\_

*"Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende."*

(Leonardo da Vinci)

## **Dedicatória**

*A minha mãe – pelo exemplo de amor, dedicação e vida;  
Ao meu marido – pelo amor e apoio em todos os momentos da minha vida;  
Aos meus filhos – para que sempre acreditem na importância da educação em suas vidas e  
na sociedade.*

## AGRADECIMENTOS

São muitos os que merecem meus agradecimentos, na realização deste trabalho, entretanto alguns foram fundamentais:

**A Deus**, pela dádiva da vida e pela fé nos momentos difíceis.

**Ao meu esposo Paulo**, pelo apoio e motivação em todos os momentos da realização deste sonho. Esse trabalho também é um pouco seu, pois sem seu amor e apoio eu não teria conseguido.

**Aos meus filhos: Paulo Junior, Felipe, Amanda e Lucas**, por compreenderem os períodos de ausência. Espero que este trabalho sirva de inspiração na vida de vocês, pois só com dedicação e esforço os sonhos se tornam realidades.

**À minha mãe Sonia**, exemplo de retidão, doação e dignidade, pelo seu apoio e amor incondicionais;

**Aos meus irmãos e irmãs: Hilton, Maria, Carlos, Cristina e Marcos**. Em especial, à **Maria** e à **Cristina**, pelo amor profundo que nos une e pelo incentivo neste caminho delicado.

**À minha avó, Maria Cunha (*in memoriam*)**, sem a qual muitos dos meus sonhos não se tornariam reais.

**À minha tia Solange**, por estar sempre presente em todas as caminhadas.

**À minha orientadora, professora Dra. Mônica Angelim**, que me conduziu com carinho e sabedoria nos caminhos encantadores da sociologia e no ofício de estudante de mestrado. Pelo exemplo de excelência como mestre e como mulher. Por ter acreditado em mim e por ter sido uma amiga durante esta jornada.

À **professora Dra. Rita Fernandes**, pela oportunidade de participar de sua disciplina em ergonomia e pela atenção dispensada na realização desse estudo.

**Aos professores do Mestrado em Saúde Ambiente e Trabalho**, que me conduziram com sabedoria nestes dois anos.

À **Solange Xavier**, pela sua amizade e constantes estímulos.

**Aos colegas do mestrado**, que compartilharam comigo os momentos difíceis e também as alegrias na condução deste trabalho.

Às **minhas amigas eternas: Maria Olívia, Rita Pithon, Dalva, Marli, Mônica Bezerra, Pilar, Raidalva e à minha nova amiga, Nara**, pelo apoio e amizade de vocês, o que me tornou mais forte para concluir esta pesquisa.

À **Rosangela Figueiredo**, pelo apoio e pelo seu exemplo do que é ser uma amiga.

À **Universidade Federal da Bahia, especialmente a Viviane Burgos**, pela liberação de carga horária e apoio na realização desta pesquisa.

À **direção e ao corpo administrativo e funcional do hospital pesquisado**, que entendeu a importância e, assim, liberou esta pesquisa.

Finalmente **a Palmireno e, principalmente, aos fisioterapeutas assistências do HUPES**, por permitirem a minha presença em seu universo de trabalho.

Enfim, minha gratidão e reconhecimento **a todos quantos compartilharam desta trajetória**.

**Muito Obrigada!**

## SUMÁRIO

	<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>RESUMO</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>ABSTRACT</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
4.1	OBJETIVO PRINCIPAL	13
4.2	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	13
<b>5</b>	<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
5.1	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ORIGEM, COMPLEXIDADE E RISCOS	14
5.2	FISIOTERAPIA: UM BREVE HISTÓRICO	19
5.3	RISCO E VULNERABILIDADE DO TRABALHADOR	24
<b>6.</b>	<b>MÉTODO UTILIZADO</b>	<b>31</b>
6.1	A ETNOMETODOLOGIA E A ERGONOMIA COMO BASE DO ESTUDO	31
6.2	PERCURSO METODOLÓGICO	37
6.2.1	Inserção e desenvolvimento em campo	37
<b>7</b>	<b>O CAMPO</b>	<b>44</b>
7.1	UTI: CENÁRIO E DINÂMICA	44
7.2	A INSERÇÃO DAS ATIVIDADES DOS FISIOTERAPEUTAS NA DINÂMICA DA UTI	48
7.3	A FORMA DE CONTRATAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS	50
<b>8</b>	<b>A ANÁLISE DA ATIVIDADE E OS RISCOS NO LOCAL DE TRABALHO</b>	<b>53</b>
8.1	O TRABALHO PRESCRITO	53
8.1.1	A forma de gestão de riscos	57
8.2	O TRABALHO REAL	61
8.2.1	Relações entre as equipes	61

8.2.2	A variabilidade no contexto de trabalho do fisioterapeuta e os riscos	65
8.2.2.1	O rápido aumento na demanda de trabalho	65
8.2.2.2	As frequentes interrupções na rotina de trabalho do fisioterapeuta	68
8.2.2.3	As estratégias utilizadas diante das limitações materiais	70
8.2.2.4	O acúmulo de funções do fisioterapeuta	79
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>84</b>
<b>10</b>	<b>PROPOSIÇÃO DAS AÇÕES</b>	<b>87</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>89</b>
	<b>APÊNDICE 1 Termo de Consentimento Livre e Pré- Esclarecido</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE 2 Crônica da Atividade do Fisioterapeuta</b>	<b>104</b>
	<b>APÊNDICE 3 Diário de Campo</b>	<b>110</b>
	<b>APÊNDICE 4 Roteiro de Entrevista com os Gestores</b>	<b>111</b>
	<b>APÊNDICE 5 Esquema Geral do Percorso Metodológico</b>	<b>112</b>
	<b>ANEXO 1 Resolução do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	<b>113</b>
	<b>ANEXO 2 Planta Física da UTI</b>	<b>115</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AET- Análise Ergonômica do Trabalho

ABBR- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação

ASSOBRAFIR- Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória

APF- Associação Paulista de Fisioterapia

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CFE- Conselho Federal de Educação

CLT- Consolidação das Leis do Trabalho

COFFITO- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO- Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CIPA- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

DAFF- Diagnóstico Funcional Fisioterapêutico

DASA- Diretoria Adjunta de Serviços Assistenciais

EPA- Environmental Protection Agency

EPI- Equipamentos de Proteção Individual

FAMED- Faculdade de Medicina

FAPEX- Fundação de Apoio a Pesquisa e Extensão

GM- Gabinete do Ministro

HUPES- Hospital Universitário Professor Edgard Santos

IR- Instituto de Reabilitação

L2- Leito da UTI de número dois

L6- Leito da UTI de número seis

L13- Leito da UTI de número 13

L15- Leito da UTI de número 15

MEC- Ministério da Educação e Cultura

MCO- Maternidade Climério de Oliveira

MMII- Membros Inferiores

MS- Ministério da Saúde

NAS- National Academy of Science

NR- Norma Regulamentadora

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONGs- Organizações Não- Governamentais

OOSHA- Occupational Safety and Health Administration

OPAS- Organização Pan-americana de Saúde

OSCIPs- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PCMSO- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

POP- Protocolos Operacionais Padrão

SESAB- Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SESAO- Serviço de Saúde Ocupacional

SCIH- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIPAT- Semana Interna de Prevenção de Acidentes

STAs- Sistemas Sócio-Técnico-Ambientais

SUS- Sistema Único de Saúde

UFBA- Universidade Federal da Bahia

UI- Unidade de Internamento

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

VM- Ventilação Mecânica

WCPT- Work Confederation of Physical Therapy

## 1 RESUMO

O setor de saúde orientado pela lógica da reestruturação produtiva tem instituído reformas organizacionais para atender a meta de ampliar a assistência através da redução de gastos e adequação dos recursos humanos. Estas reformas alcançam o ambiente hospitalar determinando uma nova ordem da assistência com impacto na saúde dos trabalhadores. Nas Unidades de Terapia Intensiva, a complexidade da assistência prestada aos pacientes criticamente enfermos contribui para o aumento dos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os riscos biológicos. Esta situação é agravada principalmente nos hospitais públicos onde são limitadas as condições materiais. O fisioterapeuta, como componente das equipes de saúde das UTIs, ao realizar as suas atividades cotidianas, depara-se com diversas situações que podem comprometer a sua saúde. Nesse sentido, realizou-se um estudo de abordagem etnográfica, utilizando-se elementos teóricos e metodológicos da Análise Ergonômica do Trabalho e da Etnometodologia, focalizando-se nas competências mobilizadas pelos fisioterapeutas para lidar com os riscos biológicos e as limitadas condições materiais no contexto de uma UTI. O trabalho de campo nos possibilitou a imersão nas dimensões microsociológica desse contexto. Concluiu-se que os fisioterapeutas, ao gerarem regulações para contornar a variabilidade no seu cotidiano, agem não só como meros cumpridores das regras institucionais, pois estas não conseguem prever e dar conta do trabalho real e de todos os seus determinantes, mas também como decodificadores destas em condições reais. Assim, a prescrição de normas e comportamentos seguros é ineficaz quando não considera as situações vividas por estes trabalhadores.

Palavras-chave: 1. Riscos Ocupacionais; 2. Fisioterapia; 3. UTI; 4. Análise Ergonômica do Trabalho; 5. Etnometodologia.

## 2 ABSTRACT

The health sector driven by the logic of productive restructuring has instituted organizational reforms to meet the goal of expanding assistance through cost-cutting and adequacy of human resources. These reforms reach the hospital environment by establishing a new order of care which impact on health workers. Intensive Care Units in the complexity of care provided to critically ill patients contributes to increased health risks to workers, particularly the biological risks. This situation is aggravated especially in hospitals where the conditions are limited materials. The physiotherapist, as a component of the health staff of the ICU, to conduct their daily activities is faced with various situations that may compromise their health. Accordingly, we carried out a study of ethnographic approach using theoretical elements of methodological Ergonomic Analysis of Work and Ethnomethodology, focusing on the expertise mobilized by physical therapists to deal with biological risks and the limited material conditions in the context of an ICU. The field work has enabled us to soak in the dimensions microsociological this context. It was concluded that the physical therapists to generate regulations to circumvent the variability in their daily lives, they act not only as a mere institutional compliant with the rules because they can not predict and realize the real work and all its determinants, but as an interpreter those in real conditions. Thus, the prescription of rules and safe behavior is ineffective when it does not consider the situations experienced by these workers.

Keywords: 1. Biological Hazards; 2. Physiotherapy; 3. ICU; 4. Ergonomic Analysis of Work; 5. Ethnomethodology.

### 3 INTRODUÇÃO

O setor de saúde orientado pela lógica da reestruturação produtiva tem instituído reformas organizacionais para atender a meta de ampliar a assistência através da redução de gastos e adequação dos recursos humanos. Muitas são as razões citadas para implantação destas reformas, como o custo elevado da tecnologia médica, a demanda social aumentada por esses serviços, o aumento do número de litígios e algumas situações por necessidade de aumento da lucratividade dos hospitais como empresa (Guedes et al., 2005).

Os processos de trabalho no âmbito da assistência à saúde sofreram transformações da forma de cuidados simplificados para uma abordagem e utilização de equipamentos mais complexos. Dessa forma, gerou-se a necessidade de diversificação e especialização da força de trabalho. Estas mudanças, embora implicando, de um lado, um processo mais coletivo, na medida em que as tarefas de um grupo profissional dependem do outro, resultam, como consequência, por outro lado, uma concentração das atividades reflexivas e de maior autonomia em grupos restritos de profissionais. Isto leva a uma proporção cada vez maior de trabalhadores com atividades meramente rotineiras e padronizadas (Siqueira et al., 1995).

Estas reformas alcançam o ambiente hospitalar determinando uma nova ordem da assistência, modificando o perfil de trabalho e dos trabalhadores, os determinantes de saúde/doença e, conseqüentemente, com impacto na saúde desses trabalhadores (Cavalcante, et al., 2006).

De acordo com Gaspar (1997), os hospitais são instituições que oferecem consideravelmente maior possibilidade de agravos à saúde dos trabalhadores, entre todas as instituições de saúde, por apresentarem condições complexas de trabalho. No tocante a este ambiente, os riscos mais citados na literatura e que se revestem de especial significado são os biológicos (Caixeta & Barbosa-Branco, 2005). Entre as infecções de maior risco para os

trabalhadores nestes ambientes encontram-se as transmitidas, por sangue e outros fluidos corpóreos, como: a hepatite B, a hepatite C, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), a tuberculose, a varicela, a herpes-zoster, o sarampo, entre outras (Resende & Fortaleza, 2001; Panhotra et al., 2005).

Dentre os fatores que aumentam a vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde aos riscos biológicos, podemos destacar: a complexidade de assistência prestada aos pacientes, a exigência de ritmos acelerados de produção, procedimentos com possibilidade de contato com sangue e outros fluidos corpóreos, o pouco investimento das instituições de saúde na manutenção da força de trabalho, dos meios de trabalho (materiais e equipamentos) e em medidas de proteção coletiva, entre outros (Barbosa, 1989; Bulhões, 1994; Sarquis, 2007).

Em particular, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), neste contexto, se revestem de especial significado por se tratarem de ambientes dentro do espaço hospitalar destinados a prestar assistência a pacientes criticamente enfermos, comumente com alto grau de dependência de assistência direta da equipe de saúde. Puro et al. (2001), destacam a UTI como uma das áreas de maior risco de exposição dos trabalhadores aos agentes biológicos nas instituições hospitalares. Associado a isto, é uma unidade onde a incorporação de novas tecnologias e os processos de trabalho ampliam a vulnerabilidade destes profissionais.

O fisioterapeuta, como componente das equipes de saúde das UTIs, ao realizarem as suas atividades cotidianas, depara-se com diversas situações que podem comprometer a sua saúde. Nesse sentido, podemos focalizar as relações dos fisioterapeutas com o seu ambiente de trabalho, não apenas com relação ao meio propriamente dito, mas também às suas relações sociais, aos instrumentos de trabalho, às atividades realizadas por esses e à própria organização do trabalho.

Em um estudo realizado por Silva et al. (2008) em um hospital universitário, constatou-se que os fisioterapeutas apresentam 4.57 vezes maior probabilidade de serem colonizados por

microrganismos multirresistentes na execução de suas atividades, quando comparados com outros profissionais do mesmo setor. Entre as atividades realizadas pelos fisioterapeutas na UTI e que podem aumentar a exposição destes trabalhadores aos riscos biológicos, podemos citar: mobilizações e posicionamentos de pacientes potencialmente infectados ou colonizados, manobras de hiperinsuflação manual dos pulmões, exercícios de tosse, aspirações de secreções pulmonares, entre outras. Guttenberg & Spickett (2009), constataram que no ambiente hospitalar as causas de maior importância para a ocorrência de exposição dos fisioterapeutas aos riscos biológicos foram: situações de contingências (33,3%), fontes contaminadas com sangue e outros fluidos corpóreos (28,4%) e fatores organizacionais (22,2%).

A complexidade desses ambientes organizacionais associada aos riscos ocupacionais vem se apresentando como um problema socioprofissional, o que requer iniciativas por parte das instituições em conjunto com os trabalhadores para uma maior compreensão das formas de prevenção e intervenção.

A preocupação com os riscos ocupacionais é relativamente recente no âmbito da medicina social, e somente a partir da década de 70 é que a medicina do trabalho vem se desenvolvendo como um novo campo e prática no Brasil (Santos, 1992). O interesse para compreender como lidar com os riscos no trabalho tem sido objeto de estudo de diversas disciplinas; entre estas, a engenharia, a toxicologia, a epidemiologia e as ciências sociais.

Nos campos da epidemiologia, da toxicologia e da engenharia, os riscos são identificados como funções probabilísticas e como possibilidade de ocorrência de algum evento negativo ou fenômeno tangível com prejuízo e impacto na saúde humana (Barnes, 2002). No enfoque sociológico, o risco é entendido, não como um fenômeno estatístico e objetivo, mas como um fenômeno construído através de um implícito processo social e cultural (Lupton, 1999).

Segundo Lupton (1999), o risco na dimensão sociocultural pode ser categorizado de acordo com as seguintes perspectivas: “simbólico/cultural”, a partir dos estudos de Mary Douglas; “risco e sociedade”, dos sociologistas Ulrich Beck e Anthony Giddens, e teorias “governamentais”, a partir dos escritos filosóficos de Michel Foucault.

Dentro da perspectiva sócio-cultural, o risco pode ser abordado a partir dos referenciais teóricos estruturalistas, pós-estruturalistas, fenomenologistas e psicanalíticos. A corrente estruturalista que, de acordo com Lupton (1999), tem como representante Mary Douglas, identifica os caminhos que ligam estruturas culturais, hierarquias e categorias, e definem conhecimentos de riscos e práticas. Alternativamente, os trabalhos de Ulrich Beck e Anthony Giddens criticam o caminho com o qual as instituições sociais exercem poder sobre os indivíduos interferindo na sua capacidade de julgar os riscos. Estudos pós-estruturalistas são baseados na perspectiva foucaultiana, enfatizando a importância de identificar o discurso da prática e a construção da realidade, significado e entendimento. Já a Fenomenologia baseia-se nos significados situados que são dados ao risco, focalizando as experiências práticas, com o uso do senso comum significando o conhecimento. Ou seja, como os atores sociais constroem seus entendimentos sobre os riscos a partir da interação com os outros dentro de um contexto social específico (Lupton, 1999).

A ergonomia incorpora, em seu arcabouço teórico, conhecimentos oriundos de várias áreas, como a Sociologia, a Antropologia, entre outras. A perspectiva da análise ergonômica do trabalho tem como característica essencial examinar o que acontece na complexidade do trabalho e propõe transformar as condições em que este é realizado (Abrahão & Pinho, 2002). Pesquisadores desta área citam as estratégias utilizadas pelos trabalhadores ao realizarem suas tarefas visando reduzir os impactos a sua saúde dentro dos limites impostos pela organização do trabalho. Portanto, para desenvolver o trabalho prescrito, estes atores desenvolvem previamente o trabalho real (Fernandes et al., 2004).

A aplicação de leis e normas nem sempre possibilitam resultados previstos para as populações afetadas. Sabe-se que existem diferenças entre o trabalho prescrito nas regras, nos manuais de instruções e o trabalho em situações reais. Assim, na gestão dos riscos, devem ser consideradas situações reais de trabalho, onde estes não devem ser entendidos apenas como informações teóricas, impostas por especialistas da área e pela organização do trabalho; é preciso considerar as situações reais vividas pelos trabalhadores no cotidiano (Porto, 2000; Itani & Vilela Filho, 2006).

Segundo Coulon (2008), mesmo que tenham sido entendidas, as regras não disponibilizam todas as suas propriedades para interpretação dos atores sociais no seu cotidiano. É na sua ação prática que todas as possibilidades de uma regra serão consideradas e interpretadas. O significado de uma instrução só terá novos significados no âmbito do trabalho, em um contexto específico; ou seja, no aqui e agora (tempo e espaço).

A proposta da autora, no presente estudo, é abordar os riscos biológicos e as limitadas condições de trabalho dos fisioterapeutas no contexto específico de uma UTI. O estudo abrangerá os pressupostos da etnometodologia, que define o risco como um fenômeno socialmente construído e negociado como parte de interações no cotidiano de trabalho destes profissionais. A etnometodologia, a partir da análise das interações sociais, contribuirá no entendimento dos métodos que os fisioterapeutas utilizam para produzir ordem de forma detalhada e sequencial, considerando as contingências nos seus locais de trabalho. Serão utilizados também os fundamentos da ergonomia para compreender o fenômeno de estudo.

A realização deste trabalho foi motivada pela trajetória profissional da autora como fisioterapeuta de UTI durante 22 anos e pela troca de experiências com os seus colegas, em cujo ambiente sempre compartilhou sucessivas queixas de sofrimento, muitas vezes atribuídos ao seu cotidiano de trabalho com repercussões na sua vida laboral e social.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 PRINCIPAL**

Descrever as ações práticas dos fisioterapeutas diante das limitações de condições materiais e dos riscos biológicos em uma UTI.

### **4.2 SECUNDÁRIOS**

Compreender a dinâmica das interações sociais nas práticas cotidianas dos fisioterapeutas diante dos riscos biológicos;

Descrever os determinantes das ações práticas dos fisioterapeutas diante dos riscos biológicos na UTI.

## 5 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 5.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ORIGEM, COMPLEXIDADE E RISCOS

De acordo com Foucault (1981), o surgimento do hospital como cenário de cura e intervenção terapêutica data do final do século XVIII. Isto ficou evidente a partir das visitas de inspeção e observações sistemáticas realizadas em hospitais da Europa na época da reconstrução do *Hôtel- Dieu de Paris*<sup>1</sup>. Dentre essas, ressaltam-se as realizadas por Howard, inglês, predecessor dos “filantropos” e por Tenon, médico francês designado para este fim pela Academia de Ciências da França.

Howard e Tenon diferenciaram-se de outros inspetores da época, visto que, em seus relatórios, em vez de fazerem referência às condições arquitetônicas dos hospitais, optaram por priorizar as descrições dos hospitais como organização. Nas suas pesquisas, aparecem as relações entre a ocorrência de doenças e os espaços ocupados pelos pacientes no hospital, a exemplo dos relatos a respeito dos efeitos negativos de se colocar, em um mesmo espaço, portadores de feridas e parturientes. São também observados os deslocamentos e movimentos de roupas limpas e usadas, entre outros problemas de funcionalidade e organização do hospital. Assim, a pesquisa desses autores se configurou como um estudo pioneiro e sistemático sobre a organização médico-espacial do hospital (Foucault, 1981).

De acordo com Foucault (1981), as unidades hospitalares dos primórdios eram essencialmente instituições de caridade que tinham como função assistir aos pobres nas suas necessidades materiais e espirituais. A medicina naquela época, por sua vez, era exercida fora

---

<sup>1</sup> A partir do incêndio do Hôtel Dieu de Paris em 1722, a Academia de Ciências da França fica responsável por um programa de reconstrução hospitalar que serviu como orientação para construção de hospitais por mais de um século (Foucault, 1981).

do ambiente hospitalar e de forma individual pelos médicos, que realizavam visitas aos seus doentes em suas residências.

Neste período em que o hospital se constituía como um local de terapêutica, a figura do médico passou a ser central no funcionamento e organização desse espaço e a clínica aparece como dimensão essencial do hospital. Este estabelecimento, onde se recebem e tratam doentes, passou a ser destinado não só a melhorar a saúde da população como também a prática de ensino e pesquisa; portanto, um local dotado de saberes e tecnologia. Os registros obtidos no interior dos hospitais permitiram, assim, constatar os fenômenos patológicos comuns à população e começaram então a se desenvolver os conhecimentos sobre as doenças (Foucault, 1981).

É entre o século XIX e a primeira metade do século XX que os avanços científicos permitiram maior conhecimento sobre as doenças e os diagnósticos passaram a ser mais precisos, principalmente a partir do desenvolvimento da Microbiologia, possibilitando o desenvolvimento de instrumentos terapêuticos e preventivos com impacto na sobrevivência dos pacientes. O advento das grandes guerras, em especial a Segunda Guerra Mundial, ao mesmo tempo, impulsiona o surgimento de novas medicações e tecnologias médicas. O hospital no pós-guerra se torna um centro dos sistemas de saúde, onde se desenvolvem não só as tecnologias médicas, mas também abordagens interdisciplinares na assistência à saúde da população (Porter, 2002 *apud* Moraes, 2005).

Com o tempo, aumentou-se a complexidade dos pacientes internados nos hospitais em decorrência dos avanços da medicina, surgindo então a necessidade de assistir aos doentes mais graves em unidades especializadas. Dessa forma, foi criada a primeira Unidade de Terapia Intensiva, a partir das iniciativas da enfermeira Florence Nightingale, que serviu na Guerra da Criméia (1854 a 1856), quando reuniu em um ambiente próximo ao posto de enfermagem um grupo de soldados gravemente feridos, com o objetivo de acompanhá-los e

atendê-los de forma mais precisa e rápida. Não há relatos de iniciativas semelhantes na literatura, até que no ano de 1929, Walter Dandy, médico do Hospital Johns Hopkins, situado em Baltimore, criou uma unidade para prestar cuidados intensivos a pacientes em pós-operatório de cirurgias neurológicas (Grenvick & Pinsky, 2009).

Estas unidades começam, assim, a se estabelecer e se desenvolver de forma ampla a partir da década de 50, devido à epidemia de poliomielite que acometeu o mundo. A necessidade de dar suporte ventilatório a centenas de pacientes acometidos pela forma grave da doença e que apresentavam paralisia da musculatura respiratória foi fato decisório para o surgimento do então denominado pulmão de ferro<sup>2</sup>, dispositivo que fora desenvolvido em 1929 por pesquisadores médicos de Harvard. Surge então, na Dinamarca, a ventilação com pressão positiva manual, introduzida pelo anestesiológico Ibsen. Os pacientes de pólio se beneficiaram com a utilização desta técnica, fato que ocasionou a redução da mortalidade e marcou o início da UTI respiratória e impulsionou o desenvolvimento dos modernos ventiladores (Grenvick & Pinsky, 2009).

Em 1955, Bjork e Engstrom introduziram a técnica do uso de ventilação mecânica prolongada nos pós-operatórios de cirurgias pulmonares. A partir da difusão do sucesso dessa técnica, estabelecem-se unidades de terapia intensiva respiratórias, principalmente na Europa e América do Norte. Nesta época, no Canadá, desenvolve-se a UTI com ênfase na equipe multidisciplinar, por esforços dos veteranos da epidemia de pólio, Ruben Cherniack, em Manitoba, e Scott Arthur, em Ontário, no Canadá (Grenvick & Pinsky, 2009).

A partir das experiências bem sucedidas com ventiladores, começam a se desenvolver outros recursos tecnológicos, a exemplo da monitorização de medidas hemodinâmicas à beira do leito (1960), a oximetria de pulso (1972), ventiladores microprocessados em oposição aos

---

<sup>2</sup> Pulmão de Ferro: máquina de suporte ventilatório por pressão negativa intermitente, através de câmara que cobria todo corpo, exceto a cabeça (Grenvick & Pinsky, 2009)

antigos respiradores a pistão (1980), entre outros de extrema importância, os quais têm proporcionado avanços significativos nos cuidados prestados aos pacientes nestas unidades (Puri et al., 2009).

Durante as décadas de 60 e 70, essas unidades ganham espaços específicos nos hospitais determinados para assistir e tratar pacientes em riscos de morte. As UTIs eram escassas e, muitas vezes, surgiam devido a necessidades locais ou por solicitação de autoridades, em que os cuidados eram prestados com interesse no tratamento dos pacientes, mas com pouco treinamento formal do pessoal que atuava nestas unidades. Nas décadas de 80 e 90, as UTIs crescem em tamanho e número e por especialidades e se tornam áreas indispensáveis para assistência a pacientes críticos em vários países do mundo (Angus, 2005).

Bennett (2009) menciona que, a exemplo dos Estados Unidos, não é incomum que grandes hospitais tenham unidades de Terapia Intensiva, separadas por especialidades – trauma, cirurgia, geral, neurocirurgia, cirurgia cardíaca, cuidados respiratórios, pediátrica e neonatal. No Brasil, de acordo com um estudo realizado recentemente pela Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB, 2009), constatou-se que 95,5 % destas unidades são classificadas como mistas, 27,1% são Neonatais e 16,1% são pediátricas.

De acordo com Angus (2005), são inúmeros os desafios futuros a serem enfrentados pelas UTI, entre estes estão: a dificuldade de acesso a recursos adequados, o recrutamento e a retenção de profissionais especializados nesta área, a necessidade cada vez mais crescente de prestar cuidados intensivos a pacientes criticamente enfermos fora destas unidades, além de distribuição destas de forma igualitária por todas as regiões e sistemas.

As UTIs surgiram da necessidade de reunir um conjunto bem treinado de equipe multidisciplinar para atender pacientes graves e operar novos dispositivos sofisticados, como ventiladores e monitores. Entretanto, para operar estes equipamentos, foi necessário criar um ambiente com muito mais espaço ao redor da cama do paciente, de modo a permitir o acesso

fácil ao paciente e a outros aparelhos, como bombas de infusão, oxímetro de pulso e capnógrafo, transdutores de pressão e monitores. Para aumentar a segurança, alarmes foram acrescentados a quase cada dispositivo. Um observador casual do ambiente da UTI, que compreende o paciente e seu entorno, pode concluir que este local é bem projetado e construído para salvar e manter a vida. No entanto, não se tem dúvida de que a UTI é, na maioria dos casos, um local onde se tem exposição a riscos de diversas naturezas, como biológico, físico, químico e organizacionais. Uma análise cuidadosa vai mostrar que a unidade não foi concebida lógica ou devidamente e que não é planejada de acordo com a capacidade limitada dos seres humanos para atender às situações de emergência. As decorrências são configuradas pelo fato de que as UTIs podem ser espaços de risco, não exclusivamente para o paciente em estado crítico, mas também para a equipe de saúde que enfrenta uma série de contingências no seu cotidiano e está exposta aos perigosos do ambiente (Donchin & Seagull, 2002).

A UTI torna-se, assim, um espaço privilegiado dentro do hospital em que irá ocorrer o encontro de práticas assistenciais das diversas profissões da saúde. As equipes que atuam nesses espaços são, geralmente, compostas por profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, pessoal de apoio, entre outros, unidos com desígnio de prestar cuidado aos pacientes criticamente enfermos. De acordo com Pitta (2003), como cenário privilegiado de desenvolvimento científico e tecnológico sobre práticas das doenças, o hospital apresenta um caráter plural de trabalho, onde os métodos e competências dos trabalhadores, neste amplo contexto sócio-cultural, são os determinantes dos resultados esperados naquele local: a promoção e a recuperação da saúde. Cumpre destacar que esta complexidade de assistência torna o ambiente hospitalar, principalmente a UTI, um lugar suscetível a acidentes de trabalho, especialmente aqueles decorrentes da exposição a materiais biológicos.

## 5.2 FISIOTERAPIA: UM BREVE HISTÓRICO

O desenvolvimento da fisioterapia como profissão ocorreu em paralelo com o desenvolvimento da reabilitação no mundo, fato este motivado principalmente pelo aumento do número de indivíduos mutilados e portadores de deficiência física, a partir de acontecimentos históricos marcantes, como as duas grandes guerras mundiais, a revolução industrial e a epidemia de poliomielite. Neste cenário, surge então a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT), que soma esforços com importantes órgãos internacionais, como: a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Fundação das Nações Unidas para Infância (Unicef), com o intuito de promover o desenvolvimento de serviços de reabilitação, o que ocorre através da criação de novos serviços, formação de profissionais da área e modernização dos serviços já existentes (Barros, 2008).

Os reflexos desses acontecimentos observam-se no desenvolvimento da Fisioterapia como prática reabilitadora. No Brasil, como em outros países, o surgimento da profissão de fisioterapeuta foi motivado principalmente pela epidemia da poliomielite que, nos meados dos anos 50, afetava todas as camadas da população de forma equivalente. Um aspecto relevante relacionado ao acometimento por esta doença era a sua relação com sequelas físicas, fato que impulsionou a mobilização das elites em prol da criação de serviços de reabilitação no país. Uma das instituições pioneiras foi a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), localizada no Rio de Janeiro, cuja fundação pode ser vista como uma alternativa da sociedade, especialmente dos parentes de portadores de deficiências físicas decorrentes da epidemia de pólio vigente no país. Surgem, desta forma, os primeiros serviços de reabilitação do país (Barros, 2008).

Frente à ampliação e desenvolvimento dos serviços de reabilitação, origina-se assim a fisioterapia, a partir das aplicações médicas no campo da reabilitação e como subdivisão da medicina. Os chamados médicos da reabilitação, preocupados com as sequelas motoras deixadas pela pólio e com os resultados das suas terapias, empenham-se para que o ensino da Fisioterapia, antes restritos às faculdades de medicina, fosse difundido para outros profissionais de saúde (Novaes, 2007).

A primeira escola para técnicos em fisioterapia é então criada em São Paulo, no início da década de 1950, através da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os técnicos de reabilitação eram caracterizados como auxiliares de médicos, cuja função era utilizar recursos físicos, como: luz, banhos, eletroterapia, mecanoterapia, entre outros, na reabilitação de pacientes (Marques & Sanches, 1994).

Ao referir-se ao objeto de trabalho dos fisioterapeutas no Brasil, Barros (2009), baseado em Sanches (1984), afirma que a formação destes profissionais, nas décadas de 50 e 60, era voltada principalmente para a reabilitação, devido aos índices alarmantes de poliomielite e às altas taxas de acidente de trabalho, o que gerou a necessidade de recuperação de crianças com sequelas motoras e reinserção das pessoas na força de trabalho. A forte evidência desta doença nos meios de comunicação e o sucesso da recuperação da funcionalidade de muitos pacientes em tratamentos utilizando técnicas da fisioterapia geram aumento da demanda por estes profissionais e multiplicação das escolas de graduação.

Destacam-se neste cenário a criação da Associação Paulista de Fisioterapia (APF), em 1957, com o objetivo de desenvolver as atividades relacionadas ao exercício da profissão, assim como o Instituto de Reabilitação (IR), através da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em 1958. Com este Instituto, nasce o primeiro curso de fisioterapia com padrão internacional no país, com ampliação da carga horária dos cursos existentes sendo posteriormente transformando em curso de nível superior (Nogueira, 2000).

Inicialmente, a ocupação de fisioterapeuta era caracterizada de acordo com o Parecer n. 388 de 1963, emitido pelo Conselho Federal de Educação (CFE), como auxiliar médico, apesar de ter diploma de nível superior. Era proibido aos fisioterapeutas realizar quaisquer condutas sem que houvesse a prescrição ou supervisão de um profissional médico. Assim, as atribuições fundamentais da fisioterapia eram atuar como forma segmentar da medicina, utilizando os meios físicos na reabilitação do ser humano e como um auxiliar médico (Salmória & Camargo, 2008).

Esta condição de subordinação e dependência dos fisioterapeutas mudou a partir do Decreto Lei n. 938 de 13 de outubro de 1969, que regulamentou a profissão de fisioterapia, constituindo-se assim um marco na determinação da autonomia destes profissionais. De acordo com este decreto, o fisioterapeuta passa a ser caracterizado como profissional de nível superior, cabendo a este, de forma privativa, a execução de técnicas e métodos específicos com objetivos de desenvolver, restaurar e manter a capacidade física dos pacientes (Brasil, 1984).

Com o reconhecimento da necessidade do trabalho dos fisioterapeutas, e consequentes expansão e consolidação desta profissão no país, esta categoria passa a ter sua identidade reconhecida pelo Serviço Público Federal através do Decreto Lei 90.640, o qual assegura ao fisioterapeuta o direito, não só de avaliar, mas também supervisionar, coordenar e executar a atividades de fisioterapia na saúde pública em geral. Assim, o fisioterapeuta como profissional de nível superior, passa a atuar em diversas áreas da saúde, com suas atividades ampliadas para áreas como: domiciliar, ambulatorial, instituições de ensino e hospitais (Brasil, 1969).

No final da década de 70, os fisioterapeutas começaram a conquistar seu espaço de atuação nos hospitais e, em particular, nas Unidades de Terapia Intensiva. Com a portaria nº 3.432 do Ministério da Saúde (Brasil, 1998), passou a ser obrigatória a presença do

fisioterapeuta nas Unidades de Terapia Intensiva, com determinação de um profissional para cada dez leitos. Assim, consolida-se a importância da presença desses atores sociais como membros nas equipes de saúde destas unidades.

Quanto às competências desenvolvidas pelos fisioterapeutas nas UTIs, a Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória (ASSOBRAFIR, 2009) discorre que o fisioterapeuta atua nestas unidades no gerenciamento e nas atividades correlacionadas com a otimização da função ventilatória dos pacientes, assim como na manutenção das funções de diversos sistemas corporais. Sua terapêutica é voltada para o tratamento das doenças cardiopulmonares, circulatórias e musculares, reduzindo assim a chance de possíveis complicações clínicas.

Apesar de ressaltar-se na literatura que a presença do fisioterapeuta na equipe da UTI é importante, o papel e perfil de assistência destes profissionais ainda são pouco estudados. Norremberg & Vicent (2000), em um estudo realizado na Europa Ocidental, demonstraram que não há uniformidade quanto ao papel e perfil dos fisioterapeutas nestas unidades. Existem, portanto, diferenças quanto às técnicas utilizadas e ao número de horas trabalhadas nas diferentes UTIs.

No Brasil, Tanaka e colaboradores (2007) demonstraram que a presença do fisioterapeuta na UTI com carga horária ampliada de 12 para 24 horas, reduz o número de complicações respiratórias e o tempo de internamento dos pacientes, assim como os custos financeiros para a instituição.

Mais recentemente, um estudo realizado por Nozawa et al. (2008), através da ASSOBRAFIR, com o objetivo de traçar o perfil do fisioterapeuta nas UTIs, mostra que estes profissionais, em sua maioria, atuam em instituições de saúde, com serviços chefiados por fisioterapeutas; têm relativa autonomia, quanto às técnicas fisioterapêuticas utilizadas e no

manuseio da ventilação mecânica não-invasiva. Contudo, quanto à ventilação invasiva discutem as condutas com a equipe médica.

Concernente à descrição das técnicas utilizadas durante a assistência aos pacientes criticamente enfermos nessas unidades, podemos citar as ações de remoção de secreções brônquicas, de reexpansão pulmonar, de posicionamento e mobilização dos pacientes. Todas essas atividades promovem situações de risco biológico no seu cotidiano, uma vez que deixa os fisioterapeutas vulneráveis ao contato com sangue e outros fluidos corpóreos, podendo gerar adoecimento.

Richardson (1999) discorre sobre a importância e capacidade do fisioterapeuta em agir no seu contexto de trabalho através de pensamento crítico e capacidade de raciocínio em situações específicas. Na sua atuação em grandes hospitais, quando está diante de cenários cotidianos de interação com outros atores sociais no ambiente do trabalho, os fisioterapeutas sentem-se desafiados a definir suas formas de intervenção e de avaliação da sua prática. É através de múltiplas pistas contextuais que estes solidificam os seus conhecimentos profissionais.

Assim, manter um perfil profissional que busca desenvolver múltiplas competências para realizar suas atividades, de forma eficaz e responsável, nas equipes interdisciplinares nos cuidados de saúde, é fundamental para o resultado do trabalho do fisioterapeuta intensivista e para a proteção da sua saúde.

### 5.3 RISCO E VULNERABILIDADE DO TRABALHADOR

O risco de morte é uma característica proeminente e reconhecida por todos durante o exercício de algumas profissões, como a dos policiais, a dos bombeiros e salva-vidas. Embora outros profissionais, como os trabalhadores da saúde, cuja exposição no trabalho a agentes como bactérias, vírus etc., com alto potencial de letalidade, encontrem-se também em situação de risco ocupacional de igual magnitude, não tem sido dada à mesma importância pelas autoridades competentes do setor, assim como pela maior parte da população.

A ocorrência de doença infecciosa ocupacional se dá tanto pela exposição ao ar ambiental das unidades de terapia intensiva – local onde se interna um grande quantitativo de pacientes com problemas respiratórios – quanto pelo contato com material orgânico, como secreções, sangue etc., contaminados por agentes infectantes. Em uma revisão de literatura sobre a ocorrência de doença deste gênero em profissionais da saúde, Sepkowitz (1996 a) encontrou os seguintes achados para os casos adquiridos por transmissão veiculada pelo ar: 40% destes trabalhadores têm teste positivo para tuberculose, com ocorrência de até 20% de casos clínicos da doença; a incidência de varicela-zoster varia de 4 a 14%; durante epidemia, a influenza pode afetar até 45% dos trabalhadores; além destes, cita-se a ocorrência de números significativos de infecção por *Adenovirus*, *Pertussis*, Rubéola, Parotidite Infecciosa e outras. Sepkowitz evidencia a mesma relevância relatando a transmissão pela exposição a sangue contaminado: a conversão de 0,1 a 0,4% do teste para AIDS; a prevalência de soro positivo para as hepatites B e C é duas a quatro vezes maior nos trabalhadores da saúde do que em doadores voluntários.

As intervenções para prevenir e controlar as ocorrências de doença infecciosa de origem ocupacional têm sido difundidas nas unidades de saúde ao longo das últimas décadas. Recomenda-se a adoção de estratégias simples como lavar as mãos, uso de vacinação para

todos profissionais da saúde e isolamento de paciente com potencial de transmissão de doença infecciosa para redução destas patologias nos serviços de saúde. No entanto, a aderência por parte destes trabalhadores para executar estes cuidados é minimizada, não por falta de conhecimento da importância dessas ações, mas pela dificuldade de efetivar esta rotina pelas circunstâncias da prática cotidiana de trabalho (Sepkowitz, 1996 b).

Na sociedade contemporânea, a diversidade dos riscos, sua avaliação e estratégias de controle têm sido objeto de estudo dos diversos campos disciplinares como a antropologia, a epidemiologia e a sociologia. De fato, o uso do termo *risco* parece ter aumentado ao longo das últimas décadas em diversas tendências teóricas. Os estudos técnicos sobre riscos, a partir de um referencial quantitativo emergem especialmente na década de 60, e nas abordagens social e construtivista, nas quais os riscos são considerados como experiências e construção social, emergem a partir da década de 80 (Lupton, 1999; Rangel, 2007).

Na perspectiva epidemiológica e quantitativa, de acordo com Almeida Filho (2007), o risco é considerado como a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito ou condição relacionada à saúde em uma população ou grupo, durante um determinado período de tempo, que pode ser estimado através de cálculos quantitativos. Esta abordagem traz importantes contribuições e são os métodos adotados como centrais no desenvolvimento de procedimentos regulatórios internacionais, a exemplo da *Environmental Protection Agency (EPA)*, *Occupational Safety and Health Administration (OOSHA)*, entre outras, cujos critérios servem de parâmetros para o desenvolvimento de políticas públicas em diversos países. (Guivan, 1998).

Na perspectiva das ciências sociais, Guivant (1998) chama atenção para a importância da antropóloga inglesa Mary Douglas, cujos estudos na década de 60, utilizando a perspectiva cultural do risco, são considerados como marco inicial da abordagem deste fenômeno ao descrever as pluralidades de racionalidades dos atores sociais ao lidarem com os diversos

riscos. De acordo com a teoria cultural do risco, os métodos probabilísticos apresentam limitações metodológicas importantes em termos de aplicabilidade prática para o entendimento das causas pelas quais pessoas recusam-se a adotar aconselhamentos e procedimentos de segurança. Isto se constitui entrave para questões; cite-se como exemplificação a exposição ao vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), no debate sobre vulnerabilidade e no desenvolvimento de campanhas sobre recomendações de formas de proteção aos profissionais da saúde. De acordo com Guivant (1998), uma das mais importantes contribuições da antropóloga Mary Douglas sobre este tema, refere-se à importância das campanhas de prevenção em reconhecerem a existência de diferentes racionalidades entre leigos e peritos, sobre o fenômeno risco à saúde.

Partindo para uma reflexão que extrapola a análise das práticas de caráter cultural, estudos recentes sobre risco destacam as significativas contribuições de Ulrich Beck e Anthony Giddens, como principais pesquisadores sobre risco na sociedade contemporânea. Estes autores são reconhecidos na literatura, sobretudo por dar visibilidade ao tema riscos, em especial os tecnológicos e os ambientais, na perspectiva da teoria social, para entender o projeto histórico da modernidade reflexiva (Rangel, 2007). Suas contribuições dizem respeito, ao indicarem que se incorporem à análise de risco as questões referentes aos conflitos sociais, às relações entre leigos e *experts*, ao papel das ciências e às abordagens políticas (Guivant, 1998).

Conforme Lupton (1999) destaca, as abordagens dos riscos dentro da perspectiva sociocultural podem ainda ser categorizadas como pós-estruturalista e fenomenológica. A abordagem pós-estruturalista está baseada nos estudos de Foucault e enfatiza a importância do discurso na construção da realidade, do significado e do entendimento do risco. Dentro desta perspectiva, é central que a percepção de risco seja vista como uma combinação entre as forças do poder e do conhecimento.

Na perspectiva fenomenológica, o risco é abordado a partir do seu significado em determinado contexto. O foco desta abordagem são as experiências vivenciadas pelos atores sociais no seu cotidiano, a partir das quais interpretam o risco com uma perspectiva compartilhada. Neste sentido, esta corrente de estudo propõe-se investigar quais os conhecimentos utilizados pelos indivíduos para estabelecer lógicas a respeito do risco através da sua posição sociocultural (Lupton, 1999).

De acordo com Lupton (1999), os estudos dos riscos ocupacionais têm recebido atenção dos sociólogos. Horlick-Jones (2008) mostra que existe uma significativa e crescente literatura específica sobre risco, em termos de raciocínio e práticas dos atores sociais em diversos contextos sociais cotidianos.

Em consonância com estas perspectivas, propõem-se a abordagem dos riscos ocupacionais, em específico os riscos biológicos (OMS, 1977), não como inerentes ao ambiente de trabalho, mas como dependentes das racionalidades desenvolvidas pelos atores sociais nas suas interações compartilhadas diante das contingências que emergem da sua prática cotidiana de trabalho.

Para Porto (2007, p. 86), os riscos ocupacionais podem ser entendidos como:

Fatores provocados pelo desenvolvimento econômico e tecnológico que geram a ruptura ou constrição de sistemas de suporte à vida ou ainda, os relacionamentos sociais e interpessoais que produzem sofrimento e insatisfação. Portanto, tais fatores estão associados às características dos modelos de desenvolvimento econômico e tecnológico que impedem e dificultam a realização de círculos virtuosos de vida.

Os trabalhadores, nos seus processos de trabalho particulares, onde confluem os sistemas técnicos, as pessoas que nele atuam e as organizações existentes podem estar suscetíveis a danos a sua saúde e estes podem se manifestar através de acidentes, doenças ou sofrimento.

Nessa perspectiva, o conceito de risco à saúde é entendido como ameaça e vulnerabilidade do trabalhador ao estar exposto no seu ambiente de trabalho. Portanto, vulnerabilidade é um conceito chave nas discussões sobre risco em quaisquer contextos, sejam eles decorrentes de fatores de ordem individual ou coletiva. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) conceitua a expressão “vulnerabilidade social do trabalhador”, como um estado de exposição a determinados riscos ou incertezas associado à redução da capacidade de se proteger (OIT, 2003, p. 43 *apud* Baraldi et al., 2009). Observa-se, assim, que os termos *vulnerabilidade* e *capacidade* estão relacionados como dois fluxos de um mesmo processo, potencializando ou reduzindo a capacidade do indivíduo no seu trabalho de recuperar-se frente a um evento negativo.

Porto (2007), ao acoplar o conceito de vulnerabilidade ao ciclo geração-exposição e efeitos dos perigos, privilegia a vulnerabilidade social do trabalhador, ou seja, os aspectos decorrentes das decisões humanas cujos efeitos afetam os homens, as suas organizações e instituições e, neste sentido, apresenta a seguinte afirmação:

A presença de contextos vulneráveis permite que determinados territórios e populações tenham agravadas os ciclos dos perigos gerados pelo desenvolvimento econômico e tecnológico em consequência da: inserção e difusão descontrolada de STA<sup>3</sup> perigosos; (re) produção social de grupos vulneráveis, os quais vivem nas periferias sociais, econômicas e geográficas de territórios marcados pela iniquidade e discriminação, e com baixo poder de influência sobre os processos decisórios que definem sobre a regulação e prevenção de riscos; ampliação e/ou agravamento do ciclo exposições-efeito, pela inexistência de dados e análises sobre os riscos ou falta de vontade política, fragilizando os mecanismos de prevenção, controle e mitigação; existência de mecanismos de poder e práticas culturais autoritárias e discriminatórias que bloqueiam o aprendizado coletivo impedindo pessoas, organizações, instituições e a sociedade como um todo aperfeiçoarem continuamente seus processos de compreensão, regulação e prevenção dos riscos (Porto, p. 207, 2007).

---

<sup>3</sup> STA: Sistemas sócio-técnico-ambientais.

A exposição de trabalhadores em contextos vulneráveis, nos quais estão presentes fontes de risco, em um determinado local, sob uma determinada conjuntura, onde os acidentes ou agravos à saúde ainda não ocorreram, é conceitualizada por Porto (2007), como 'situações de risco'. Nesta fase, as ações destinadas ao gerenciamento de risco estão voltadas para a implementação de medidas de segurança a serem adotadas pelos trabalhadores. Muitas vezes, na prática, as abordagens técnicas utilizadas para gerirem os riscos nos locais de trabalho, por serem realizadas distantes das situações reais vivenciadas pelos trabalhadores, não conseguem considerar aspectos essenciais ao problema em foco, ou mais especificamente, a natureza da dinâmica das situações de trabalho.

Um exemplo desta situação é o que se vê quando os responsáveis técnicos pela segurança do trabalho, ao prescreverem uso de EPIs como formas de proteção, não consideram os aspectos vivenciados pelos trabalhadores no seu cotidiano, quais sejam: a interferência do uso desses equipamentos na qualidade da produção; o esforço extra dos trabalhadores para seu uso; o desconforto durante a utilização, principalmente em climas quentes, e ainda a falta de condições de cumprimentos das normas de segurança com as metas de produção e qualidade estabelecidas pela organização do trabalho, o que implica a acusação de 'falta de consciência' pelo não uso (Porto & Mattos, 2003; Porto 2007).

Horlick-Jones (2008) exemplifica situação semelhante ao descrever as práticas de policiais diante das situações de risco em um festival de rua. Observou que estes, em determinadas situações, demonstraram relutância em agir, e em muitas situações não agiram, a despeito da presença de situações que pareciam "arriscadas". Em vez de utilizarem as normas prescritas pela organização policial, adotaram as práticas que surgiam naturalmente durante o engajamento dos policiais naquele momento, no aqui e agora, que representavam os contextos específicos de risco do seu trabalho. Esses policiais agiram de acordo com a lógica informal que emergiu das situações em que se encontravam.

Ao ponderar estes aspectos, torna-se crucial para se avançar no processo de gerenciamento de riscos à saúde dos trabalhadores que os profissionais da área não considerem apenas as análises probabilísticas de causa e efeito e seus saberes técnico-científicos, mas também as razões práticas e as interações desses atores sociais na sua realidade cotidiana. A vida cotidiana, conforme nos esclarece Berger & Luckmann (2009), apresenta-se como uma realidade interpretada e dotada de subjetividade e sentidos para o indivíduo. Fora das contingências da vida diária, o discurso técnico do risco pode apresentar-se destituído de significado para o trabalhador. Assim, lidar com os riscos à saúde nos locais de trabalho significa incorporar uma abordagem mais participativa, transformando essa dinâmica, através da interlocução entre os diversos atores sociais – gestores e trabalhadores – em uma efetiva prática de prevenção e promoção em saúde.

## 6. MÉTODO UTILIZADO

Visando desvelar o objeto de estudo, escolheu-se a pesquisa qualitativa, com abordagem etnográfica, utilizando-se elementos teóricos e metodológicos da Etnometodologia e da Análise Ergonômica do Trabalho (AET). A metodologia adotada constituiu-se, além de elemento norteador, o parâmetro determinante de êxito durante a pesquisa de campo.

### 6.1 A ETNOMETODOLOGIA E A AET COMO BASE DO ESTUDO

A etnometodologia e a ergonomia são correntes teórico-metodológicas com vertentes na sociologia, antropologia e psicologia da cognição, as quais privilegiam a ação situada em contextos organizacionais (Therrien & Carvalho, 2009). De tal modo, a abordagem a partir da aproximação teórica com estas duas correntes, mostra-se oportuna para desvelar o fenômeno abordado neste estudo, que se refere à ação prática dos sujeitos de fisioterapia em uma UTI diante dos riscos biológicos.

A designação ‘ação situada’ foi introduzido por Suchman (1987), que enfatiza a idéia de que cada curso da ação depende essencialmente das circunstâncias materiais e sociais em que estas ocorrem. Conforme o autor aborda:

Mais do que atentar para ação abstrata longe de sua situação e representá-la como racional, a abordagem é estudar como as pessoas usam as suas circunstâncias para alcançar a ação inteligente. Ao invés de construir uma teoria de ação a partir de uma teoria de planos, o objetivo é investigar como as pessoas produzem e encontram provas no curso da ação situada (Suchman, 1987, p.50).

A ação para a etnometodologia é primordial, tanto no mundo físico como na interação social. Como corrente metodológica a etnometodologia expandiu-se a partir da publicação do livro *Studies in Ethnomethodology* em 1967 de Harold Garfinkel e é definida por Coulon como:

A pesquisa empírica dos métodos que os indivíduos utilizam para dar sentido e ao mesmo tempo realizar as suas ações de todos os dias: comunicar-se, tomar decisões, raciocinar. Para os etnometodólogos, a etnometodologia será, portanto, o estudo dessas atividades cotidianas, quer sejam triviais ou eruditas, considerando que a própria sociologia deve ser considerada como uma atividade prática.” (Coulon, 1995a, p.30).

Estudos dos locais de trabalho são baseados nas premissas teóricas de Harold Garfinkel, que propôs entendimento (orientado por objetos, significados e por identidades) e interações, incluindo situações técnicas de trabalho, que devem ser tratados como processos específicos e detalhados da ordem de produção. Para Garfinkel, cada ação exibe uma ordem que é reconhecível para os membros em um mesmo contexto e assim torna-se significativa (Rawls, 2008). A visão sociológica objetiva, portanto, vem a partir dos métodos (etnométodos) que são utilizados pelos atores sociais no curso de sua ação cotidiana, métodos estes que permitem, entre outras ações, elaborar as interpretações mútuas (Garfinkel, 2006).

Em estudos do trabalho, as ocupações são vistas, não como produtos das normas, mas primordialmente como resultado da conduta organizada, específica e temporal de práticas nos locais de trabalho (Heritage, 1984).

Nos locais de trabalho existem tarefas para serem realizadas, procedimentos a serem seguidos, *Guidelines* a serem consultados, objetivos a serem alcançados, reuniões para participar, decisões a tomar, colegas com os quais se relacionar e realizar o trabalho, chefes, clientes para serem atendidos etc. Deste modo, o detalhe das atividades de trabalho e da interação é o que se deseja observar. Embora muito do que está no trabalho seja familiar para

muitas pessoas, existe muito mais do que é especificidade do trabalho. Existem as tarefas para serem realizadas e as relações ou interações entre os sujeitos, que são necessárias para que tudo isso seja realizado. Os etnometodólogos, portanto, se interessam pelo estudo dos modos pelos quais as tarefas são prescritas e como as atividades são realizadas, ou seja, se preocupam com o aqui e com o agora (com quem está aqui e naquele lugar), no curso do trabalho vivo (Hester & Francis, 1994, 2004).

Para Coulon (1995a), nos estudos do trabalho é importante estudar as instruções que regem as ações dos atores sociais, ou seja, as ações e raciocínios práticos e especificar em que se constituem as normas e regras para assim definir os seus significados. Deve-se considerar que a ação é uma instrução que é colocada em prática. Contudo, faz-se necessário considerar que as regras nunca observam as contingências práticas e violá-las pode significar, para os membros, permitir normalizar o curso da ação. Seguir procedimentos de maneira competente, não diz respeito, portanto, à conformidade ou desvio em relação aos procedimentos preestabelecidos. Consiste, antes, em julgar se isto satisfaz àquela situação.

Em direção semelhante, a análise ergonômica do trabalho (AET) como eixo teórico metodológico, refere-se à análise da atividade do trabalhador em situações reais de trabalho, ou seja, à compreensão de como o homem realiza o trabalho prescrito pela organização em situações reais (Abrahão, 2000).

De acordo com Wisner (1994), a AET originou-se, para os ergonomistas de língua francesa, a partir da publicação em 1955 do livro *Análise do Trabalho*, de Ombredane & Faverge. Este livro apresentou abordagem consagrada sobre o trabalho em termos de linguagem e comunicação. A partir desta publicação, a análise da atividade do trabalho passa a incluir o ponto de vista do trabalhador em situação de trabalho real. “Não se trata mais de fazer com que a tarefa seja descrita pela direção e sim analisar as atividades do trabalho” (Wisner, 1994, p. 93). O inventário das diferenças entre a atividade prescrita e atividade real

se faz importante para se dar ênfase ao que é difícil e, muitas vezes, impraticável de se realizar no trabalho, ou seja, dar ênfase às diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

Para Lima (1995), a AET tem como ponto central a diferenciação entre tarefa e atividade. A tarefa refere-se ao que está prescrito pela organização do trabalho, onde devem ser considerados os objetivos, as normas, os meios fornecidos e as condições de trabalho. A atividade consiste na realização do trabalho, observando-se o objetivo proposto com os meios disponíveis e nas condições reais.

Na organização dos processos de trabalho, as empresas planejam e fornecem os meios a serem utilizados pelos trabalhadores e estabelecem regras a serem cumpridas na realização das suas tarefas com metas de produtividade a serem alcançadas. Por adotarem como referência o “operário médio”<sup>4</sup> bem treinado em um posto onde não há variações, tais empresas não consideram, muitas vezes, a variabilidade intrínseca desses trabalhadores. Contudo, observa-se que isto não corresponde à realidade. Em situações reais de trabalho ocorrem variações decorrentes de vários fatores como: organização do trabalho, características do trabalhador, entre outros (Abrahão, 2000).

Sabemos que existem variações nas situações de trabalho e estas são permeadas pelas características individuais dos trabalhadores, pela sua competência, pelas metas de produção e pelo meio social e tecnológico (Abrahão, 2000). Assim sendo, a noção de variabilidade na AET é central, pois o trabalho nunca é o resultado imediato das normas prescritas, mas pressupõe um percurso de elaboração e reorganização por parte do trabalhador, simultaneamente cognitivo e situado na prática (Lima, 1995).

---

<sup>4</sup> Operário Médio: Pressuposto herdado do Modelo Taylorista que remete à noção de um trabalhador, jovem, do sexo masculino, com boa saúde física e mental, resistente aos riscos e às agressões do ambiente de trabalho (Assunção, 2004 *apud* Wisner & Marcelin, 1971).

Como estratégia para realizar estudos nos locais de trabalho a etnometodologia e a AET compartilham dos princípios da metodologia etnográfica. Segundo Wisner (1994), a AET pode ser conhecida como uma pesquisa etnográfica, se voltada para detecção das dificuldades impostas pelo ambiente de trabalho e pelas exigências pragmáticas que atrapalham as atividades do trabalhador.

Na AET, Guérin et al. (2001) sugerem as seguintes etapas metodológicas, descritas aqui de forma resumida: a primeira etapa consiste na análise da demanda, a partir da qual se realiza uma visita à empresa com objetivos de familiarização com o sistema de produção e com os objetivos estabelecidos pela empresa. Nesta fase, o pesquisador faz observações gerais, conversa com os gestores e trabalhadores. Compõe-se, assim, um diagnóstico inicial e posteriormente se desenvolve um plano para análise direcionada ou sistemática. Como recursos metodológicos nesta fase podem ser utilizados: a observação sistemática, gravações em vídeos, entrevistas situadas – que podem ser consecutivas ou simultâneas – e anotações de campo. Posteriormente, o trabalhador é convidado a assistir o filme ou ouvir a descrição das suas atividades, o que se denomina autoconfrontação e tem como objetivo reconhecer o ponto de vista do trabalhador sobre aquela atividade por ele desenvolvida. Convém ressaltar, contudo, que estas etapas não são rígidas e podem sofrer alterações de acordo com a realidade encontrada no contexto do trabalho.

Nos estudos em etnometodologia, Have (2004) destaca que não existem métodos específicos e sugere as seguintes estratégias para acessar o detalhe das atividades nos estudos nos locais de trabalho, que podem ser resumidas como: observar o que as pessoas fazem, tanto as experiências novas como as atividades de rotina; observar os trabalhadores, tanto os experientes como os novatos; observar como os trabalhadores seguem as instruções e o seu aprendizado; observar e gravar de forma interativa, inclusive as “mímicas incompreensíveis”

e as atividades dos atores; observar e gravar as tarefas de aprendizado; combinar a etnografia e gravação no local de trabalho.

Francis & Hester (2004) sugerem que os etnometodólogos podem utilizar, como procedimento para descrever a atividade social em detalhes, a imersão em campo, anotações, gravação das atividades interativas, das entrevistas, da ocorrência natural da fala e da conversação. Os autores chamam atenção para a primordial ênfase sobre a imersão em campo como recurso para explicar o conhecimento prático e as competências envolvidas nas atividades em investigação.

Conclui-se, portanto, que a etnometodologia e a AET, como correntes teóricas e metodológicas, propõem-se a estudar os sujeitos em situações reais de atividade em seus locais de trabalho. As atividades nestes estudos são entendidas como realizações práticas dos atores sociais. As ações desses atores são contextuais, visto que são interpretadas não apenas como produto das regras de procedimentos nos locais de trabalho, mas como o resultado da capacidade desses sujeitos em interpretar e adequar estas regras às circunstâncias reais do seu trabalho.

Assim, ao se destacar o papel ativo dos atores sociais, os pesquisadores devem ser capazes de contextualizar suas descrições a partir da lógica, dos raciocínios específicos e das situações de vida prática desses sujeitos.

## 6.2 PERCURSO METODOLÓGICO

### 6.2.1 INSERÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM CAMPO

O primeiro contato com o campo foi realizado com os gestores do Serviço de Fisioterapia (chefia e coordenação) e a diretoria do hospital, visando à solicitação de permissão para que se realizasse o estudo. Após concordância destes, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira a qual é vinculada à Universidade Federal da Bahia (CEP/COM/UFBA). A aprovação para este estudo foi concedida conforme Parecer n. 045/2009 e Registro n. 044/09 de 27 de maio de 2009. (*Vide Anexo 1*). Todos os participantes desta pesquisa receberam um código fictício no intuito de não permitir a sua identificação e, por conseguinte, preservar a sua identidade. Assim feito, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Pré- Esclarecido, cuja função é esclarecer e validar a autorização dos participantes da pesquisa (*Vide Apêndice 1*).

A demanda para este estudo foi expressa pela motivação da autora baseada na sua experiência enquanto fisioterapeuta de UTI, onde compartilhou com seus colegas de profissão questões relativas aos riscos ocupacionais no cotidiano de trabalho.

Nas primeiras visitas ao campo, objetivou-se fazer uma análise da demanda inicial através da identificação de fatores gerais e do contexto de trabalho. Antes de se estudar as várias situações de trabalho, procurou-se entender de forma pormenorizada o funcionamento da UTI. A pesquisadora conversou com vários interlocutores (fisioterapeutas, gestores, cursistas) e fez consulta aos seguintes documentos: protocolos de prevenção de risco, escala de trabalho dos fisioterapeutas, livro de ocorrências, protocolos operacionais padrão do serviço de fisioterapia (POP), planta física da UTI, placas de sinalização sobre risco dispostas na UTI. Realizou-se assim um estudo global do funcionamento da UTI, da organização do

trabalho, da produção e dos determinantes das tarefas. Após esta etapa, foi possível caracterizar a hipótese de nível 1: os trabalhadores de fisioterapia, ao realizarem as suas tarefas de assistência aos pacientes, estão expostos a riscos biológicos.

A partir do conjunto de informações provenientes dessa etapa, a situação estabelecida para análise foi a atividade dos fisioterapeutas durante a assistência aos pacientes. De acordo com Guérin et al. (2001), a situação de trabalho é um espaço coletivo que é apropriado pelos trabalhadores; assim, para permitir a aproximação da pesquisadora como observadora externa – uma vez que esta não faz parte do grupo de fisioterapeutas assistenciais desta UTI – foram necessários negociação e esclarecimentos aos sujeitos da pesquisa.

O primeiro contato com os sujeitos da pesquisa ocorreu em uma reunião ordinária do Serviço de Fisioterapia com os fisioterapeutas da UTI. Nessa reunião, a pesquisadora expôs o seu projeto, os objetivos, a metodologia a ser utilizada, ressaltou os procedimentos éticos envolvidos e convidou os fisioterapeutas a participarem de forma voluntária do estudo.

Durante essa reunião, os fisioterapeutas se interessaram em saber sobre o tema da pesquisa de forma mais detalhada e sobre a metodologia a ser utilizada. Após esclarecimentos por parte da pesquisadora e aceitação do grupo em participar do estudo, foram negociados com os mesmos e com os gestores os dias para presença da pesquisadora em campo.

Inicialmente, a presença da pesquisadora em campo ficou restrita a três vezes por semana devido ao quantitativo de pessoas que circulam diariamente na UTI, especialmente a equipe de fisioterapia, que é composta por estudantes de graduação, cursistas de fisioterapia, monitores e fisioterapeutas assistenciais. Posteriormente, os horários para a presença da pesquisadora em campo ficaram livres. Isto ocorreu a partir do momento em que os gestores se sentiram mais seguros, posto que não houve reclamações com relação a mais uma pessoa no ambiente da UTI por parte das equipes de profissionais que ali atuavam.

Na primeira visita à UTI, a pesquisadora identificou-se individualmente aos plantonistas, falou sobre a temática da pesquisa e a metodologia a ser utilizada, com ênfase nas atividades de observação participante e entrevistas. A intenção foi evitar um estranhamento desses profissionais com a presença da pesquisadora ou com a metodologia utilizada e contar com a adesão e cooperação de todos.

Uma vez que a pesquisadora compõe, como fisioterapeuta, a equipe das unidades de internamento da instituição pesquisada e, portanto, familiarizada com o ambiente e com a cultura estudada, foi necessário, por parte da mesma, capacidade de distanciamento e aproximação do seu objeto de estudo, para assim poder alcançar a objetividade necessária e possível, além de apreender as ações práticas daquele grupo específico em suas interações cotidianas.

Convém notar que, de imediato, a pesquisadora percebeu que – para sua permanência em campo – era importante não só as explicações sobre a pesquisa, mas também as relações que estabelecia com aquele grupo. No dia a dia, procurou manter uma conduta condizente com a atividade proposta e com o ambiente e, do mesmo modo, buscou desempenhar, a contento, o papel de observadora participante durante a pesquisa de campo.

Uma das estratégias utilizadas pela pesquisadora foi manter-se em posição que não atrapalhasse a circulação e as atividades do grupo, principalmente nos momentos de intercorrências (emergências). Além disso, buscou-se respeitar a privacidade dos pacientes evitando posicionar-se muito próximo a estes.

Na observação participante, procurou-se apreender em profundidade a seqüência da conversação, a atividade ordinária dos fisioterapeutas, suas estratégias e discurso tácito<sup>5</sup> diante dos riscos biológicos e da insuficiência dos meios de trabalho. A pesquisadora

---

<sup>5</sup> Compreensões e significações comuns dos atores sociais sobre aquilo que se diz de acordo com o contexto em que está inserido (Coulon, 1995a).

interessou-se não apenas pelo discurso dos atores sociais, mas também pela sua metalinguagem desordenada, os acidentes, as contingências que se misturam à sua prática cotidiana e, deste modo, procurou-se apreender o mundo do trabalho no contexto sócio-cultural, da dimensão do risco. Conforme recomenda Coulon (1995a), a pesquisadora procurou ver através das “lentes” dos atores sociais, observando-os não apenas como seguidores das regras, mas como interpretadores do seu mundo social.

As observações sistemáticas foram estruturadas a partir das observações iniciais. Essas se realizaram através do acompanhamento de um profissional por período de observação, com o objetivo de apreender a dinâmica da atividade de forma detalhada. Assim, foi possível realizar a crônica da atividade do fisioterapeuta na UTI em dois turnos de seis horas (*Vide* apêndice 2).

Todo o conteúdo das observações e das impressões da pesquisadora foi registrado em um diário de campo de forma pormenorizada. Para compor o diário de campo, foi elaborado um quadro contendo os seguintes itens: data, hora de início e término das observações, atores sociais envolvidos, observações e impressões da pesquisadora (*Vide* apêndice 3).

Durante o período em campo, a pesquisadora acompanhou as passagens de plantão da equipe de fisioterapia, as visitas fisioterapêuticas, as rotinas diárias, os atendimentos fisioterapêuticos na UTI e fora desta, a evolução em prontuários, as discussões clínicas e os encontros ocorridos na copa e na sala de fisioterapia. Para a produção dos dados, a pesquisadora esteve em campo durante os horários da manhã, tarde e noite – incluindo dias de semana, feriados e finais de semana – considerando-se as variações no volume de trabalho e a diversidade das tarefas. A média de permanência diária na UTI foi de cinco horas e ocorreu entre os meses de julho e dezembro de 2009. O tempo total de observação correspondeu a 85h e 41min, incluindo neste período as 12h utilizadas para realização da crônica da atividade do fisioterapeuta. O tempo total de entrevista correspondeu a 3h e 5min.

As primeiras entrevistas foram feitas aos membros da chefia do Serviço de fisioterapia e ao coordenador de fisioterapia da UTI, de forma sequencial e individual. Estas entrevistas foram semiestruturadas, a partir das quais objetivou-se conhecer os aspectos organizacionais do serviço de fisioterapia na UTI. Utilizou-se um roteiro como guia (*vide* apêndice 4), contudo, vale notar que este não foi utilizado de forma rígida, foram acrescentadas novas questões que surgiram na construção interacional da pesquisadora com os entrevistados, visto que, consoante Holstein & Gubrium:

A entrevista ativa é uma conversação, mas não sem um guia de orientação, sem um plano. [...] O ponto é capitalizar a interação dinâmica entre os dois para fazer revelar tanto o conteúdo como processo de construção de significado em relação aos objetivos da pesquisa (1995, p. 76, tradução nossa).

Já as verbalizações utilizadas com os sujeitos da pesquisa, foram iniciadas após um período de familiarização da pesquisadora com o campo e contato com o seu cotidiano. A intenção da entrevista foi complementar os dados das observações. Desse modo, realizaram-se entrevistas situadas e/ou consecutivas às atividades dos trabalhadores. Estas foram abertas com conteúdo organizado de acordo com as questões que surgiram em campo, pautadas no interesse da investigação e no curso das atividades.

Guérin e colaboradores (2001, p.156 ) fazem a seguinte descrição sobre as verbalizações simultâneas e consecutivas:

As verbalizações simultâneas apresentam o interesse de produzir explicações no próprio contexto da atividade. As condições concretas de seu exercício são apresentadas [...]. O operador está em “situação” para expressar-se, o ergonomista em “situação” para compreender [...]. As verbalizações consecutivas, por seu lado, apresentam o interesse em preservar o desenvolvimento normal da atividade. São geralmente coletadas apresentando ao operador resultado de observações [...].

Assim, as entrevistas ocorreram durante as situações reais. Segundo Malinowski (1980), é durante a ocorrência de um caso real que o nativo será estimulado a expressar-se e, deste modo, evocará expressões e toda uma verbalização com grande riqueza de detalhes.

Para complementar os dados da pesquisa foram realizadas entrevistas com os componentes do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), da Comissão Interna de Acidentes (CIPA) e do Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital (SESAO). Estas entrevistas foram abertas e tiveram como conteúdo a forma de Gestão do Risco na Instituição com ênfase nas ações voltadas para a UTI.

Todo o conteúdo das entrevistas e das verbalizações espontâneas foi anotado no diário de campo. Quando observado pela pesquisadora que a gravação das entrevistas não causava constrangimentos aos sujeitos do estudo, o seu conteúdo também era gravado e posteriormente transcrito na íntegra.

Após essas etapas, por meio das quais se procurou apreender a variabilidade e a complexidade da situação de trabalho, foi possível então estabelecer o seguinte pré-diagnóstico: os fisioterapeutas da UTI, durante a realização de suas atividades, encontram-se sob situação de risco biológico.

Concomitantemente e após o processo de coleta dos dados, foram realizadas as análises dos mesmos. A partir das observações, das entrevistas e dos demais procedimentos utilizados e com base nos referenciais teórico-metodológicos, foram elaboradas categorias empíricas e interpretativas.

Para a validação das informações obtidas, retornou-se ao campo para autoconfrontação das situações observadas, em que os sujeitos da pesquisa foram convidados a falar sobre o seu próprio comportamento, cuja descrição lhes foi apresentada pela pesquisadora. Os

comentários e impressões destes sobre as situações foram anotados de forma detalhada no diário de campo.

Como resultado de todas estas etapas, foi estabelecido o seguinte diagnóstico local: os fisioterapeutas utilizam estratégias para lidar com os riscos biológicos e as limitadas condições materiais na execução de suas atividades na UTI. Este diagnóstico foi orientado por fatores identificados durante o período em campo e sintetiza os resultados das relações entre as condições de exercício das atividades e as atividades realizadas; assim, desvela as situações reais de trabalho. O percurso metodológico baseado em Guérin et al. (2001) está explicitado de forma simplificada em um esquema geral, disponível no apêndice 5.

## 7 O CAMPO

### 7.1 UTI: CENÁRIO E DINÂMICA

O cenário desse estudo compreendeu a Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), que se situa no bairro do Canela, cidade de Salvador, no estado da Bahia.

O HUPES é uma unidade hospitalar de alta complexidade, pública, geral, de grande porte, com capacidade de internação plena de 276 leitos. Pertence à rede de hospitais do Ministério da Educação (MEC), vinculado à Faculdade de Medicina da Bahia (FAMED) da UFBA, que presta atendimento a pacientes oriundos da região metropolitana de Salvador e demais municípios do estado. Suas atividades são voltadas à assistência à saúde da população, à pesquisa e ao ensino. Abrange, de tal modo, várias especialidades da área de saúde, como clínica médica, intensivismo, ortopedia, cirurgias, entre outras.

Inicialmente, os recursos do HUPES eram exclusivos do MEC, sendo que a partir dos anos 90 firmaram-se convênios com instituições públicas, federais, estaduais e empresas, evidenciando-se a sua integração ao Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1998. Assim, novos investimentos foram feitos no hospital, inaugurando-se novos serviços com destaque na criação de uma nova Unidade de Terapia Intensiva Geral. Esta, por sua vez, foi reformada e equipada no ano de 2007, com recursos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e do Ministério da Saúde (MS), período em que foram ampliados os recursos humanos e materiais desta unidade (HUPES, 2009).

A UTI está situada no 4º. piso e é destinada aos pacientes adultos, criticamente enfermos e/ou sob situação de risco. Sua clientela é composta de pacientes internados

oriundos das enfermarias do hospital ou em processos pós-cirúrgicos e procedentes de outros hospitais regulados pela Central de Regulação do SUS.

A capacidade desta UTI é para 16 leitos, porém atualmente funcionam dez. Seu espaço físico está dividido nas seguintes áreas: administrativa, internamento de pacientes, vestiários e copa. A área administrativa é composta por: coordenação de enfermagem, sala para reserva de materiais e equipamentos e expurgo. O vestiário de enfermagem e fisioterapia é conjunto, sendo individualizados o vestiário médico e o dos técnicos de enfermagem. O espaço para internamento de pacientes é espaçoso dividido em dois amplos salões, onde se distribuem oito leitos, sendo os demais leitos individualizados para pacientes que necessitem de isolamento. Estes espaços podem ser visualizados na planta física da UTI (*Vide anexo 2*).

A unidade disponibiliza os seguintes recursos tecnológicos para o cuidado dos pacientes criticamente enfermos – respiradores, bombas infusoras, monitores de dados vitais, desfibriladores, carro de urgência equipado para ressuscitação cardiorrespiratória, entre outros. Por vezes, o quantitativo de materiais de consumo (luvas, roupas de cama, roupas privativas e para os pacientes, sabão para lavagem das mãos, entre outros) é insuficiente. Não são infrequentes reclamações acerca da qualidade e do quantitativo dos materiais e equipamentos presentes na UTI a exemplo dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), respiradores, oxímetros, o que gera esforço extra, criatividade e adaptação dos membros da UTI para realizar o seu trabalho.

A equipe de profissionais que atua na UTI é composta por médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, auxiliar administrativo, coordenador médico de enfermagem e de fisioterapia, além de docentes de ambas as áreas e outros profissionais que interagem diariamente com esta Unidade, como: cirurgiões, médicos assistentes, assistentes sociais, psicólogos etc.

Nos plantões diurnos, a equipe, geralmente, compõe-se de: um médico plantonista, quatro enfermeiras, quatro enfermeiras residentes, oito técnicos de enfermagem, dois fisioterapeutas, quatro cursistas de fisioterapia. Nos plantões noturnos há um médico plantonista, duas enfermeiras, oito técnicos e um fisioterapeuta.

Os atores sociais desse estudo são 11 fisioterapeutas assistenciais da UTI. Dentre os 11 que participaram da pesquisa, sete são do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A faixa etária está entre 23 e 37 anos. Com relação ao número de vínculos empregatícios: um fisioterapeuta possui apenas um vínculo; oito fisioterapeutas possuem dois vínculos; dois fisioterapeutas possuem três vínculos. Isto significa, na prática, dizer que não é raro que estes profissionais realizam plantões de até 36 horas seguidas, entre diferentes instituições. O tempo de serviço na UTI do HUPES é bastante variado, a maioria com média de cinco anos na instituição.

A assistência aos pacientes ocorre durante 24 horas ininterruptas. Os profissionais se revezam em três turnos de trabalho: o plantão da manhã (7 às 13h), o plantão da tarde (13 às 19h) e o plantão noturno (19 às 7h), com carga horária semanal variando entre 24, 30 e 40 horas semanais, a depender da categoria profissional.

Pela manhã o ritmo de trabalho das equipes é intenso; acontecem banhos, avaliações, prescrições, procedimentos de todas as equipes, inclusive da de fisioterapia. Os diálogos geralmente são a respeito do quadro dos pacientes e das tarefas assistenciais. O ritmo é menor no final da manhã, geralmente entre 12h 30min e 13h quando ocorrem troca de plantão entre as equipes e parada para almoço.

O número de pessoas por equipe, principalmente de estudantes que circulam no ambiente da UTI, é grande e muitas vezes torna-se crítico, especialmente no período da manhã, o que interfere na circulação dos profissionais e na execução de suas tarefas.

Observemos a fala da fisioterapeuta a respeito do quantitativo de estudantes presentes próximo a um leito durante as manobras de reanimação a uma paciente na UTI:

*Bom! Eu me sinto incomodada por não conseguir dar a velocidade adequada para assistência. A coisa física mesmo, você se bater. O estudante está curioso, então ele quer ficar perto e eu entendo, porque eu passei por isso também; mas atrapalha, atrapalha a dinâmica da assistência, eu acho que tem interferência. É a unidade que é pra acontecer isso, então isso não é assustador, o que atrapalha é tudo: muita gente, às vezes não tem material adequado e disponível na mão (Fisioterapeuta “G”).*

No trabalho diurno, há poucos momentos para o descanso e estes geralmente ocorrem no horário de visita de familiares e são associados à escrita em prontuários e discussões com os cursistas ou nos horários para almoço.

O período da tarde, geralmente, é um período em que ocorrem menos procedimentos, contudo pode tornar-se crucial, com grande constrangimento temporal para o fisioterapeuta na realização de suas tarefas. Trata-se do momento em que há somente um fisioterapeuta de plantão na UTI, por remanejamento do seu colega para outras unidades, em caso de desfalques na escala por doença ou por outros motivos.

O plantão noturno inicia-se às 19h quando um dos fisioterapeutas do dia passa o plantão para o seu colega que complementar 24 horas ou para o colega que está chegando para o turno. À noite, disponibiliza-se um plantonista de fisioterapia para dez pacientes e prestação de assistência complementar nas unidades de internamento; nesse período, há um momento para descanso, o que pode acontecer ou não a depender da ocorrência de contingências durante o plantão.

## 7.2 INSERÇÃO DAS ATIVIDADES DOS FISIOTERAPEUTAS NA DINÂMICA DA UTI

O fisioterapeuta na UTI é componente fundamental da equipe interdisciplinar para a assistência ao paciente criticamente enfermo. Este profissional envolve-se na assistência aos pacientes internados prestando cuidados respiratórios e motores, uma vez que, com frequência, os pacientes neste ambiente estão internados por longo período e sob ventilação artificial.

Cabe aos profissionais que exercem a fisioterapia atuarem mormente sobre a funcionalidade do paciente. Assim, devem participar de forma ativa no processo de recuperação do indivíduo como um ser biopsicossocial, desenvolvendo e restaurando sistemas do corpo, em especial os neuromusculares, musculoesqueléticos, cardiovasculares e respiratórias, permitindo melhoria e recuperação das funções com o mínimo de sequelas possíveis e visando a sua reinserção na sociedade.

A reexpansão pulmonar, a remoção de secreções e a mobilização dos pacientes são as principais técnicas utilizadas por esses trabalhadores na UTI, assim como a participação nos ajustes e instituição da ventilação mecânica, do desmame ventilatório e das extubações na UTI. Diversos estudos mostram a importância das atividades desses atores sociais na UTI. Dentre os benefícios da assistência fisioterapêutica na UTI, destacam-se: redução do tempo de permanência na Ventilação Mecânica; redução dos custos da UTI e da estadia no hospital (Ely et al.,1996; Horst et al.,1998); redução da ansiedade do paciente durante o desmame do respirador (Hall & Wood,1987); rápida mobilização com redução dos efeitos da imobilidade no leito e melhoria da independência funcional dos pacientes internados (Dean & Ross 1992; Dean, 1994), entre outros benefícios.

Neste cenário dinâmico que é a UTI, os fisioterapeutas parecem sentir-se desafiados durante sua atuação. Movimentam-se durante todo o plantão de forma ágil, sempre avaliando

os pacientes, o que exige uma grande capacidade de raciocínio clínico. Segundo Richardson (1999), o conhecimento profissional do fisioterapeuta na sua prática cotidiana é consolidado em uma dinâmica contextual, a partir de sua experiência pessoal, da capacidade de sintetizar e interpretar os fatos e assim definir a sua atuação.

Os membros do grupo adquirem uma perspectiva compartilhada através de meios que tácita ou explicitamente negociam e interagem. Não é incomum para o fisioterapeuta, ao olhar para os movimentos respiratórios de um paciente que se encontra na ventilação artificial, perceber que este necessita ser abordado para os cuidados. Ao pegar o seu estetoscópio para auscultá-lo rapidamente, o seu colega, por sua vez, já se aproxima do leito ajudando-o nas condutas e nos ajustes ventilatórios. Assim, ambos normalizam e restabelecem um movimento torácico próximo ao aceitável. A fim de ratificar esses procedimentos, convém evocar uma das falas registradas durante o decurso da pesquisa: “agora o paciente está mais confortável, era secreção” (Fisioterapeuta “C”).

Com as suas mãos, estes atores de fisioterapia sentem o movimento, as limitações do corpo, os frêmitos torácicos dos seus pacientes e, mediante ações de intervenção e informação, promovem a melhoria do quadro clínico e tentam reduzir ao máximo as possíveis limitações futuras para estes pacientes. Muitas vezes, porém, sentem-se frustrados em não poder mais ajudar e não é raro observar a sua expressão facial de descontentamento confirmada pelo seu comentário: “é triste ver o paciente assim e já não conseguir fazer mais nada, já fizemos tudo que era possível” (Fisioterapeuta “D”).

É no seu cotidiano que estes se deparam com situações em que cuidar do paciente é prioridade, muitas vezes em detrimento dos cuidados com o seu próprio corpo e com a sua saúde. O primeiro compromisso estabelecido é com seu paciente. Observemos na cena descrita abaixo:

O(A) fisioterapeuta é chamado durante um procedimento de traqueostomia na UTI para ajustar os parâmetros ventilatórios do paciente. Ajusta os parâmetros e, durante o procedimento, nota que o seu braço fora sujo por respingos de sangue do paciente; percebe-se que este profissional não faz uso de óculos de proteção ou capa de proteção para o processo em andamento. Após garantir que o procedimento fora realizado e o paciente está bem ajustado no respirador, sai e dirige-se à pesquisadora e a um dos seus colegas e mostra-lhes o seu braço sujo. Ao ser questionado sobre realmente se tratar de sangue, o fisioterapeuta responde que sim e dirige-se para a pia. A pesquisadora pergunta então: “*E agora?*” [no sentido: o que você pensa disso?] e ele responde: “*E agora? Se o paciente tiver alguma doença contagiosa e minha pele uma solução de continuidade eu irei contrair alguma doença*”(Cena 1/ Fisioterapeuta “D”).

### 7.3 A FORMA DE CONTRATAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS

Um fato peculiar desse serviço é a forma de contratação dos fisioterapeutas na UTI. A distribuição de vínculo por fisioterapeuta na UTI ocorre da seguinte maneira: três deles são concursados pela UFBA; quatro são concursados pela SESAB; cinco são contratados pela FAPEX e dois recebem bolsa da FAPEX para trabalhar e desenvolver pesquisa.

Os fisioterapeutas com vínculo com a UFBA, denominados servidores, possuem estabilidade e são concursados por esta universidade. Os da SESAB estão cedidos ao Hospital através de um convênio firmado entre esta instituição e a UFBA. Os da FAPEX são

terceirizados e/ou bolsistas. Os terceirizados pela FAPEX são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Já os bolsistas da FAPEX recebem auxílio para pesquisas e, durante este período, não só as realizam como também participam da escala de trabalho. Percebe-se, deste modo, que múltiplos vínculos dentro de uma mesma instituição podem gerar diferentes formas de gestão do trabalhador.

Observa-s, assim, que existe operacionalização do processo de flexibilização das relações de trabalho no hospital em estudo. De acordo com Baraldi et al. (2008), este tipo de relação de trabalho no Brasil, costuma ocorrer no setor de saúde, nas situações em que o principal empregador é o Estado (municípios, estado e União) em decorrência de um duplo movimento: por ausência de concursos públicos e pela utilização intensiva de contratação de pessoas através de organismos internacionais, organizações não-governamentais (ONGs), organização da sociedade civil de interesse público (Oscips), cooperativas, entre outras organizações.

Para Druck (1999), a contratação através de terceiros tem implicado em um processo de precarização dentro e fora das empresas. No interior das empresas, este processo interfere nas relações de trabalho, quando há transferência dos custos e obrigações trabalhistas para terceiros, gerando duas categorias de servidores: os efetivos (de primeira classe) e os subcontratados (de segunda classe), no que se refere às condições de trabalho e aos salários. No plano externo às empresas, a terceirização tem levado à precarização dos vínculos empregatícios e ao crescente número de trabalhadores que se encontram por conta própria.

Acosta (2004), corrobora com esse pensamento ao declarar:

O sistema de terceirização possibilita a quem contrata maior facilidade para organizar os trabalhos, evitando-se a preocupação de desenvolver formas mais sofisticadas de adaptação do homem ao ambiente de trabalho, pois não contrata pessoas, e sim serviços. Se o serviço contratado não está de acordo com o que se desejava dele, troca-se imediatamente quem o executa.

Isso significa que não há necessidade de a empresa contratante de serviços terceiros fazer com que o trabalhador contratado 'seja parte da família'. Não há necessidade de participação do trabalhador e sim de um controle rigoroso da qualidade de prestação dos serviços (p. 64).

No tocante aos riscos ocupacionais, Borges & Franco (1997) chamam atenção para o fato de que o processo de terceirização aumenta os riscos para acidentes no trabalho e desenvolvimento de doenças pelos trabalhadores, além da falta de proteção destes, porquanto a responsabilidade de garantir a saúde e a segurança é, geralmente, transferida para terceiros.

Além da forma de contratação, outro fato que chama a atenção na UTI são os múltiplos vínculos dos fisioterapeutas com outras instituições. Isto gera uma quantidade elevada de horas trabalhadas no mês. A maioria dos fisioterapeutas desta UTI, por possuir diferentes vínculos, acumula carga horária mensal de 240 horas e alguns atingem até 360 horas de serviço. Isto é reflexo de um mercado de trabalho complexo e desigual que impõe aos profissionais baixos salários, demandando, deste modo, o acúmulo de vários empregos para garantir a sua sobrevivência.

De acordo com Baraldi et al. (2008), a flexibilização das relações de trabalho no setor de saúde tem proporcionado condições variáveis de trabalho e multiplicidade de vínculos empregatícios. Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007 *apud* Baraldi et al., 2008), mostra que, de um total de 870.361 profissionais de saúde de nível superior, a proporção de empregos com vínculos denominados 'parciais' varia entre os fisioterapeutas em 57,4% das 24 profissões estudadas. Esta predominância dos chamados vínculos parciais indica a possibilidade de vinculação em mais de um emprego, em virtude da necessidade de o trabalhador complementar a sua renda.

## **8. A ANÁLISE DA ATIVIDADE E OS RISCOS NO LOCAL DE TRABALHO**

### **8.1 O TRABALHO PRESCRITO**

A estrutura organizacional do HUPES foi reformulada no ano de 2007, com substituição das estruturas hierárquica verticais, por um modelo circular/transversal. No modelo de gestão organizacional circular, não se eliminam as hierarquias, mas adota-se como meta mudar o centro das atenções da instituição para os usuários e assim facilitar a comunicação dentro da instituição (HUPES, 2009). O Serviço de Assistência Fisioterapêutica do HUPES está vinculado à Diretoria Adjunta de Serviços Assistenciais (DASA) à qual compete, dentre outras obrigações, a coordenação das atividades normativas dos serviços, setores e unidades gerenciais que a integram.

A carga horária de trabalho dos fisioterapeutas assistenciais da UTI é de 120 horas mensais (30 horas semanais). Os dias de trabalho são prefixados com plantões ininterruptos de 24 horas na UTI e complementação da carga horária de 6 horas nas Unidades de Internação (UIs). Os fisioterapeutas mais antigos do serviço e concursados pela UFBA têm prioridade para escolha dos plantões.

A distribuição dos plantões de fisioterapia na UTI é realizada pela chefia e pelo coordenador e ocorre da seguinte forma: dois fisioterapeutas durante o dia e um fisioterapeuta durante a noite. Nos finais de semana, são escalados dois fisioterapeutas para a noite. Essa diferenciação ocorre a fim de cobrir eventual déficit de comparecimento de profissionais nesse período.

O quantitativo de pacientes é dividido entre os dois fisioterapeutas assistentes e o estágio de fisioterapia. O coordenador de fisioterapia da UTI, eventualmente, no período da

manhã, participa da assistência aos pacientes e da supervisão aos cursistas durante os atendimentos, quando ocorre remanejamento de um dos fisioterapeutas assistenciais da UTI, por carência em outras unidades do hospital.

Funcionam duas atividades docentes de fisioterapia na UTI, quais sejam: um estágio supervisionado vinculado a duas faculdades de Salvador e um curso de extensão vinculado à UFBA. O estágio ocorre às terças e quintas-feiras e é composto por três alunos e um fisioterapeuta preceptor, que atendem, em média, dois pacientes da UTI por turno. Já o curso de extensão funciona diariamente na UTI é composto por graduandos em fisioterapia ou fisioterapeutas que, de regra, são recém-graduados. A supervisão do curso é realizada pelos fisioterapeutas assistentes desta unidade e pelo coordenador de fisioterapia no período da manhã. O curso não ocorre durante o período noturno, conforme negociação entre os fisioterapeutas e os gestores, uma vez que, segundo os fisioterapeutas, acompanhar o cursista durante as 24 horas gera uma demanda extra de trabalho. Veja abaixo o relato de um dos fisioterapeutas:

*A gente conseguiu, a gente falou [refere-se à negociação com a chefia]. No início não, [refere-se ao período inicial do curso de atualização] porque os meninos vêm para aqui só observar [...], continuavam vindo, aí a gente começou a passar o 'feeling' que assim não estava bom. Muitos vinham para aqui cansados. Quando dava 23-24h, ficavam cochilando pelos cantos e no dia seguinte ainda iam para a Faculdade [...]. E pra gente também é muito ruim, porque a gente passa o dia inteiro acompanhando eles, então a gente falava muito durante o dia. Toda hora discute uma coisa, um pergunta uma coisa, outro tira uma dúvida, outro pergunta outra coisa, isso cansa e*

*a noite a gente já está cansado, do dia inteiro do plantão de 24 horas [...] Então isso cansa, isso desgasta muito (Fisioterapeuta “F”).*

A demanda dos pacientes na UTI é procedente das unidades de internamento do próprio hospital ou através da central de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Existe um acordo tácito entre as equipes médicas e de fisioterapia de que todos os pacientes internados na UTI devem ser admitidos e atendidos pela fisioterapia, embora formalmente seja necessário que a solicitação médica conste nas prescrições dos pacientes.

O quantitativo e tempo de atendimento na UTI são bastante variáveis e são baseados no quadro clínico dos pacientes. Desta forma, enquanto alguns pacientes podem ser atendidos apenas uma vez por turno de seis horas, o que totalizaria dez atendimentos no período, outros podem necessitar de vários atendimentos.

A conduta fisioterapêutica é baseada na monitorização contínua dos Sinalizadores Funcionais (SAF)<sup>6</sup>, cujos limites para intervenção estão estabelecidos previamente em protocolos operacionais de procedimento do Serviço de Fisioterapia. Para cada nova intervenção, o fisioterapeuta precisa realizar uma nova avaliação do paciente e estabelecerá o Diagnóstico Funcional Fisioterapêutico (DFF)<sup>7</sup>. O ciclo produtivo do trabalho do fisioterapeuta na UTI está simplificado na Figura 1:

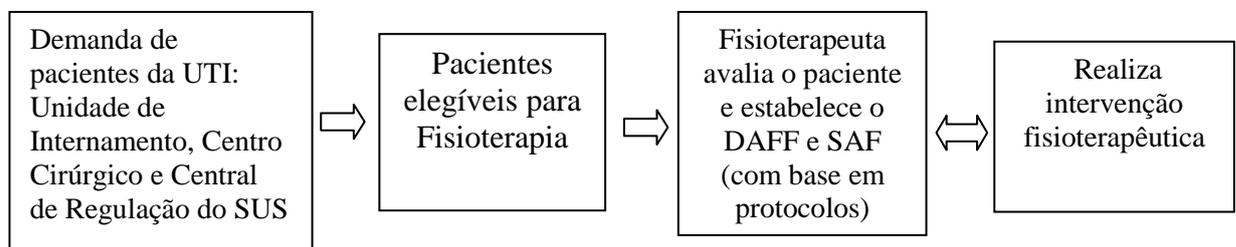


Figura 1: Ciclo produtivo dos fisioterapeutas na UTI (criado pela autora).

<sup>6</sup> Sinais e sintomas a serem monitorizados, correspondentes as alterações funcionais apresentadas pelos pacientes.

<sup>7</sup> Através de metodologia e técnicas fisioterapêuticas específicas, são analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e no seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrar as alterações apresentadas, considerando os desvios dos graus de normalidade para os da normalidade (COFITO, 2009).

Outras tarefas que competem ao fisioterapeuta na UTI são as seguintes: montagem, instituição, troca de filtros de respiradores, monitorização e assistência ventilatória aos pacientes sob ventilação mecânica; troca de frascos de aspiração e seus circuitos, após o uso; instalação de nebulizações em pacientes sob ventilação mecânica; registro de materiais sujos de fisioterapia para encaminhamento ao Centro de Esterilização de Materiais (CME); instituição e assistência ventilatória aos pacientes durante realização de exames externos à UTI, dentro da instituição.

Cabe, além disso, ao fisioterapeuta durante o seu plantão na UTI, realização das seguintes tarefas nas UIs: assistência fisioterapêutica a pacientes procedentes da UTI, que ainda necessitem de assistência noturna ou intensiva; transporte, montagem de respirador e ajuste de parâmetros ventilatórios a pacientes que necessitem de ventilação mecânica, enquanto não houver vagas nas UTIs, no período noturno ou em emergências.

Quanto aos registros de produtividade dos fisioterapeutas, esses, em geral, são realizados contabilizando-se os números de procedimentos motores e respiratórios realizados por turno em uma planilha, contudo estes não são utilizados para avaliação da produção por trabalhador, mas para a produtividade do Serviço de Fisioterapia como um todo.

O controle de desempenho individual é realizado de acordo com o vínculo institucional. Para os servidores da UFBA, é realizado a cada 18 meses através da avaliação formal dos seguintes critérios: adaptabilidade; alcance de resultados; atendimento ao público; capacidade de solução de problemas; compromisso ético; compromisso com as funções, responsabilidades e metas; domínio das ferramentas de trabalho; interesse em capacitar-se profissionalmente; qualidade no trabalho; relacionamento interpessoal; trabalho em equipe e utilização racional dos recursos. Estes itens são avaliados pelo chefe imediato, um representante da equipe e autoavaliação. Ao final é computada a média das três avaliações e

chega-se a uma pontuação que varia de 0 a 5. Esta avaliação constitui-se um dos critérios utilizados para progressão do servidor na carreira pública.

Para os servidores do SESAB que estão em fase de estágio probatório, é aplicada uma avaliação formal a cada seis meses. Os seguintes itens são ponderados: assiduidade; disciplina; iniciativa; produtividade e responsabilidade. A avaliação é realizada pela chefia imediata, justapondo-se a uma autoavaliação, sendo que o resultado pode variar de insatisfatório a excelente.

Para os funcionários FAPEX, não existe uma avaliação formal e esta é feita de forma subjetiva, de acordo com a necessidade que é determinada pela chefia imediata e pelo coordenador da UTI.

### 8.1.1 A FORMA DE GESTÃO DE RISCOS

A realização de tarefas dentro da UTI está subordinada a normas de biossegurança que padronizam critérios a serem seguidos pelos trabalhadores que atuam naquele ambiente. Pressupõe-se, assim, que o modelo de segurança adotado na UTI baseia-se na forma tradicional que corresponde à prescrição de procedimentos e comportamentos seguros.

É importante citar que a legislação que dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança no Brasil está vinculada à Lei Nº 11.105, de 25 de março de 2005. A Portaria Nº 37, de 6 de dezembro de 2002, instituiu a Norma Regulamentadora (NR) 32, que trata especificamente da segurança e saúde do trabalho nos estabelecimentos de assistência à saúde.

Na UTI, encontra-se disponível o “Manual de Infecção Hospitalar”, que foi elaborado pelo SCIH e segue os critérios exigidos em leis e em normas de segurança nacionais e internacionais. Este compêndio discorre sobre as precauções básicas (universais). Estas

precauções dizem respeito às medidas que devem ser adotadas pelos trabalhadores de saúde quando em contacto com sangue e fluidos corpóreos de qualquer paciente que deverão ser considerados como potencialmente infecciosos para o vírus HIV, das hepatites B e C e de outros patógenos sanguíneos. Essas medidas incluem a utilização de EPI e/ou Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e visam evitar a exposição dos trabalhadores de saúde a patógenos de sangue e de outros fluidos corpóreos, por via parenteral, por via da membrana mucosa ou da pele não intacta (Brasil, 1983).

No tocante ao fornecimento dos EPIs, a Norma Regulamentadora N. 6 do Ministério da Saúde (Brasil, 1983), determina que as Instituições forneçam EPIs adequados aos riscos. Contudo, conforme se observa na fala dos fisioterapeutas, esses materiais nem sempre são de boa qualidade, o que gera insegurança a esses trabalhadores quanto à capacidade de os EPIs cumprirem a finalidade a que se propõem. Vejamos na verbalização de um dos fisioterapeutas sobre a qualidade dos EPIs utilizados no hospital:

*Aqui tudo é placebo, todas são muito finas [refere-se à capa descartável]. Essas luvas são de péssima qualidade, são extremamente porosas [...]. Essa daqui não cabe nem 1L de água aqui dentro, se colocar 2L, ela nem vai, ela estoura [refere-se ao teste de vazamento da luva sugerido pelo SCIH que consiste em colocar 2L de água dentro da luva e observar vazamentos; se ocorrerem é porque é de qualidade duvidosa] (Fisioterapeuta “F”).*

As informações sobre a forma correta de uso dos EPIs são passadas aos trabalhadores em encontros que acontecem com a SCIH. Estes encontros começaram a ocorrer de forma mais sistematizada há cerca de dois anos. Os eventos com o SCIH abrangem todos os serviços do hospital e seguem a uma programação anual. Quando há necessidade explicitada por

algum setor ou determinada categoria de profissionais através de suas chefias, ocorrem reuniões extraordinárias.

O conteúdo dessas reuniões refere-se às precauções básicas que incluem informações sobre os procedimentos e cuidados no manejo de pacientes graves. Nos encontros, busca-se sempre a adesão dos trabalhadores às normas de segurança prescritas; adverte-se que qualquer desvio desses padrões que possa causar acidente é considerado como ato inseguro, cuja responsabilidade recai sobre o trabalhador. Observemos na fala de um dos componentes do SCIH, sobre o não uso dos óculos de proteção pelos trabalhadores: “Os óculos estão disponíveis lá no local, é só ele pegar, limpar e usar. Se ele não usa, é porque acha que o acidente não vai acontecer [...]”.

Observa-se também a culpabilidade do trabalhador implícita no fluxograma (disponível na UTI) a ser seguido pelos trabalhadores em caso de acidentes com sangue e fluídos biológicos, quando em contato com mucosas, ou acidentes perfuro-cortantes. Neste programa, estão contidas importantes informações das etapas a serem seguidas após o acidente, contudo evidencia-se em uma das etapas o encaminhamento do profissional acidentado para treinamento. O que está implícito nesta indicação para treinamento? Infere-se, assim, que o acidente foi acarretado apenas por imperícia do trabalhador, devendo este ser treinado sem considerar o contexto no qual o acidente foi gerado. Cabe então o seguinte questionamento: Não deveria este setor, além de treinar este trabalhador, realizar um estudo sobre as condições reais encontradas durante o cumprimento de suas atividades?

Ainda acenando à informação em foco, há na UTI placas informativas afixadas sobre as cabeceiras dos leitos do paciente, sobre o tipo de isolamento e precauções básicas a serem utilizadas pelos profissionais. Nos leitos sob isolamento, estas placas encontram-se afixadas na porta de entrada.

Consoante com a gestão e prevenção de risco, existe no HUPES a CIPA, a qual funciona nesta instituição há três anos. Esta é regida pela Norma Regulamentadora de N. 5 do Ministério do Trabalho e Emprego e tem como objetivo “a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador” (Brasil, 1994).

No desenvolvimento e aplicação das ações e propostas, os membros da CIPA queixam-se das inúmeras dificuldades. Uma das queixas, refere-se à falta de verbas destinadas a atender as mínimas reivindicações para segurança e melhoria das condições de trabalho. Um dos membros, durante entrevista, relata que a CIPA funciona basicamente para gerar relatório e desabafa: “Não quero fazer uma CIPA de relatórios. O sucesso da Comissão não está em relatórios, em SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes). O sucesso da CIPA está no retorno em ações” [refere-se às reivindicações não atendidas].

Quanto às ações na UTI, a CIPA está em fase de elaboração do mapa de risco com visita programada para o mês de dezembro do ano vigente (2009). Nesta visita, está programada consulta aos trabalhadores da UTI de diversas especialidades sobre os riscos e os processos de trabalho. Outra ação realizada pela CIPA na UTI é o auxílio na investigação de acidente de trabalho. De acordo com o depoimento de um dos CIPISTAS, esta ação ocorre por solicitação do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital (SESAO).

O Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital, consoante com as normas de segurança dos trabalhadores e, portanto, com a NR 7 do Ministério da Saúde e do Trabalho (Brasil, 1996), tem como objetivos a prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores do Complexo HUPES<sup>8</sup>. Este Serviço foi implantado no Complexo HUPES a partir de agosto de 2002. Uma das limitações para o seu funcionamento amplo no hospital diz respeito ao número reduzido

---

<sup>8</sup> O Complexo Hupes abrange as seguintes Unidades da Universidade Federal da Bahia: Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Ambulatório Professor Francisco Magalhães Netto e o Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (HUPES, 2009).

de funcionários e recursos disponíveis para efetivação das ações necessárias. No âmbito das ações com os coletivos de trabalhadores da UTI, estas ainda são incipientes. De acordo com os membros da equipe do SESAO, foram realizadas visitas pelo médico do trabalho na UTI para conhecer os processos de trabalho, estimar os riscos e assim estabelecer um programa de acompanhamento da saúde ocupacional para estes trabalhadores. Consequente a esta visita, foram solicitados exames específicos e, após o resultado destes, o SESAO convocou esses trabalhadores para avaliação clínica complementar e direcionamento para outros especialistas, quando julgou necessário.

## 8.2 O TRABALHO REAL

O trabalho real difere do trabalho prescrito, porquanto as circunstâncias em que o trabalhador se encontra para operar diferem do que está determinado, observando-se que, muitas vezes, entram em choque com as tentativas de padronização devido aos processos organizacionais e à estrutura existente.

### 8.2.1 RELAÇÕES ENTRE AS EQUIPES

*“Preferi não contestar muito...”*

A UTI, por ser um local de circulação mais restrita das pessoas, permite um convívio social mais próximo entre as equipes de trabalhadores que ali atuam. Em geral, o relacionamento observado é afetivo e cordial. As equipes se cumprimentam, discutem

questões assistenciais em conjunto, conversam durante os plantões de forma amigável, realizam e pedem suas refeições muitas vezes em conjunto, interagem entre si nos horários que conseguem tirar alguma folga.

No desenvolvimento das atividades diárias na UTI, observam-se aspectos em que cuidar do paciente exige complementaridade e interdependência das diferentes categorias profissionais. Desta forma, para manter uma atmosfera de reciprocidade, contribui-se e, assim, conta-se com a cooperação dos outros quando necessitar. Podem-se mencionar como exemplos situações em que a equipe de enfermagem realiza transferências de pacientes do leito para macas com o auxílio de fisioterapeutas e médicos. Outra situação seria quando a equipe de fisioterapia coloca o paciente para deambular ou faz transferência deste do leito para cadeira com o auxílio da equipe de enfermagem no manuseio de soluções e medicamentos em uso.

Todavia, nesta complexa trama de saberes, cuidados e interações sociais, ocorrem situações de conflitos e até de disputa entre esses trabalhadores. Podem-se citar situações conflitantes entre as equipes de fisioterapia e enfermagem, no que se refere à aspiração dos pacientes. Observam-se atitudes de relutância das equipes em relação ao que lhes cabe como tarefa. Podem-se trazer à baila situações em que o fisioterapeuta é interrompido durante a realização de atendimento a um paciente para que realize exclusivamente aspiração de secreção respiratória em outro paciente. Cumpre notar uma dessas situações na fala abaixo:

*A equipe de enfermagem não aspira o paciente. Eventualmente acontece, elas fazem depois do banho, mas a maioria não faz, tanto é que elas dão banho na paciente, depois elas mandam chamar a gente dizendo que o paciente está desconfortável. A gente sabe que é secreção. Teoricamente, se elas tão dando banho no paciente, aspirar, fazer uma aspiração no paciente que está desconfortável,*

*não deixa de ser uma higiene, então elas podem aspirar, porque não é coisa só da gente. [...] A gente não tem como ficar aspirando. Imagine que aqui tem 10 pacientes, se toda hora a gente ficar indo no leito do paciente pra realizar uma aspiração que a equipe de enfermagem poderia ter feito, a gente deixa de dar atendimento a outro paciente. Se a gente tiver que aspirar mais 3, 4 vezes cada paciente, são 10 [refere-se ao quantitativo de pacientes]. São 40 aspirações por dia, que tem que ter cuidado que leva um tempo, que a gente também não pode fazer de qualquer jeito [...] (Fisioterapeuta “D”).*

A cena acima demonstra que a indefinição do que cabe como tarefa aos profissionais foi objeto de conflitos internos e externos à UTI, entre os membros das equipes de fisioterapia e de enfermagem da instituição pesquisada. Em um estudo qualitativo realizado por Nascimento et al. (2006), referente à profissionalização da fisioterapia, nas décadas de 50 a 80 em Minas Gerais, os autores ressaltam que a definição e o desenvolvimento das competências do fisioterapeuta nas equipes de saúde foram motivo de disputa e conflitos entre os profissionais de enfermagem (em especial os auxiliares de enfermagem) e de fisioterapia, sendo que as atividades passaram a ser desenvolvidas e estruturadas de acordo com sua complexidade, ficando assim estabelecidas: as atividades consideradas de menor complexidade começaram a ser delegadas aos auxiliares e as de maior complexidade foram incorporadas pelos fisioterapeutas.

De acordo com Farrell et al. (2001), na convivência interdisciplinar, as equipes muitas vezes podem se tornar polarizadas na luta pelo poder entre subgrupos, com diferentes visões sobre como estes devem funcionar. À medida que os membros convivem, descobrem as divergências sobre sua missão, como o trabalho deve ser organizado e as formas de controle de determinados grupos sobre os outros.

Considerando que a profissão de fisioterapeuta teve sua autonomia profissional reconhecida recentemente, a partir do Decreto Lei n. 938 de 13 de outubro de 1969, portanto há apenas 41 anos, e que não há no código de ética desta categoria o que lhe cabe como tarefa, é esperado que sua autonomia e suas competências sejam desenvolvidas dentro de visões, muitas vezes inconciliáveis, de distintos atores, a partir dos diferentes espaços que ocupam numa mesma instituição (Cecílio, 2005).

Outra situação que expressa esta tensão ocorre quando os fisioterapeutas, durante a realização de atividades assistenciais aos pacientes, são surpreendidos pela equipe de enfermagem que inicia os banhos e até curativos antes que os fisioterapeutas finalizem as suas tarefas. Isso força o fisioterapeuta a acelerar a execução de um procedimento que já está em curso e interromper outras condutas que realizaria naquele momento, fragmentando assim suas atividades. Observemos a cena e a fala do fisioterapeuta, descritos abaixo:

O fisioterapeuta está no isolamento respiratório, em uso de capa, máscara de barreira, luvas, aspirando um paciente e, durante suas condutas, um técnico de enfermagem entra no quarto e o avisa que terá de iniciar o banho, pois o plantão está pesado e ele está atrasado. O fisioterapeuta argumenta que está no meio de um procedimento, mas cede. Quando sai do quarto, comenta com a pesquisadora: *“preferi não contestar muito, pois não conheço bem este técnico e não quero causar atritos entre as equipes de fisioterapia e enfermagem, que têm um bom relacionamento”*. O fisioterapeuta interrompe a sua atividade, retira todos os EPIs e sai do quarto, dirigindo-se para outro leito. Conversa com a pesquisadora que retornará posteriormente para realizar a fisioterapia motora (Cena 2/ Fisioterapeuta “O”).

Na análise dessa cena, evidencia-se que, embora o fisioterapeuta, no seu discurso expresse que tem um bom relacionamento com a equipe de enfermagem, em vários momentos, percebe-se o desrespeito e o não reconhecimento da importância do trabalho do fisioterapeuta, com prejuízo na sua autonomia nesta unidade.

Naronem et al.(1999) salientam que a autonomia do profissional pode estar comprometida se não houver uma clara definição da especificidade da fisioterapia e apropriação por parte do fisioterapeuta do seu espaço nas equipes de saúde. Nascimento et al. (2006), de forma semelhante, consideram que para afirmação efetiva do fisioterapeuta se faz necessário o estabelecimento da competência (seu saber e fazer) como instrumento de sua apropriação e atuação, o que denota ser capaz de delimitar seu papel na equipe interdisciplinar.

## 8.2.2 A VARIABILIDADE NO CONTEXTO DE TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA E OS RISCOS

Esta seção está dividida em quatro subseções, onde serão descritas as principais variáveis observadas em campo, que expõem o fisioterapeuta aos riscos biológicos durante a realização de suas atividades.

### 8.2.2.1 O RÁPIDO AUMENTO DA DEMANDA DE TRABALHO

***“O ritmo da UTI é muito intenso”***

No ambiente da UTI, são constantes as intercorrências com os pacientes, o que consiste em situações clínicas de emergência, fazendo com que toda equipe se mobilize rapidamente em prol da assistência a um paciente. Isto gera célere intensificação da demanda

de trabalho e aumento dos constrangimentos temporais. De acordo com Guérin et al. (2001), a intensificação do trabalho refere-se ao uso das capacidades cognitivas e fisiológicas dos trabalhadores, que a depender das escolhas de soluções e dos compromissos firmados, entre os servidores e a organização do trabalho, podem ultrapassar os limites dos trabalhadores e contribuir para a exposição destes aos riscos e consequente degradação da sua saúde.

Pode-se observar que o tempo é um dos elementos mais importantes na determinação dos modos operatórios dos fisioterapeutas. A complexidade do atendimento e a demanda de pacientes impõem ao fisioterapeuta o desenvolvimento de habilidades para que esses constrangimentos sejam superados, ainda que os mesmos ocasionem agravos à sua saúde. Além disso, esses profissionais estão submetidos a protocolos de operacionalização de suas tarefas e necessitam de margem de tempo e de liberdade durante o seu trabalho para operacionalizar as suas atividades dentro das situações reais que se apresentam no seu cotidiano.

Vejamos na fala de um fisioterapeuta:

*O ritmo da UTI é muito intenso. Os pacientes aqui são muito graves, são pacientes que precisam de uma atenção. Paciente de UTI, já é um paciente que precisa de um cuidado maior, mas os pacientes daqui precisam de um cuidado maior ainda, porque são pacientes que já chegam bem debilitados ou vêm acumulando ao longo do tempo algum problema, doença por cima de doença. Ele começa com um problema e porque não consegue assistência vai acumulando outras consequências disso e termina chegando aqui bem gravizinho, já bem difícil de cuidar, então a gente já sai cansado por conta disso. São pacientes que a gente tem que trabalhar bastante, é o trabalho da gente. A gente tem um protocolo a ser seguido, então a gente tem que*

*fazer, trabalhar a parte ventilatória toda do paciente [...]*  
(Fisioterapeuta “D”).

Nas ocasiões de maior demanda, o risco de acidentes aumenta consideravelmente. A dificuldade é saber como conciliar rapidez e atenção, com cuidado na execução da atividade em situações de emergência, em que a prioridade é restabelecer as condições clínicas do paciente. Isso é caracterizado pela cena descrita abaixo:

A fisioterapeuta está orientando um cursista para higienizar um oxímetro que transferira de um paciente para outro; ao olhar para o monitor observa e comenta: “paciente parou”; corre e ajuda nas manobras de cardiopressuscitação da paciente “A”. Após reversão da situação, vai participar da ventilação da paciente “B”, que será submetida a uma cardioversão elétrica; para isso, adapta uma luva de procedimentos como reservatório de oxigênio na bolsa valva e começa a ventilar a paciente. Neste momento, há 11 pessoas ao lado da paciente. A fisioterapeuta então é chamada para uma nova urgência, pois o paciente “C” está com grande esforço respiratório. Transfere a ventilação do “B” para um dos médicos residentes e se dirige rapidamente ao paciente “C”. Após exame, começa a aspirar e ajusta o respirador. Constatado que o paciente “D” está dessaturando e ventilando mal, a fisioterapeuta mais uma vez é solicitada, então avalia, aspira, ajusta respirador. Retorna para a paciente “B” para ajudar e então comenta: “*fisioterapeuta não consegue nem tomar remédio*”. Mais uma vez é chamada, pois o paciente “B” que fez vários períodos de bradicardia agora está com muita secreção pulmonar e dessaturando. Sai correndo, começa a aspirar sem

máscara. No decorrer da aspiração pega a máscara que se encontrava próximo ao seu rosto e a ajusta de qualquer maneira, então cogita: “*é muita aspiração em tão pouco tempo*” (Cena 3/ Fisioterapeuta “D”).

Como podemos observar, são quatro pacientes que, simultaneamente, apresentaram intercorrências clínicas com súbito aumento da demanda de trabalho para o fisioterapeuta. Estas intercorrências são contingências próprias do ambiente da UTI, mas que impõem constrangimento temporal ao fisioterapeuta. Assim, a pressão temporal determina a maior vulnerabilidade do trabalhador ao contacto com fluidos corpóreos dos pacientes com a sua pele e as suas mucosas.

#### 8.2.2.2 AS FREQUENTES INTERRUPÇÕES NA ROTINA DE TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA

*“Ligar para aqui e eu ter que ir lá...”*

Os fisioterapeutas experimentam constantes interrupções em suas rotinas de trabalho, decorrentes das emergências e das diversas contingências ocorridas com grande intensidade na UTI ou em outras unidades pelas quais são constantemente solicitados para realizar procedimentos.

A cena abaixo evidencia uma dessas situações:

O fisioterapeuta é interrompido durante as suas condutas e é solicitado a atender a um telefonema procedente da UI. Observa-se que durante o telefonema se mostra irritado com o conteúdo da conversa e comenta: “*coleta é só aspirar e colocar no copo*”. Após desligar o telefone, diz: “*ela* [refere-se à enfermeira de uma Unidade

de Internamento] *quer que eu vá lá fazer uma cultura do paciente. [...] qualquer profissional pode fazer isso. Ligar para aqui e eu ter que ir lá embaixo, fazer uma aspiração do paciente! Aí é demais.*”  
(Fisioterapeuta Cena 4/ “D”).

Os constantes chamados ao fisioterapeuta para realizar coleta de secreções e aspirações nas UIs, que são atividades que devem e podem ser realizadas por quaisquer membros da equipe de saúde, geram constrangimentos temporais aos fisioterapeutas, exigindo destes aceleração para realizar suas atividades.

Para constar, levando-se em conta apenas o turno matutino, observaram-se dois telefonemas procedentes de enfermarias diferentes. Pode-se perceber, desta forma, que o fisioterapeuta não tem controle do contexto de trabalho no qual está inserido e sua capacidade de regulação será fundamental para que ele possa gerir as variabilidades. Para ratificar isso, cita-se Abrahão (2000, p. 51):

Quanto maior a variabilidade das situações, menor a probabilidade de antecipação, exigindo assim, maior competência dos trabalhadores para a passagem de uma operação prescrita a uma ação situada (contextualizada). Esta competência possibilita, também, redefinir a atividade, favorecendo a reconstituição de situações anteriores por meio de reformulações, utilizando para isto recursos do próprio contexto como, por exemplo, o apelo à competência de outros trabalhadores, a elaboração de novos parâmetros para esta atividade ou, até mesmo, a utilização eventual de uma estratégia operatória antiga. Esta capacidade de regulação constitui uma competência, que é necessário considerar nas diferentes etapas de um projeto industrial ou organizacional, objetivando atingir um funcionamento que possibilite uma produção estável em quantidade e qualidade.

### 8.2.2.3 AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS DIANTE DAS LIMITAÇÕES DE MATERIAIS

*“a gente está tão acostumado com o ritmo daqui, faltam coisas assim...”*

As atividades de trabalho são indissociáveis aos meios de trabalho, como os instrumentos, os materiais e equipamentos. No seu cotidiano, os fisioterapeutas utilizam diversos materiais e equipamentos, não só para desenvolver as suas ações, mas também para se proteger dos riscos biológicos no desenvolvimento das suas tarefas.

Na UTI, os fisioterapeutas, não poucas vezes, encontram limitadas condições materiais e inadequação de equipamentos. Tais limitações levam esses sujeitos a desenvolverem estratégias operatórias – dependentes das experiências adquiridas durante a sua vida profissional, no relacionamento com o outro – para gerirem as variações internas e externas, minimizando assim os riscos biológicos ao desenvolverem o seu trabalho.

Analisemos abaixo a verbalização de um fisioterapeuta:

*Pra ser sincero, o que facilita aqui na UTI é a relação que a gente tem com o pessoal, porque a gente se ajuda muito, seja porque às vezes a gente tinha falta de alguma coisa, algum tipo de material que a gente precise então a gente termina se ajudando muito pra fazer como que o trabalho ande, né? Mas acho que a gente já está tão acostumado com o ritmo daqui, faltam coisas assim [...]*  
(Fisioterapeuta “D”).

Dessa forma, a rede de relações que os fisioterapeutas criam entre si procura dar conta das limitações dos recursos existentes e conseguir realizar as tarefas; ocorre, deste modo, um saber de prudência.

Para Barros e colaboradores (2006), por meio de um estudo realizado em um Pronto-Socorro de um hospital, ficaram evidentes a criação de vínculos e as negociações cotidianas entre os trabalhadores para que a efetuação do trabalho fosse possível e tivesse melhor qualidade. Tal posicionamento demonstrou o desenvolvimento de estratégias para lidar com a alta imprevisibilidade do trabalho.

Segundo Guérin e colaboradores (2001), as atividades de um operador em um determinado momento são organizadas em função de diferentes objetivos, quais sejam: objetivos gerais fixados pela empresa, objetivos intermediários e objetivos pessoais. A depender da situação, a margem de manobra que este tem para atender a tais objetivos pode ser maior ou menor. Desta forma, diante de situações constrangedoras, o fisioterapeuta faz uso de diferentes modos operatórios para contornar tais situações e cumprir sua tarefa.

Outra situação observada diz respeito à falta de materiais privativos nos leitos dos pacientes sob isolamento de contacto. De acordo com as orientações do Manual de Infecções Hospitalar da SCIH do hospital, em que constam as normas de precauções universais, nos leitos em isolamento de contacto deve haver preferencialmente um estetoscópio disponível para uso exclusivo. Contudo, vejamos na cena descrita abaixo, que ocorreu entre um fisioterapeuta e um(a) cursista ao iniciar suas atividades em um paciente sob isolamento de contacto por micro-organismo multirresistente:

Ao entrar no quarto e pegar o estetoscópio de uso privativo do paciente, o fisioterapeuta percebe que o mesmo encontra-se com defeito, sem uma das olivas, e o diafragma solta com facilidade. Então, avisa à cursista que esta deve pegar três luvas, sendo que uma das luvas deverá ser utilizada sobre o diafragma do seu estetoscópio para protegê-lo. A cursista logo questiona, referindo-se à possibilidade de reclamação por parte dos coordenadores e informa sobre a

orientação de uso de álcool para desinfecção do diafragma. O fisioterapeuta então declara desconhecer esta orientação e justifica que optou por colocar a luva por se tratar de uma proteção a mais, para que, ao transportar o seu estetoscópio junto com seus pertences pessoais em sua mochila e posteriormente usá-lo em outros pacientes, não corresse o risco de contaminação. Em seguida, faz a seguinte verbalização para a pesquisadora: *“No caso desse leito, que não tem disponível estetoscópio pra gente fazer a avaliação [...] temos que usar o nosso estetoscópio, que é uma coisa que não gosto de fazer, particularmente, mas a limitação que a gente tem no hospital, a gente não tem outra opção”* (Cena 5/Fisioterapeuta “H”).

Percebe-se que, ao usar uma luva amarrada sobre o diafragma do estetoscópio durante a ausculta dos pulmões do paciente, o fisioterapeuta faz uso de uma regulação para assim prevenir a contaminação de seu estetoscópio, minimizando os riscos de transmitir infecção para outros pacientes e para ele mesmo. Assim, à medida que o conhecimento tácito do fisioterapeuta vai se consolidando, o mesmo vai lançando mão de estratégias para vencer as diversidades no contexto da UTI.

De acordo com Abrahão (2000), no trabalho real existem situações em que não é suficiente para o trabalhador apenas cumprir regras, é necessário interpretar, corrigir e, muitas vezes criar, para atender às exigências da situação de trabalho. Esclarece também que, ao passar por essas situações, o trabalhador estabelece estratégias individuais e coletivas que compreendem as estratégias compartilhadas com outros membros e com a hierarquia.

Outra situação observada ocorre durante a realização de aspirações de secreções pulmonares nos pacientes internados na UTI. Notemos na cena descrita abaixo:

Durante a aspiração de um paciente, a cursista chama o fisioterapeuta e comenta: *“o vácuo não está pegando nada, o vácuo não está funcionando.”* O fisioterapeuta, então, faz ajustes na conexão do frasco de aspiração com o vácuo e com a válvula de controle de força do vácuo e então pergunta: *“Está funcionando, não está? Pela zoada acho que está [...]. Quem aguenta?”* Posteriormente, comenta com a pesquisadora que demorou muito nos atendimentos na noite anterior por conta de sempre o vácuo de aspiração estar com problemas e completa: *“a sorte é que os outros estavam tranquilos, não requereram muita atenção”* [refere-se aos demais pacientes da UTI]. Observa ainda, pela lentidão do movimento de secreção na mangueira de aspiração, que a força de aspiração ainda é insuficiente, então a cursista sai e pega uma borracha de silicone e entrega à fisioterapeuta, que realiza a troca e assim melhora a eficiência da sucção do vácuo (Cena 6/ Fisioterapeuta “B”).

Na cena descrita, observa-se que o trabalhador usou sua competência para assim mobilizar sua subjetividade e desenvolver uma atitude que permitisse uma antecipação dos eventos, para assim realizar o seu trabalho. Esta ação foi compartilhada pelo (a) cursista. Observa-se na cena que o este, implicitamente, entendeu a necessidade de se trocar a borracha para melhorar a eficiência do vácuo.

Isso significa [...] dominar, controlar esses eventos em situação real: fazer face a uma falha num equipamento, a um desvio de qualidade, à demanda singular de um cliente, a uma situação social difícil num lugar público, aos imprevistos que, inevitavelmente, envolvem o lançamento de uma inovação etc. Significa desenvolver o potencial contido no evento [...]. Por exemplo, a falha em um equipamento leva a modificar ou mesmo reconhecer o equipamento e o seu modo de uso [...]. Mas significa também

antecipação sobre os eventos. Esta antecipação não é do tipo uma pré-definição ou de uma prescrição de operação. Ela é uma antecipação daquilo que pode ocorrer, do que resta no âmbito das escolhas possíveis (Zarifian, 1996, p. 3, *apud* Bernardo, 2009).

Com relação aos EPIs, existe a preocupação por parte dos sujeitos de fazer racionamento desses materiais, pois comentam da possibilidade real de sua falta conforme experiências anteriores. Vejamos na fala de um dos fisioterapeutas:

*Às vezes a gente não tem. Agora eu vou te ser sincera. Agora já tem com mais frequência, mas a gente já chegou utilizar capa de tecido comunitária, todo mundo usava a mesma capa, pra poder chegar ao paciente, então isso é um risco. A gente precisa ter uma capa exclusiva. Você usa e você despreza (Fisioterapeuta “D”).*

A pesquisadora presenciou uma das cenas em que os fisioterapeutas usam como estratégia o racionamento de capa descartável para evitar falta desse dispositivo de proteção:

Um fisioterapeuta está pronto para colocar uma paciente na posição sentada e chama seu colega para auxiliar: “ vamos aqui, que esta paciente é muito pesada.” O colega então responde: “não, vamos economizar a capa, né?”. Neste dia, a UTI está com sete pacientes sob isolamento de contacto e para atender a esses se faz necessário uso de capas descartáveis de proteção (Cena 7/Fisioterapeutas “S” e “D”).

Segundo Guérin e colaboradores (2001), os responsáveis pela organização do trabalho frequentemente minimizam a variabilidade do trabalho, dos sistemas técnicos, da diversidade dos serviços a realizar, ou dão a impressão de que essa variabilidade é totalmente previsível e controlável; contudo, é no exercício *vivo* de suas funções que os trabalhadores vão passar por momentos em que só o seu trabalho permite a regulação desses *incidentes*, e isto não é simples.

A despeito dos riscos de contacto com material biológico nos olhos durante suas atividades, principalmente aspirações de secreções pulmonares, os fisioterapeutas as realizam sem uso de óculos de proteção. Constatemos nas cenas e falas abaixo demonstradas:

O fisioterapeuta realiza, juntamente com a cursista, manobras de tosse assistida, pressurizações com o respirador e aspirações de secreções em um paciente tetraplégico que tem dificuldade de eliminar secreções. Durante as condutas, o paciente não só apresenta grande volume de secreção purulenta como também apresenta intercorrências, sangramento de vias aéreas superiores importantes. Para realização das condutas, observa-se que o fisioterapeuta não faz uso de máscara ou óculos de proteção. Após conseguir estabilizar a situação clínica do paciente, através de ações conjuntas com a equipe, e quando este se dirige para a higienização das mãos, em entrevista situada relata sobre o não uso dos EPIs: “stress, stress puro” (Cena 8/ Fisioterapeuta “Q”).

*Mas é porque aqueles óculos realmente atrapalham muito. Eu não enxergo nada com aquilo, porque fica embaçando, então eu não consigo enxergar. Aquilo então fica me agoniando porque não estou enxergando e acabo fazendo sem [...]. Não acopla direito [...] (Fisioterapeuta “B”).*

*Eu geralmente não uso óculos, porque incomoda muito, embaça e eu não consigo enxergar nada mesmo. Só uso quando é uma bactéria que ainda não se sabe muito os mecanismos de*

*contaminação, quando ainda não está esclarecido [...]*(Fisioterapeuta “P”).

De acordo com Porto (2007), o trabalhador de vítima, pela maior exposição devido ao não uso correto de EPIs, pode ser perversamente transformado em culpado pelos gestores, através da atribuição de conceitos, como a classificação de *ato inseguro*, por exemplo. Contudo, esta avaliação mostra-se preconceituosa e descontextualizada da realidade cotidiana vivida por estes trabalhadores. As falas e cenas descritas acima demonstram que o uso dos EPIs, na maioria das vezes, não só gerou grande desconforto aos trabalhadores, impossibilitando a realização da sua atividade, como também ficou impraticável devido às contingências apresentadas. Desta forma, as práticas adotadas pelos trabalhadores desvelam que, apesar de o discurso técnico de riscos – baseado em racionalidades científicas – objetivar moldar as formas de comportamentos seguros a serem adotados pelos trabalhadores, estes agem baseados nas suas racionalidades práticas diante das condições encontradas, muitas vezes tendo que se afastar da regra para assim cumprir as suas tarefas (Horlick-Jones, 2005).

São várias as racionalidades práticas desenvolvidas pelos fisioterapeutas diante dos riscos biológicos observadas no cotidiano desta UTI. Isto pode ser desvelado na cena e fala abaixo:

Ao aspirar os pacientes, o fisioterapeuta sempre se posicionava por trás da cabeceira destes, fora da direção das secreções respiratórias que poderiam ser expelidas quando o paciente tossisse. Posteriormente, na autoconfrontação, o mesmo explica: “ [...] *Eu, quando estou sem óculos eu me protejo, procuro ficar por trás da*

*cabeceira do paciente para evitar que a secreção pegue em mim” (Cena 9/ Fisioterapeuta “B”).*

Segundo Amalberti (1996), citado por Diniz et al. (2005), o trabalhador age mobilizando os seus recursos cognitivos para avaliar a situação, avalia, por isso, a possibilidade de risco no procedimento em curso, verificando o nível de exigência e os resultados esperados e assim elabora uma ação apropriada.

Mais uma vez, são inúmeras as situações em que se observa essa capacidade de regulação e estratégias de proteção dos trabalhadores para lidar com os riscos presentes no seu cotidiano. A cena abaixo demonstra mais uma dessas situações:

Em um plantão, o fisioterapeuta começou a trocar os filtros<sup>9</sup> que são colocados entre a via aérea artificial dos pacientes e os tubos corrugados dos respiradores. Estes filtros não raramente se encontram com secreções respiratórias em seu interior. Em todas as trocas o (a) fisioterapeuta sempre procedia da seguinte forma: primeiro desconectava o tubo do filtro, virava este tubo contrário a sua direção e aí então trocava o filtro. Ao ser convidado a verbalizar, afirmou: *“sempre que tem secreção eu só abro aqui para evitar que venha no meu rosto”* (Cena 10/ Fisioterapeuta “B”).

Observou-se também que todas as vezes que os fisioterapeutas aspiravam secreções respiratórias dos pacientes, esses só fechavam o vácuo de aspiração após acabarem todo o procedimento e colocarem a borracha de silicone pendurada sobre o frasco de aspiração. Esta é uma forma de proteção utilizada por esses sujeitos, visto que, assim, evitam que as secreções que tenham ficado no silicone após o procedimento retornem, ao elevarem o silicone para enrolar sobre o frasco e venham a ter contacto com sua pele ou mucosa.

---

<sup>9</sup> A função do filtro é aquecer e umidificar o ar que é enviado para os pulmões dos pacientes.

Outro procedimento importante realizado pelos fisioterapeutas é a utilização de duas luvas ao aspirar as secreções respiratórias dos pacientes; verificou-se, em dada ocorrência, que esses profissionais usavam uma luva estéril por cima da luva de procedimento, quando um deles justifica: *“assim eu me protejo, pois ao terminar a aspiração já estou com uma luva por baixo para pegar em outros materiais que estão sujos.”* Em outras ocasiões, percebe-se que esta é uma estratégia de proteção por não confiar na qualidade das luvas que, segundo uma das falas, *“são de péssima qualidade e muito porosas”*.

A seguinte cena demonstra outra estratégia:

Ao entrar nos isolamentos de contato e vestir a capa de proteção, em inúmeras situações, observa-se que o fisioterapeuta faz um furo em cada manga, próximo ao punho, e por ele introduz o seu polegar. Posteriormente calça as luvas de procedimentos, as quais envolvem o punho por cima da capa. Assim, impede que a manga se desloque para cima e o seu punho fique descoberto durante as aspirações de secreções (Cena 11/ Fisioterapeuta “C”).

Garfinkel (2006) convencionou que o mundo do ator social no seu trabalho não é objeto do seu pensamento, mas é um campo particular onde ele vai agir como um intérprete crítico, sob condições específicas. Assim, lida com os objetos que ele encontra e relata como reais e objetivos em uma maneira particular para ele. Então, exemplifica: *“uma montanha tem significados diferentes para um estrategista de guerra, para um turista ou para um criador de ovelhas.”* Assim sendo, podemos inferir que o ator social no seu trabalho vai desempenhar o seu papel baseado em um universo de elementos peculiares que para ele é reconhecido como real, relevante e significativo; desse modo, ele vai interpretar esse universo abalizado no seu contexto específico.

#### 8.2.2.4 O ACÚMULO DE FUNÇÕES DO FISIOTERAPEUTA

*“prefiro ficar no local durante toda a realização do exame...”*

Além de realizar as atividades de fisioterapia motora e respiratória na UTI, o fisioterapeuta participa do transporte de pacientes sob ventilação mecânica ao Setor de Bioimagem do hospital. Além disso, responsabiliza-se por retirar o respirador do paciente na UTI, transportar o aparelho até o Setor de Bioimagem, reinstalar a ventilação no paciente e promover assistência ventilatória durante a realização do exame, o que inclui ajustes necessários no respirador.

A prescrição da tarefa consiste em montar, transportar, instituir a ventilação mecânica, fazer ajustes necessários e retornar à UTI para prosseguir com as demais atividades enquanto o exame é realizado. Durante as observações, percebe-se que, quando assim procedeu, o fisioterapeuta foi solicitado a retornar ao setor de Bioimagem para fazer ajustes na ventilação mecânica, considerados necessários pelo médico residente responsável pelo transporte do paciente.

Assim, uma das estratégias utilizadas por esse sujeito é permanecer no local durante o exame, o que evita repetidos retornos ao setor quando surge qualquer problema no respirador. Vejamos na fala de um dos fisioterapeutas da cena descrita abaixo:

O fisioterapeuta, ao ser solicitado para acompanhar o paciente durante o exame, comenta: *“prefiro ficar no local durante toda a realização do exame, pois assim evito que ao retornar para a UTI seja chamado para fazer novos ajustes na ventilação mecânica, por alguma alteração clínica no paciente”* (Cena 12/ Fisioterapeuta “G”).

O fisioterapeuta enfrenta também outros constrangimentos durante a participação no transporte de pacientes, pois os elevadores disponíveis no hospital possuem muitos problemas. Podem-se mencionar: pequeno espaço interno, o que faz com que a equipe se divida em dois elevadores; demora a chegar ao piso solicitado, devido ao número reduzido de elevadores e quebras constantes. Observemos na cena descrita abaixo:

A paciente retorna do exame com a equipe de transporte, porém o Fisioterapeuta “B”, que participou no transporte do aparelho e nos ajustes da ventilação mecânica durante o exame, ainda não retornou para a UTI [utilizou outro elevador devido ao espaço pequeno]. O Fisioterapeuta “F”, que ficou na UTI, especula tratar-se de problemas com o elevador e comenta: *“andam sempre com defeito.”* Então, o médico e os enfermeiros permanecem ventilando a paciente, aguardando o respirador. O fisioterapeuta “F”, que tenta resolver esta situação, decide colocar a paciente em um novo respirador, porém não encontra conexões limpas na UTI para instalar. Nesse momento, o fisioterapeuta “B” adentra a UTI e informa: *“fiquei preso no elevador com várias pessoas e uma senhora precisou ser abanada.”* Imediatamente os fisioterapeutas reinstalam o ventilador e promovem a ventilação para a paciente. Somente após essas contingências, o curso das atividades na UTI pode ser continuado, não só para os fisioterapeutas como também para toda equipe envolvida no transporte (Cena 13/ Fisioterapeutas “B” e “F”).

Tais contingências consomem grande parte do tempo disponível do fisioterapeuta para realizar as suas tarefas assistenciais na UTI, o que o faz compensar esse tempo com a aceleração de suas atividades para cumprir as metas estabelecidas.

Outra tarefa que compete aos fisioterapeutas da UTI é o atendimento de intercorrências clínicas nas unidades de internamento, no período das 19 às 7h, e não raramente em outros horários em que não se consegue contatar o fisioterapeuta da unidade e o paciente esteja sob indicação de ventilação mecânica. Cabe ao fisioterapeuta montar, testar e levar o respirador até a unidade onde o paciente se encontra. Ao chegar à unidade, este profissional instituirá a Ventilação Mecânica (VM) com ajustes ventilatórios após discussão clínica e acordo com o médico. Muitas vezes, o fisioterapeuta, depois de instituir a ventilação, prefere aguardar o primeiro resultado da gasometria, que se faz necessário para adequação ventilatória, sabendo que ao chegar à UTI será imediatamente chamado para ajustar parâmetros, o que demandará maior tempo e deslocamento. Todos estes desvios de função provocam interferências no trabalho do fisioterapeuta ao retornar para UTI, impondo-lhe constrangimento temporal, o que o torna mais susceptível à exposição aos riscos durante a realização de suas tarefas.

Igualmente, outra função prescrita aos fisioterapeutas da UTI é a realização de atendimentos nas unidades de internamento em pacientes que necessitam de assistência fisioterapêutica noturna, o que faz com que esses se desloquem para as unidades com frequência. Muitas vezes, este deslocamento é para realizar atividades que competem também a outros membros da equipe de saúde do hospital, como, por exemplo, a aspiração de secreções visíveis em vias aéreas superiores.

Cabe também aos fisioterapeutas a troca diária dos frascos de aspiração. O mesmo tem que retirá-los da parede, levar até o expurgo, desprezar as secreções presentes e acondicioná-los em recipiente próprios. Na falta de frasco limpo, o mesmo improvisa, despreza os fluidos orgânicos, passa água no frasco e os recoloca.

As múltiplas funções às quais o fisioterapeuta é submetido durante o seu plantão, geram aumento de carga de trabalho. Isso é agravado principalmente quando este se encontra como único plantonista de fisioterapia na UTI. Tal ocorrência é comum principalmente no

turno vespertino, nas situações em que há necessidade de transferência de um dos fisioterapeutas da UTI para suprir a demanda em outra unidade, e o plantonista não pode, neste período, contar com a presença do coordenador como substituto do profissional deslocado. Observa-se na descrição da cena a seguir um dia típico em que isso ocorreu:

O fisioterapeuta encontrava-se à tarde na UTI como o plantonista responsável por dez pacientes e contava com mais um profissional, que era uma supervisora de estágio, a qual ficara com dois pacientes para prestar assistência. Seu colega de plantão havia sido remanejado para a Unidade Coronariana. Logo após o almoço, antes que pudesse descansar, foi chamado, pois uma paciente estava com dificuldade de respirar. Ao mesmo tempo, outro paciente precisava ser levado para exame e assim o fisioterapeuta correu para conseguir acompanhá-lo. Solicitou que o supervisor de estágio o contatasse se surgissem intercorrências. Isto ocorreu por volta das 14h 40min e às 17h. O fisioterapeuta não havia conseguido retornar do exame para a UTI, o que trouxe consequências, pois, ao retornar para a UTI, acelerou o ritmo para realizar as suas atividades assistenciais aos demais pacientes que permaneceram na UTI (Cena 14/ Fisioterapeuta “G”).

Nesta UTI, como se pode constatar nas observações, o número de pacientes por fisioterapeuta está de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 1998), que corresponde a um fisioterapeuta para assistir a cada dez pacientes. Contudo, o fato do mesmo ter múltiplas funções, sendo uma destas ficar responsável por transportar respiradores e prestar assistência ventilatória a pacientes sob VM durante a realização de exames externos à UTI, gera constrangimentos temporais e exigem deste profissional regulações para

desempenhar suas atividades. Assim, a grande variabilidade de situações cotidianas na UTI pode tornar o profissional de fisioterapia mais propenso a riscos de acidentes com sangue ou outros fluidos corporais durante as suas ações de trabalho.

## 09. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização das tarefas no contexto de trabalho de uma UTI, através do uso de elementos da etnometodologia e da AET, possibilitou a identificação das variabilidades do trabalho, evidenciando como são geradas as demandas extraordinárias e como os trabalhadores agem diante das inadequações dos meios de trabalho associadas aos riscos biológicos presentes no seu cotidiano.

Pôde-se compreender, por meio da análise das ações dos fisioterapeutas diante dos riscos biológicos na UTI, como esses regulam os riscos biológicos e a variabilidade do trabalho. Constatou-se, portanto, como reagem esses profissionais em um ambiente tão complexo como a UTI, onde ocorrem transformações da situação de trabalho em ínfimos interstícios, nas chamadas urgências e emergências, em que se faz necessário o contato direto ao assistir o paciente grave.

A análise do trabalho permitiu desvelar que o fisioterapeuta na UTI realiza o trabalho real que, ressalte-se, é diferente do trabalho prescrito. Para isso, lança mão de suas competências para regular e assim gerar estratégias a fim de minimizar os riscos de contaminação com material biológico e mitigar a inadequação dos recursos materiais na realização das suas atividades.

Pode-se constatar, através deste estudo, que existe uma dinamicidade nesta UTI e uma variabilidade do material utilizado na demanda de atendimentos aos pacientes e na multiplicidade de funções dos fisioterapeutas, a partir das quais estes realizam e estruturam suas atividades.

A insuficiência dos meios de trabalho é um dos fatores que mais impõem perturbações na realização das tarefas do fisioterapeuta. O trabalhador entra em choque com as

padronizações da prevenção de riscos biológicos pela instituição devido à complexidade do setor e à insuficiência e inadequação dos meios de trabalho.

O controle de riscos na UTI está baseado na elaboração de regras e em manuais operacionais para diversas situações, que têm como objetivo proteger os profissionais na execução do seu trabalho; contudo, essas regras geralmente não levam em consideração as atividades reais de trabalho e, por conseguinte, toda a sua variabilidade.

Ao gerar regulações para contornar as perturbações no seu trabalho, o fisioterapeuta age, não só como um cumpridor das regras institucionais, visto que estas não conseguem prever nem dar conta do trabalho real e de todos os seus determinantes. Ele então age como um descodificador dessas regras diante da situação concreta do seu cotidiano, do seu espaço de atuação, delimitando o que é real e significativo para ele e, assim, estabelece metas e compromissos de qualidade e produção. Por isso, não pode ser julgado com um descumpridor de normas e rotinas ou como um ser que está naturalizando o risco no seu cotidiano, mas como um ser inteligente capaz de regular perturbações com compromisso e qualidade, ainda que, muitas vezes, em detrimento da sua própria saúde.

É importante afirmar que as iniciativas para controle dos riscos não devem prescindir do replanejamento do trabalho com a participação do trabalhador, o qual vivencia as situações concretas e assim é capaz de propor sugestões de real eficácia para melhoria das condições de trabalho no sentido de preservar a sua saúde.

Este estudo suscita a necessidade de compreender, em outros contextos, como os fisioterapeutas realizam suas ações práticas diante da insuficiência dos meios, e dos riscos biológicos, visando a atender às exigências do trabalho.

Espera-se que esta pesquisa contribua para a melhoria das condições de trabalho dos fisioterapeutas, para que, assim, estes consigam maior margem de manobra e meios mais

adequados para realizar suas atividades, diante da variabilidade do contexto, com maior segurança.

## **10 PROPOSIÇÃO DAS AÇÕES**

As proposições para prevenção e controle dos riscos nos locais de trabalho exigem estratégias que devem envolver os trabalhadores e os gestores para o sucesso das ações. Estas são descritas a seguir:

Discutir os riscos nos coletivos de trabalho, dentro das unidades de trabalho, para assim tentar suplantar as barreiras práticas na execução das estratégias preventivas. De acordo com pesquisas realizadas pela National Academy of Science (NAS, 2001), os programas de prevenção nos locais de trabalho que tiveram maior sucesso foram os que envolveram conjuntamente os seguintes fatores: compromisso dos gestores, compromisso dos funcionários e questões organizacionais.

Acompanhar os fisioterapeutas em situação real de trabalho para, em cooperação com os mesmos, estabelecer os dispositivos de real eficácia e de melhor adaptação às características e necessidades reais dos trabalhadores para a identificação e prevenção dos riscos.

Fortalecimento da CIPA, principalmente com disponibilização de horários aos CIPISTAS para uso exclusivo nas suas ações de vigilância à saúde dos trabalhadores, análise dos processos e promoção de eficácia das medidas preventivas utilizadas.

Ao realizar compra de dispositivos de proteção individual, avaliar também a qualidade e eficácia do material adquirido. Procurar um maior intercâmbio e cooperação com o SCIH, assim como agregar a participação dos trabalhadores na escolha dos óculos de proteção para ajuste às suas características individuais e aos determinantes do trabalho.

Rever as múltiplas funções dos fisioterapeutas da UTI, dentre as quais estão o transporte de respiradores para as unidades de internamentos, a participação em transportes de pacientes para exames com ajustes e responsabilidade pela ventilação mecânica, além da responsabilidade pela troca de filtros e frascos de aspirações na UTI.

Estabelecer programa de intercâmbios com as enfermarias para assim evitar as constantes interrupções das rotinas de trabalho dos fisioterapeutas na UTI, como as convocações para realizar exclusivamente aspirações e coleta de secreções respiratórias para exames nas unidades de internamentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahão JI. Reestruturação produtiva e Variabilidade do Trabalho: Uma Abordagem da Ergonomia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16: 49-54, 2000.

Abrahão JI, Pinho DLM. As transformações do trabalho e os desafios teórico-metodológicos da Ergonomia. *Estudos de Psicologia*, número especial: 45-52p., 2002.

Acosta JM. Avaliação do Sistema de Gestão de Riscos de Acidentes com Instrumentos Perfuro- Cortantes na Atividade de Limpeza de Hospitais Públicos Através da Análise Ergonômica do Trabalho. Dissertação de Mestrado. Escola de Engenharia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 156p, 2004.

Almeida Filho N. O Futuro do Conceito de Risco. Disponível em: <<http://abrasco.org.br>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2010.

Angus GC. The Future of Critical Care. *Critical Care Clinics*, 21: 163– 169p., 2005.

AMIB, Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Boletim Express. Disponível em: <[http://www.amib.org.br/noticias.asp?cod\\_site=0&id\\_noticia=395&keyword=Censo\\_2009](http://www.amib.org.br/noticias.asp?cod_site=0&id_noticia=395&keyword=Censo_2009)>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2010.

ASSOBRAFIR, Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória. Disponível em: <<http://www.assobrafir.com.br/site/página.asp?area=87&seção=90>>. Acesso em 24 de Janeiro de 2009.

Assunção AA. O saber prático construído pela experiência compensa as deficiências físicas provocadas pelas condições inadequadas de trabalho. *Trabalho e Educação*. 12: 1-16, 2003.

\_\_\_\_\_. A Cadeirologia e o Mito da Postura Correta. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 29: 41-55, 2004.

Baraldi S, Diaz MYP, Martins Wde J, Junior DA de C. Globalização e seus Impactos na Vulnerabilidade e Flexibilização das Relações de Trabalho em Saúde. *Trabalho Educação e Saúde*, 6; 539- 48, 2008/2009.

Barbosa A. Riscos ocupacionais em hospitais: um desafio aos profissionais da área de saúde ocupacional. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 126p., 1989.

Barnes PH. Conference Announcement. 5th New Zeland Natural Hazards Management Conference 2002. New Zeland, 2002. Disponível em: <<http://eprints.qut.edu.au/606/1/Community-safety-riskperception.pdf> >. Acesso em: 24 de outubro de 2008.

Barros FBM. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da História. *Revista Fisio Brasil*, 59:20-31p., 2003.

\_\_\_\_\_. Poliomielite, Filantropia e Fisioterapia: o Nascimento da Profissão de Fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Ciências e Saúde Coletiva*, 13: 941-53p., 2008.

\_\_\_\_\_. Fisioterapia, Poliomielite e Filantropia: A ABBR e a Formação do Fisioterapeuta no Rio de Janeiro (1945-1965). Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, 259p., 2009.

Barros MEB, Vieira LFD, Bergamin MP, Scarabelli RS. As Articulações Saúde e Trabalho: Relato de Experiência em um Hospital Público, Vitória Espírito Barros. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 14: 451-68, 2006.

Bennett S. Design, organization and staffing of the intensive care unit. *Surgery*, 27: 1-5p., 2009.

Berger PL, Luckmann T. *A construção Social da Realidade*. 30 ed., Vozes: Petrópolis, 248p., 2009.

Bernardo MH. *Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do Toyotismo a partir da vivência de trabalhadores*. 1. ed., Expressão Popular: São Paulo, 192 p., 2009.

Borges A, Franco A. Mudanças de Gestão: Para Além dos Muros da Fábrica. In: Franco T (Org.). *Trabalho Riscos Industriais e Meio Ambiente: Rumo ao Desenvolvimento Sustentável*. EDUFBA: Salvador, 242 p., 1997.

Brasil. Decreto Lei n. 938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as Profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras Providências. Diário oficial de 16 de outubro de 1969.

Brasil, Decreto Lei N. 90 640. Inclui categoria funcional no Grupo- Outras Atividades de Nível Superior a que se refere a Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 10 de Dezembro de 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N. 3432. Dispõe sobre critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível. Diário Oficial da União de 12 de agosto de 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Resolução 196, Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial de 10 de outubro de 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Regulamentadora- NR 5. Diário Oficial da União de 29 de dezembro de 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Regulamentadora- NR 6. Diário Oficial da União de 14 de março de 1983.

Brasil. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora- NR 7. Diário Oficial da União, 16 de junho de 1996.

Brasil. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora- NR 32. Diário Oficial da União, 11 de novembro de 2005.

Bulhões I. *Riscos do trabalho de enfermagem*. 2. ed., Correio Carioca: Rio de Janeiro, 221 p., 1998.

Caixeta, RB, Barbosa-Branco A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. *Caderno de Saúde Pública*, 21:737-746, 2005.

Cavalcante C AA, Enders B C, Menezes R M P, Medeiros S M. Riscos Ocupacionais do Trabalho em Enfermagem: Uma Análise Contextual. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5: 88-97, 2006.

Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21: 508-16p., 2005.

CNS, Conselho Nacional de saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Resolução 196/96. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 31 de julho de 2008.

COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Fisioterapia: Atribuições profissionais. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=27](http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27)>. Acesso em: 30 de março de 2009.

COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução N. 80. Diário Oficial da União de 9 de Maio de 1987.

Coulon A. *Etnometodologia*. Vozes: Rio de Janeiro, 134p., 1995a.

\_\_\_\_\_. *Etnometodologia e Educação*. Vozes: Rio de Janeiro, 204p., 1995b.

\_\_\_\_\_. *A condição de estudante: a entrada na vida universitária*. EDUFBA: Salvador, 276 p., 2008.

CREFITO. Conselho Regional de Fisioterapia e terapia ocupacional Disponível em: <<http://www.crefito.org.br>>. Acesso em: 24 de janeiro de 2009.

Dean E, Ross J. Discordance between cardiopulmonary physiology and physical therapy: toward a rational basis for practice. *Chest*, 101:1694-1698, 1992.

Dean E. Oxygen transport: a physiologically-based conceptual framework for the practice of cardiopulmonary physiotherapy. *Physiotherapy*, 80: 347-355, 1994.

Diniz EPH, Assunção AA, Lima FPA. Prevenção de acidentes: o reconhecimento das estratégias operatórias dos motociclistas profissionais com base para a negociação de acordo

coletivo. XII Congresso brasileiro de Ergonomia, Recife, 2005. Disponível em [www.scielo.org/scieloOrg/php/art... >](http://www.scielo.org/scieloOrg/php/art...). Acesso em: 13 de julho de 2009.

Donchin Y, Seagull FJ. The holiste enviroment of the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 8:316-20, 2002.

Druck M G. *Terceirização: (Des)fordizando a fábrica*. EDUFBA: Salvador, 280p., 1999.

Ely EW, Baker AM, Dungan DP, et al. Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable breathing spontaneously. *New Englad Journal Medicine*, 335: 1864-1869p., 1996.

Farrell MP, Schmitt MH, Heinemann GD. Informal Roles and the Stages of Interdisciplinary Team Development. *Journal of Interprofessional Care*, 15:281-95p., 2001.

Fernandes RCP, Assunção AA, Carvalho FM. Trabalho repetitivo sobre pressão de tempo: um estudo sobre distúrbios músculo-esquelético no setor de valvulado de uma fábrica de plástico. In: *Distúrbios músculo-esquelético e trabalho industrial*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia, Salvador, artigo IV, 157-8p, 2004.

\_\_\_\_\_. Tarefas Repetitivas sob Pressão Temporal: os distúrbios músculos esqueléticos e o trabalho industrial. *Ciências e saúde Coletiva*, agosto de 2007. Disponível em:< <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 20 de julho de 2008.

Foucault M. *Microfísica do Poder*, Gral: Rio de janeiro, 100p., 1981.

Francis D, Hester, S. *An Invitation to Ethnomethodology: Language, Society and Interaction*. SAGE Publications: London, 226p., 2004.

Garfinkel H. *Seeing Sociologically: the routine grounds of social action*. Anne Warfield Rawls. Paradigm: Colorado, 239 p., 2006.

Gaspar PJS. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectiva do enfermeiro de urgência. *Nursing*, 10: 23-24, 1997.

Grevink A, Pinsky MR. Evolution of the Intensive Care Unit as a Clinical Center and Critical Care Medicine as a Discipline. *Critical Care Clinics*: 25: 239- 250p., 2009.

Guedes RMA, Lima FPA, Assunção AA. O programa de qualidade no setor hospitalar e as atividades reais de enfermagem: o caso da medicação. *Ciências e Saúde Coletiva*, 10: 63-76, 2005.

Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg, Kerguelen A. *Compreender o Trabalho para Transformá-lo- A Prática da Ergonomia*. Edgard Blucher: São Paulo, 198p., 2001.

Guivant JS. A Trajetória das Análises dos Riscos: da Periferia ao Centro da Teoria Social. *Revista Brasileira de Informações Bibliográficas*, 46: 1-40, 1998.

Guttenberg Y. Spickett J. A Survey of Occupational Exposure to blood and Body Fluids in Physiotherapists in Western Australia. *Asia- Pacific Journal of Public Health*, 21: 508-19, 2009.

Hall JB, Wood LD. Liberation of the patient from mechanical ventilation. *Journal of the American Medical Association*, 257: 621-1628, 1987.

Have PT. *Understanding Qualitative Research and Ethnomethodology*. SAGE: London, 196p., 2004.

Heritage J. *Garfinkel and Ehnometodology*. Polity Press: Cambridge, 335p., 1984.

Hester S, Francis D. Doing data: the local organization of a sociological interview. *British Journal of Sociology*, 45: 675-95p. , 1994.

Holstein JA & Gubrium JF. *The active interview*. SAGE: California, 85p., 1995.

Horlik-Jones T. Risk, Praxis and Everyday Life. ISA World Forum of Sociology, Barcelona, 2008. Disponível em: <[http://www.riskanduncertainty.net/Tom\\_Horlick-Jones.pdf](http://www.riskanduncertainty.net/Tom_Horlick-Jones.pdf) >. Acesso em: 10 de outubro de 2008.

Horst HM, Mouro D, Hall-Jenssens RA, Pamukov N. Decrease in ventilation time with a standardized weaning process. *Archives of Surgery*, 133: 483-488p., 1998.

HUPES, Hospital Universitário Professor Edgar Santos. Material Institucional. Disponível em: <<http://intranethupes.ufba.br.>>. Acesso em: 01 de dezembro de 2009.

Itani A. Vilela Filho A. III Encontro das ANPPAS. Brasília, 23 de maio de 2006. Disponível em: <<http://anppas.org.br/encontro.../encontro3/GT16.html>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2009.

Jones S, Potter M. Entry- level physiotherapist's strategies to lower occupational injury risk in physiotherapy: A qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 22: 329-36, 2006.

Lima FPA. Introdução a análise ergonômica do trabalho (notas de Aula). Belo Horizonte, 1995.

Lubisco NML, Vieira SC, Santana IV. **Manual de Estilo Acadêmico: Monografias, Dissertações e Teses**. EDUFBA: Salvador, 145 p., 2008.

Lupton D. *Risk-Key Ideas*. Routledge: London, 184 p., 1999.

Malinowski B. Objetivo, método e alcance desta pesquisa. In: Guimarães AZ (org.). *Desvendando Máscaras Sociais*. Francisco Alves: Rio de Janeiro, 40-61 p., 1980.

Marques AP, Sanches EL. Origem e Evolução da Fisioterapia: Aspectos Históricos e Legais. *Revista Fisioterapia Universidade de São Paulo*, 1: 5-10 p., 1994.

Moraes MF. Algumas Considerações sobre a História dos Hospitais Privados no Rio de Janeiro: o Caso Clínica São Vicente. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, 89p., 2005.

Naronem L, Widstrom GG. Professional Theoretical Paper: Towards a paradigm-oriented approach I Physical Therapy. *Physical Therapy Theory and Practice International Journal*, 15: 175-84, 1999.

NAS, National Academy of Sciences. *Musculoskeletal Disorders and the Workplace Low Back and Upper Extremities*. 2001. Disponível em: <<http://www.nap.edu>>. Acesso em: 01 de agosto de 2009.

Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JH, Mancini MC, Figueiredo IM. A Profissionalização da Fisioterapia em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10: 241-47p., 2006.

Nogueira JA. Fisioterapia no Contexto da Assistência Domiciliar: Estudo de Pacientes com AIDS. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 133 p., 2000.

Norrenberg M, Vincent JL. A profile of European Intensive Care Unit Physiotherapists. *Intensive Care Medicine*, 26:988-94p., 2000.

Novaes R. Pequeno Histórico do Surgimento da Fisioterapia no Brasil e suas Entidades Representativas. Disponível em: <<http://www.santafisio.com/trabalhos/ver.asp?cod=163>>.

Acesso em: 12 de outubro de 2007.

Nozawa E, Sarmiento GJV, Vega JM, Costa, Silva JEP, Feltrim MIZ. *Fisioterapia e Pesquisa*, 15: 177-82p., 2008.

OMS- Organización Mundial de La Salud. Métodos Utilizados para Estabelecer Níveis Admisibles de Exposición Profesional a Los Agentes Nocivos. Ginebra: OMS, 1977.

Pitta AMF. *Hospital: Dor e Morte como Ofício*. 5. ed. Hucitec: São Paulo, 198p., 2003.

Panhotra BR, Saxena AK, Al-Mulhim AS. Hepatitis B vírus vaccination compliance among health care workers in intensive care unit: necessity to improve protection of attending physicians. *Intensive Care medicine*, 31: 1596, 2005.

Porto MFS, Freitas CM. Análise dos riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13: 59-72, 1997.

Porto MFS. Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar. *Cadernos de Saúde do trabalho*. Kingraf: São Paulo, 1-43p., 2000.

\_\_\_\_\_. *Uma Ecologia Política dos Riscos: princípios para integrarmos o local e o local na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Fiocruz: Rio de Janeiro, 248 p., 2007.

Porto MFS, Mattos UAO. Estratégias de Prevenção, Gerenciamento de Riscos e Mudança Tecnológica. In: Mendes R (org.). *Patologia do Trabalho*. 2 ed. Atheneu: São Paulo, 2910 p., 2003.

Puri N, Puri V, Dellinger RP. History of Thecnology in the Intensive Care Units. *Critical Care Clinics*: 25: 185- 200p., 2009.

Puro V, Carli G, Petrosillo N, Ippolito G. Risk of Exposure to Bloodborne Infection for Italian Healthcare Workers, by Job Category and Work Area. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 22: 206-10, 2001.

Rangel ML. Comunicação no Controle de Riscos à Saúde e Segurança na Sociedade Contemporânea: uma Abordagem Interdisciplinar. *Ciências e Saúde Coletiva*, 12: 1375-1385., 2007.

Rawls AW. Harold Garfinkel, Ethnomethodology and workplace studies. *Organization Studies*, 29: 701-32p., 2008.

Resende MR, Fortaleza CMCB. Risco ocupacional entre profissionais da área de saúde e medidas de proteção. In: Colibrini MRC, Figueiredo RM, Paiva MC (org.). *Leito-dia em AIDS: uma experiência multiprofissional*. Atheneu: São Paulo, 2001.

Richardson B. Professional Development. *Physiotherpay*, 85: 467-74, 1999.

Rissi MRR, Machado AA, Figueiredo MAC. Profissionais de saúde e AIDS: um estudo diferencial sobre crenças e afetos associados à experiência de exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado. *Caderno de Saúde Pública*, 21: 283- 291, 2005

Sepkowitz K A. Occupationally Acquired Infections in Health Care Workers Part II. *Annals of Internal Medicine*, 125:826-34, 1996a.

\_\_\_\_\_. Occupationally Acquired Infections in Health Care Workers Part I. *Annals of Internal Medicine*, 125:917-28, 1996b.

Salmória JG, Camargo WA. Uma Aproximação dos Signos- Fisioterapia e Saúde- aos Aspectos Humanos e Sociais. *Saúde e Sociedade*, 17: 1-13p., 2008.

Santos MLR. “Cadê o meu aumento ou vou causar acidente”. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 278p. , 1992.

Sarquis LMM. O Monitoramento do Trabalhador de Saúde, após Exposição a Fluidos Biológicos. Tese de Doutorado. Universidade São Camilo/ Escola de Enfermagem, São Paulo, 195p., 2007.

Silva ECBF, Antas MGC, Neto AMB, Rabelo MA, Melo FL, Maciel MAV. Prevalence and Risk Factors for *Staphylococcus aureus* in Health Care Workers at a University Hospital of Recife-PE. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 12: 504-08, 2008.

Siqueira MM, Watanabe FS, Ventola A. Desgaste Físico e Mental dos trabalhadores de enfermagem: uma análise sob enfoque gerencial. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*, 3: 45-7p., 1995.

Tanaka C. Fisioterapia Implica Menor tempo de Internação, 2007. Disponível em: <<http://www.wv4.usp.br/index.php/saude/1320>>. Acesso em: 24 de janeiro de 2009.

Therrien J, Carvalho ADF. O professor no Trabalho: Epistemologia da Prática e Ação/ Cognição Situada- Elementos para Análise da Práxis Pedagógica. *Revista Brasileira de Formação de Professores*, 1: 129-147p., 2009.

Suchman LA. *Plans and Situated Actions: The Problem of Human Machine Communication (Learning in Doing: Social, Cognitive and Computational Perspectives)*. Cambridge University Press: Cambridge, 203 p., 1987.

UFBA, Universidade Federal da Bahia. Roteiro de Dissertação e de Projeto de Dissertação, 2008. Disponível em: <[http://www.sat.ufba.br/site/main.asp?view= Arquivos](http://www.sat.ufba.br/site/main.asp?view=Arquivos)>. Acesso em: 24 de outubro de 2008.

Vicent J L, Lambert T, Cerny V. Critical Care in Europe. *Critical Care Clinics*: 13: 245- 55, 2009.

Wisner A. *A Inteligência no Trabalho: Textos Seleccionados de Ergonomia*. Fundacentro: São Paulo, 191 p., 1994.

**APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PRÉ-ESCLARECIDO**

Nome da Pesquisadora: Rosangela Cunha da Rocha

Telefone para contato: 71-88149030/71-32838135.

Instituição: Hospital Universitário Professor Edgar Santos

Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho.

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo compreender as práticas dos fisioterapeutas diante dos riscos biológicos nos seus processos de trabalho, no contexto específico de uma Unidade de Terapia Intensiva.

Os participantes desta pesquisa serão fisioterapeutas da Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Serão utilizadas verbalizações, entrevistas semiestruturadas e observação sistemática e participante. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora, gravadas e transcritas na íntegra. Na realização da observação participante, a pesquisadora prestará testemunho direto do seu cotidiano de trabalho.

Serão mantidos o sigilo e o anonimato, assegurando a privacidade de todos os participantes envolvidos na pesquisa, assim como será assegurada a liberdade para recusar a participação ou solicitar a sua saída do estudo, em qualquer momento, sem que sofra qualquer tipo de penalidade, seja ela profissional ou pessoal. Sempre que quiser, o(a) senhor(a) poderá solicitar mais informações sobre a pesquisa através dos telefones da pesquisadora (71-33541780; 71- 88149030) do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (71-32838043).

A participação nesta pesquisa não traz implicações legais e não oferece nenhum tipo de despesa para participar, bem como nada será pago pela sua participação.

Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados ou apresentados apenas em eventos ou revistas de cunho científico na área das Ciências da Saúde. Serão garantidos os

sigilos e anonimato dos participantes. Ressalto que a sua participação neste estudo possibilitará subsídios para construção de instrumentos capazes de gerar discussões de estratégias preventivas de risco à saúde no local de trabalho.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa em Seres Humanos conforme Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Antes de assinar este documento, eu fui suficientemente informado (a) sobre o projeto de pesquisa: os objetivos, as entrevistas, os diários de campo, os inconvenientes, os benefícios, os perigos e os efeitos indesejáveis que poderão ocorrer quando eu estiver participando da pesquisa. Eu sei que posso desistir da pesquisa a qualquer momento. Portanto, aceito participar voluntariamente do projeto, permitindo que os conteúdos das entrevistas e do diário de campo sejam utilizados para os fins a que se propõem e também possam ser inspecionados por representantes do governo para conferir se o está sendo realizado corretamente.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do (a) participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Nome da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisado

**APÊNDICE 2- CRÔNICA DA ATIVIDADE DO FISIOTERAPEUTA**

<b>FISIOTERAPEUTA “F”</b>		
<b>INÍCIO</b>	<b>FIM</b>	<b>DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE</b>
7h 43min	7h 50min	Participa da visita fisioterapêutica (em pé por falta de cadeira), quando são discutidos com o coordenador evolução, planos fisioterapêuticos dos pacientes
7h 51min	7h 52min	Observa paciente do L15 e retorna para visita fisioterapêutica
7h 53min	8h 4min	Participa da visita Fisioterapêutica
8h 5min	8h 6min	Sai e calça um propé
8h 7min	8h 8min	Participa da Visita Fisioterapêutica
8h 9min	8h 10min	Observa e monitoriza os pacientes (interrompido por auxiliar para informar sobre traquéia do ventilador com defeito)
8h 11min	8h 18min	Retorna à visita fisioterapêutica com informações à equipe sobre quadro clínico do paciente
8h 18min	8h 25min	Discute telerradiografia de tórax de um paciente com o colega fisioterapeuta
8h 26min	8h 27min	Discute telerradiografia de tórax de um paciente com o médico
8h 27min	8h 28min	Retorna para visita fisioterapêutica
8h 29min	8h 30min	(Interrompido) para ver com um técnico uma conexão de um respirador com defeito
8h 32min	8h 49min	Participa de visita fisioterapêutica
8h 50min	8h 51min	Pega o prontuário de um paciente para discussão na visita fisioterapêutica
8h 52min	8h 53min	Discute com o médico plantonista o desmame da paciente do L15
8h 54min	9h 11min	Participa de visita e discute o caso da paciente do L15 com a coordenação
9h 12min	9h 28min	Café da manhã com coordenador, cursistas e fisioterapeutas

9h 28min	9h 30min	Divisão dos pacientes entre o coordenador fisioterapeuta e demais colegas
9h 31min	9h 32min	Discute com o médico plantonista sobre condutas com paciente do L15
9h 33min	9h 36min	Faz estatística de quantitativo de atendimentos dos pacientes de alta da UTI
9h 37min	9h 38min	Leva prontuário de alta até a sala da administração
9h 39min	9h 42min	Conversa com médico plantonista sobre altas
9h 43min	9h 44min	Divide com o colega as tarefas e acompanhamento os cursistas
9h 45min	9h 47min	Observa paciente do L6 que está dessaturando (alarme toca) e posiciona a paciente do L13 sentada com MMII apoiados fora do leito
9h 48min	9h 49min	Higieniza as mãos com álcool gel
9h 50min	9h 52min	Acessa exames dos pacientes no computador para discutir com um dos cursistas
9h 53min	9h 54min	Ausulta paciente do L6 que estava dispnéico
9h 55min	10h 9min	Discute exames dos pacientes com os cursistas
10h 10min	10h 12min	Lava as mãos com povidine (não há sabão na UTI)
10h 13min	10h 14min	Discute com cursista sobre atendimento à paciente do L3
10h 14min	10h 15min	Interrompido por médico plantonista para discutir sobre desmame da paciente do L2
10h 16min	10h 17min	Testa vazão do oxigênio e de ar comprimido do respirador da parede do L3 (cujo alarme estava tocando)
10h 18min	10h 20min	Acrescenta soro fisiológico em frasco de oxigênio da paciente do L3
10h 20min	10h 25min	Examina paciente com cursistas
10h 26min	10h 28min	Lava as mãos
10h 29min	10h 30min	Inicia fisioterapia em um paciente
10h 31min	10h 32min	Vai até armário pegar aparelho fisioterapêutico para o paciente do L3

10h 33min	10h 35min	Interrompido por médico assistente do paciente do L4 para saber informações sobre a evolução clínica do mesmo
10h 35min	10h 40min	Inicia aparelho de fisioterapia respiratória em paciente
10h 41min	10h 43min	Reavalia paciente e decide suspender o aparelho
10h 44min	10h 45min	Leva aparelho usado para expurgo
10h 46min	10h 47min	Conversa com enfermagem sobre procedimento dialítico de um paciente
10h 47min	10h 49min	Lava mãos enquanto discute com colegas sobre quadro clínico dos pacientes
10h 50min	10h 51min	Discute com colega sobre quadro clínico de um paciente
10h 52min	10h 57min	Inicia desmame do paciente do L13
10h 58min	11h	Lava as mãos
11h 1min	11h 10min	Inicia manobras de fisioterapia respiratória com cursista que assiste o paciente do L13
11h 10min	11h 14min	Lava mão e calça luvas de procedimentos duas vezes (primeira luva rasgou)
11h 15min	11h 18min	Reexamina paciente L13
11h 19min	11h 20min	Realiza novas condutas utilizando o respirador na paciente do L13
11h 21min	11h 22min	Ausulta paciente do L13
11h 23min	11h 24min	Lava as mãos
11h 25min	11h 26min	Busca materiais para iniciar treinamento respiratório na paciente do L13
11h 27min	11h 30min	Interrompido por chefia
11h 31min	11h 32min	Instala oxigênio no L13 para desmame
11h 34min	11h 36min	Senta paciente L13 no leito
11h 37min	11h 39min	Lava as mãos

11h 40min	11h 41min	Discute com coordenação de fisioterapia desmame do paciente
11h 42min	11h 44min	Lava as mãos
11h 45min	11h 46min	Utiliza lençol, para conter o paciente que sentou no leito, para evitar quedas
11h 47min	12h 3min	Faz anotações com cursistas em prontuários
12h 4min	12h 5min	Vai até copa para almoço
12h 5min	12h 6min	Chamado por equipe para avaliar paciente que chegou à UTI
12h 7min	12h 9min	Lava as mãos
12h 9min	12h 14min	Posiciona paciente no leito, com auxílio do cursista
12h 15min	12h 16min	Ajusta parâmetros do respirador do paciente
12h 18min		Segue para almoço
<b>FISIOTERAPEUTA “C”</b>		
<b>INÍCIO</b>	<b>FIM</b>	<b>DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE</b>
14h	14h 20min	Recebe paciente procedente do centro cirúrgico
14h 21min	14h 33min	Lê prontuário de admissão com dois cursistas
14h 34min	14h 37min	Olha exames dos pacientes no computador
14h 38min	14h 39min	Discute com MP e colega terapêutica
14h 40min	14h 42min	Discute com cursista admissão do L7
14h 43min	14h 44min	Pega máscara de barreira
14h 45min	14h 46min	Procura estetoscópio (não há disponível para este leito)
14h 47min	14h 49min	Ausulta paciente no isolamento (Não liberou entrada de estudantes para racionar capas no isolamento)

14h 50min	14h 52min	Ajusta parâmetros do respirador
14h 53min	14h 58min	Aspira secreção pulmonar do paciente (mantém-se lateralizado ao lado da cabeceira)
14h 59min	15h 1min	Reavalia paciente
15h 2min	15h 7min	Faz manobras de desobstrução pulmonar com bolsa valva
15h 8min	15h 18min	Aspira secreção pulmonar do paciente
15h 19min	15h 20min	Reavalia paciente
15h 21min	15h 22min	Aspira secreção pulmonar do paciente
15h 23min	15h 24min	Reavalia paciente
15h 25min	15h 27min	Aspira secreção pulmonar do paciente
15h 28min	15h 29min	Reajusta parâmetros do respirador
15h 30min	15h 34min	Faz manobras de compressão torácica
15h 35min	15h 37min	Aspira secreção pulmonar do paciente (mantém conexões do respirador contrárias ao seu rosto)
15h 38min	15h 40min	Reavalia paciente
15h 41min	15h 42min	Faz manobras de compressão torácica
15h 43min	15h 45min	Aspira secreção respiratória e faz lavado no paciente
15h 46min	15h 49min	Manobras fisioterapêuticas com auxílio do respirador
15h 50min	15h 52min	Faz manobras de compressão torácica
15h55min	16h	Aspira secreção respiratória do paciente
15h 26min	15h 28min	Lava as mãos
15h 29min	15h 30min	Recoloca eletrodos em tórax do paciente (soltos) a pedido da enfermagem

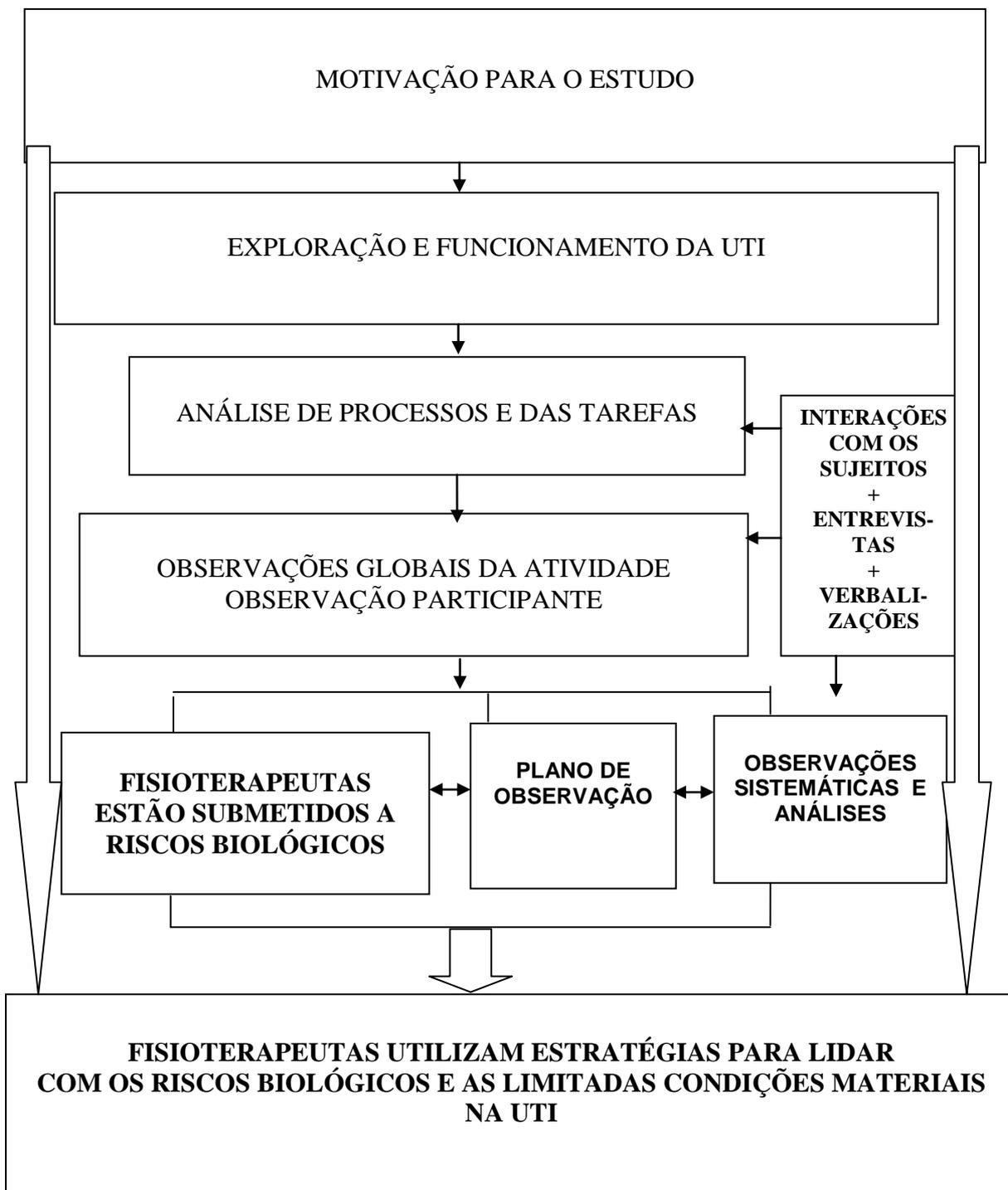
15h 31min	14h 32min	Lava mãos
15h 32min	15h 33min	Discute com cursista caso clínico do paciente do L7
15h 34min	15h 35min	Ausculata com cursista o paciente do L5
15h 34min	15h 38min	Reausculata paciente com cursistas
15h 39min	16h	Rediscute caso clínico com cursista
16h 1min	16h 2min	Corre e fecha dreno de paciente do L4 que está sendo sentado por cursistas
16h 3min	16h 4min	Termina de sentar paciente do L4 com o cursista
16h 5min	16h 6min	Recebe capa da enfermeira
16h 7min	16h 9min	Lava as mãos
16h 10min	16h 12min	Discute sobre quadro clínico do paciente do L1
16h 12min	16h 18min	Acompanha atendimento de fisioterapia motora no paciente do L6
16h 19min	16h 30min	Avalia parte motora do paciente
16h 31min	16h 32min	Lava as mãos
16h 33min	17h	Interrompe atividades para visitas de familiares aos pacientes da UTI
17h 5min	18h 30min	Discute diagnósticos fisioterapêuticos com colegas e cursistas e escreve em prontuários
18h 31min	19h	Passagem de Plantão fisioterapêutico



## **APÊNDICE 4- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES DE FISIOTERAPIA**

- Quantitativo de fisioterapeutas na UTI e respectivos vínculos;
- Quantitativo de leitos na UTI e ocupação;
- Organização do trabalho dos fisioterapeutas;
- Prescrição de Tarefas para o fisioterapeuta;
- Funcionamento do Curso de atualização na UTI e os estágios de graduação;
- Formas de Gestão;
- Formas de Gestão de Riscos à saúde dos trabalhadores;
- Recursos materiais na UTI.

## APÊNDICE 5- ESQUEMA GERAL DO PERCURSO METODOLÓGICO



Modificado de Guérin et al.(2001)



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA**  
**MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**IORG0003460. Assurance FWA00002471, October 26, 2010**  
**IRB00004123, October 5, 2007 - October 4, 2010**

Rua Augusto Viana, s/nº, Canela – Hospital Universitário Professor Edgard Santos, 1º andar.  
Cep: 40.110-160 – Salvador-Bahia telefax.: (71) 3283-8043 e-mail: [cepcco@ufba.br](mailto:cepcco@ufba.br) homepage: [www.cepcco.ufba.br](http://www.cepcco.ufba.br)

## PARECER/RESOLUÇÃO N.º 045/2009

**Registro CEP. 044/09.** (Este número, bem como o do Parecer acima devem ser citados nas correspondências referentes a este projeto).

**Título do Projeto.** “Trabalho e Risco em uma Unidade de Terapia Intensiva: significados e práticas dos Fisioterapeutas.”

**Patrocínio/Financiamento.** Projeto a ser realizado com recursos próprios e com orçamento de R\$ 3.653,55 (três mil, seiscentos e cinquenta e três reais e cinquenta e cinco centavos), compatível.

**Pesquisador Responsável.** **Rosângela Cunha da Rocha**, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade federal da Bahia. “Curriculum vitae” apenso.

**Instituição.** Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), da UFBA.

**Área do Conhecimento.** 4.00, Ciências da Saúde; 4.08, Fisioterapia e Terapia Ocupacional; Nível: Prevenção, P; Grupo III.

**Objetivos.** Compreender os significados e práticas dos fisioterapeutas a cerca dos riscos à saúde nos seus processos de trabalho, no contexto específico de uma Unidade de Terapia Intensiva.

**Sumário.** O projeto visa identificar fatores de riscos e situações que contribuam para esse aumento dos riscos à saúde dos fisioterapeutas, imersos no ambiente de trabalho cotidiano de uma UTI. A coleta de dados será através de uma triangulação de métodos através de observação participante e sistemática, entrevistas em profundidade semi-estruturadas e anotações num diário de campo, que serão desenvolvidos com 15 fisioterapeutas voluntários, que exercem sua função de trabalho naquela UTI.

**Crítérios de inclusão:** Ser fisioterapeuta da UTI do HUPES, sem distinção de sexo e estar em atividade no decorrer da pesquisa. **Crítérios de exclusão:** Fisioterapeuta dessa mesma unidade que esteja afastado do trabalho ou venha a se afastar do trabalho por qualquer motivo, durante o decorrer da pesquisa.

**Análise de riscos:** Não são evidenciados riscos adicionais nesse projeto de pesquisa. **Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade:** é compreensível que a identificação e a compreensão de fatores de riscos à atividade do fisioterapeuta na UTI



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA**  
**MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**IORG0003460. Assurance FWA00002471, October 26, 2010**  
**IRB00004123, October 5, 2007 - October 4, 2010**

Rua Augusto Viana, s/nº, Canela – Hospital Universitário Professor Edgard Santos, 1.º andar.  
 Cep: 40.110-160 – Salvador-Bahia telefax.: (71) 3283-8043 e-mail: cepmco@ufba.br homepage: www.cepemco.ufba.br

ou em qualquer área de atividade de trabalho, poderá trazer grandes benefícios aos participantes dessa pesquisa, bem como poderá ser extrapolado para outros locais com atividades semelhantes, visando a melhoria da qualidade de saúde dos trabalhadores de maneira preventiva.

“**Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido**” (TCLPE) bem elaborado e objetivo, cumprindo sua função de esclarecer e validar a autorização, obedecendo critérios bioéticos estabelecidos pelo resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

**Comentários.** Há apenas necessidade de ajuste do cronograma para a coleta dos dados já que há divergência entre a tabela do mesmo, e o texto metodológico. **Protocolo aprovável.**

*APROVADO*

Salvador, 27 de Maio de 2009

  
 Professor, Doutor, Antônio dos Santos Barata,  
 Coordenador – CEP/MCO/UFBA

**Observações importantes.** Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste (a) ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução e nas “Recomendações Adicionais” apenas, **bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação**, (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)