

Quando a vida começa diferente: cuidado postural no cotidiano da equipe multiprofissional em terapia intensiva pediátrica

Quando la vida empieza distinta: el cuidado postural en la rutina del equipo multiprofesional de cuidados intensivos pediátricos

When life begins different: postural care on daily life of the multiprofessional team in pediatric intensive care

Odemir Pires Cardoso Júnior¹
Juliana Maria de Sousa Pinto²

RESUMO: Objetivo: Compreender as práticas da equipe multiprofissional no cuidado postural da criança cardiopata na unidade de terapia intensiva. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo de cunho qualitativo, realizado na Unidade de Terapia Intensiva cardiopediátrica de um hospital de referência de Fortaleza, Ceará, Brasil, no tratamento de doenças cardíacas e pulmonares em abril de 2016, com profissionais de saúde lotados há pelo menos seis meses na unidade atuando no manejo da criança no leito. A coleta de dados foi através da observação participante e da entrevista semiestruturada. Utilizou-se a Análise de Conteúdo para a análise das informações. A pesquisa cumpriu a Resolução 466/12 e foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética do referido hospital com parecer de nº 53399616.4.0000. **Resultados:** Emergiram as seguintes categorias de análise: “Só mais uma vez... amanhã talvez”: a distância dos sujeitos nos processos de cuidado em saúde e “Oh me vira aqui... me mexe aqui”: outros modos de ser profissional de saúde. **Conclusão:** Há que se refletir criticamente acerca das ações e interações no contexto dos serviços de saúde sobre o que, como e quando falar; o que, como e quando olhar; como se posicionar e tocar a criança. Importa compreender o que a criança transmite e tentar atender às suas necessidades como pessoa e não só como paciente.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva. Pediatria. Posicionamento do Paciente.

1 Fisioterapeuta, Preceptor em terapia Intensiva da Faculdade Maurício de Nassau - Campus Natal/RN

2 Docente do Curso de Fisioterapia e da Pós-Graduação em Fisioterapia Respiratória e Cardiovascular da Universidade de Fortaleza. Fisioterapeuta, coordenadora adjunta e coordenadora acadêmica do Serviço de Reabilitação Pulmonar do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, e preceptora do Curso de Aprimoramento em Fisioterapia Cardiorrespiratória e da Residência Multiprofissional do Hospital de Messejana

RESUMEN: Objetivo: Comprender las prácticas del equipo multiprofesional para el cuidado postural del niño con cardiopatía en la unidad de cuidados intensivos. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y cualitativo realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos cardiopediátrico de un hospital de referencia de Fortaleza, Ceará, Brasil, para el tratamiento de enfermedades cardíacas y pulmonares en abril de 2016 con profesionales sanitarios que trabajaban desde hace por lo menos seis meses en la unidad en el manejo del niño en la cama. La recogida de datos se dio a través de la observación participante y de la entrevista semiestructurada. Para el análisis de las informaciones se utilizó el Análisis de Contenido. La investigación ha cumplido la Resolución 466/12 y se ha iniciado tras la aprobación del Comité de Ética del referido hospital con el informe de nº 53399616.4.0000. **Resultados:** Emergieron las siguientes categorías de análisis: “Solo una vez más... mañana tal vez”: la distancia de los sujetos en los procesos del cuidado en salud y “Oye, voltéame aquí... me mueve aquí”: otros modos de ser profesional sanitario. **Conclusión:** Hay que reflexionar críticamente sobre las acciones y interacciones en el contexto de los servicios de salud sobre el que, cómo y cuándo hablar; el que, cómo y cuándo mirar; como posicionarse y tocar el niño. Es importante comprender lo que el niño trasmite y intentar atender sus necesidades como persona y no solo como paciente.

Descriptor: Unidades de Cuidados Intensivos. Pediatría. Posicionamiento del Paciente.

ABSTRACT: Objective: To understand the practices of the multiprofessional team in the postural care of the cardiopath child in the intensive care unit. **Methods:** This is a qualitative descriptive study, carried out in the Cardiopediatric Intensive Care Unit of a reference hospital in Fortaleza, Ceará, Brasil, in the treatment of heart and lung diseases in April of 2016, with health professionals who had been working for at least six months at the unit dealing with child in bed. A semi-structured interview and participants observation was used to collect data. Content Analysis was used to analyze the information. The research complied with Resolution 466/12 and it started after the approval of the Ethics Committee of said hospital with the opinion of nº 53399616.4.0000. **Results:** The following categories of analysis emerged: “Only once more ... maybetomorrow “: the distance of the subjects in the processes health care and “Oh turn me here ... move me here”: other ways of being a health professional. **Conclusion:** It is necessary to reflect critically on the actions and interactions in the context of the health services on what, how and when to speak; what, how and when to look; how to stand and touch the child. It is important to understand what the child transmits and try to meet their needs as a person and not only as a patient.

Descriptors: Intensive Care Unit. Pediatrics. Patient Positioning.

INTRODUÇÃO

Quando pais e mães recebem a notícia do diagnóstico da cardiopatia congênita do filho, antes ou após o seu nascimento, tem início, para eles, a vivência singular do processo de desconstrução e reconstrução da representação desse filho, o qual se desenvolve pela resiliência frente a nova

situação vivida. Começa para a criança uma vida diferente, com cardiopatia congênita, que se define por uma malformação na estrutura do coração ou dos grandes vasos, órgãos vitais, presente por ocasião do nascimento, podendo representar um defeito cardíaco individual ou uma combinação de defeitos¹.

As cardiopatias congênitas podem, muitas vezes, ser corrigidas por meio de cirurgia, assegurando para os pais a expectativa de uma vida normal. No entanto, quanto mais tarde for realizado o procedimento cirúrgico, maiores serão as sequelas físicas e psicológicas para a criança, por envolver a utilização de técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento. A vivência da hospitalização, com frequência, precoce, em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), ambiente assistencial de rotinas e protocolos rigorosos, dolorosos e robotizados, ocasiona sentimentos de aflição, culpa, medo e insegurança, sendo considerada um processo de crise para o sistema familiar².

Trata-se de uma realidade que destitui a criança de sua função: ser criança. Esse ambiente, habitualmente de estimulação negativa prolongada, pela dificuldade de se harmonizar a realização de grande quantidade de procedimentos invasivos e a recuperação e promoção da segurança do paciente, pode propiciar efeitos deletérios, gerando uma crescente preocupação quanto ao seu prognóstico³.

Trabalhar em UTI Pediátrica é um desafio e uma busca constante de associar tecnologia de ponta com sensibilidade humana, da qual depende a sobrevivência do bebê. Requer habilidade, atenção, flexibilidade, talento, vocação e amor, portanto, a UTI deixa de ser apenas um local, em termos espaciais, para se transformar em um contexto gerador de significados⁴.

A redução de ruídos, a diminuição da luminosidade e a adoção de medidas de controle da dor são estratégias que contribuem para o desenvolvimento do recém-nascido. Além disso, iniciativas como o toque, a fala e a contenção facilitada durante a realização dos procedimentos de rotina possibilitam a redução do estresse do recém-nascido, favorecendo um desenvolvimento neuromotor mais harmonioso⁵.

O posicionamento terapêutico/adequado/funcional ou cuidado postural é uma forma de intervenção que permite o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes àquelas apresentadas por recém-nascidos a termo (RNT) saudáveis. O posicionamento funcional dentro da UTI neonatal, como intervenção simples de cuidado, exerce uma influência significativa nos parâmetros de ventilação e perfusão pulmonar, garantindo, a depender da posição em que o bebê se encontra, uma melhora ou piora da mecânica ventilatória⁶.

O cuidado postural do recém-nascido está diretamente relacionado à melhoria na assistência dessa clientela por contribuir na regulação das suas funções fisiológicas, proporcionando estabilidade e redução dos gastos de energia, sendo inclusive preconizado pelo Ministério da Saúde como

estratégia na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso⁷.

O importante no posicionamento é verificar como cada bebê se comporta perante a nova postura. É sugerido o uso de materiais, como fraldas de tecido, cueiros ou cobertores em forma de rolos para promover contenções e facilitar posturações. É um método de conforto efetivo que favorece a organização da criança sobre o leito⁸.

A adoção de medidas destinadas a potencializar práticas humanísticas de saúde direcionadas à criança é imprescindível, a exemplo da execução de um planejamento de intervenções oportunas e eficazes voltadas para a promoção do bem-estar da criança hospitalizada. Importa ressaltar que a sensibilização da equipe multiprofissional para o cuidado ao paciente requer dos hospitais a prática de uma política de ação que abranja sua atuação interprofissional, entendendo que a humanização não resulta apenas da aplicação de recursos materiais, mas essencialmente da mudança de atitudes dos recursos humanos envolvidos no processo⁹.

O profissional de saúde que exerce uma prática humanizada valoriza as diversas formas de comunicação e expressão do sofrimento e examina com cuidado a pessoa que o procura. A abordagem humanizada baseia-se especialmente na compreensão da singularidade dos sujeitos fundamentando os princípios da clínica ampliada, potencializando a adição de agentes não farmacológicos como mudança significativa nos processos de hospitalização¹⁰.

Dito isso, vale ressaltar que os programas de Residência Multiprofissional adentram o âmbito hospitalar em virtude da Proposta de Humanização na Saúde, intensificando que humanizar a atenção e a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como meio para a qualificação das práticas de saúde, em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e intensificação dos vínculos interprofissionais e entre esses e os usuários na produção de saúde¹¹.

A Residência Multiprofissional surge nesse novo cenário para oferecer e experimentar esse novo fazer saúde, com o desafio de imprimir mudanças significativas nos processos de formação. É também vista como estratégia de organização dos serviços, uma vez que infiltra no contexto hospitalar equipes interdisciplinares, impulsionando a realização de reflexões na vida, no ânimo e no poder do cuidar. Ao adentrar um universo complexo e hierárquico, proporciona um amadurecer profissional¹².

Nesse contexto, o presente estudo se justifica porquanto motivado pela sensibilidade pessoal de tentar entender a complexidade que rodeia as cardiopatias congênitas e pela necessidade de compreender as práticas da equipe multiprofissional no que diz respeito ao cuidado postural da criança cardiopata em unidade de terapia intensiva pediátrica em razão da incipiência de estudos científicos sobre o tema, visando fortalecer uma assistência mais integral e longitudinal da criança cardiopata.

Ressalta-se a importância do posicionamento funcional para a saúde das crianças e a necessidade de se impulsionar a realização de uma reflexão teórica que ofereça subsídios para as ações e intervenções da equipe multiprofissional no cuidado postural da criança cardiopata na UTIP, fatores que confirmam a relevância deste estudo para o profissional ao abrir espaço para discussão e compreensão das experiências vivenciadas pela equipe, com o propósito de produzir novas formas de entender e agir na assistência à saúde, promovendo um atendimento diferenciado tanto na linha de cuidados do serviço quanto nos aspectos relativos às particularidades das crianças envolvidas.

Elege-se como objetivo deste estudo compreender as práticas da equipe multiprofissional no cuidado postural da criança cardiopata na unidade de terapia intensiva.

MÉTODOS

Optou-se, para o alcance do objetivo proposto, por desenvolver um estudo descritivo com abordagem qualitativa. O trabalho qualitativo privilegia o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis¹³.

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva cardiológica pediátrica (UTIP) de um Hospital de Referência no Tratamento de Doenças Cardiopulmonares no município de Fortaleza, CE, no mês de abril de 2016. Essa unidade é composta, em média, por 60 profissionais de diferentes categorias e conta atualmente com oito leitos, dispostos bilateralmente.

Participaram do estudo os profissionais da equipe de saúde, independentemente da idade e do gênero, que prestavam serviços na UTI cardiológica pediátrica há pelo menos seis meses atuando diretamente no manejo da criança no leito e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que estavam de férias no período de coleta de dados, não estavam presentes na UTI no momento da coleta ou se negaram a participar do estudo. O número de participantes foi determinado pela saturação das informações.

Aos possíveis participantes foram explicados os objetivos, a metodologia, os riscos e os benefícios do estudo com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A participação do profissional foi efetivada com a assinatura do referido termo.

Para a caracterização dos participantes do estudo aplicou-se-lhes uma ficha sociodemográfica que incluiu informações como identificação, sexo, tempo e jornada de trabalho semanal em UTI pediátrica, quantidade de empregos, bem como participação em cursos ou atualizações sobre cuidado postural no leito ou temas relacionados.

Utilizou-se a técnica de observação participante para descrever a experiência/vivência dos

profissionais de saúde sobre o posicionamento no leito de crianças cardiopatas, consistente na inserção do pesquisador no território, no caso, na UTI pediátrica, por um período, para que pudesse observar as produções daquele cotidiano. O pesquisador observou a equipe, registrando informações que considerou relevantes em um diário de campo, a exemplo das características da intervenção no processo de trabalho observado, para subsidiar sua análise e possibilitar a realização de um confronto com os discursos dos entrevistados.

Para identificar e apreender os motivos dos posicionamentos das crianças cardiopatas como prática cotidiana adotada pelos profissionais na UTIP realizou-se uma entrevista semiestruturada a partir de quatro perguntas norteadoras -“Descreva como a criança ficou posicionada no leito: em qual decúbito? Utilizou algum artefato?”“Porque a criança se encontra nessa postura?”“Qual a sua opinião em relação ao posicionamento das crianças no leito de UTI?” “Para você, existe diferença entre posicionar a criança no leito e mudar a criança de decúbito?”, - lançadas logo após a intervenção do profissional junto à criança. Referidas perguntas serviram de base para se analisar o grau de percepção do profissional em relação às posturas adotadas no ambiente da UTI, levando-se em consideração seus conhecimentos adquiridos durante a vivência prática do cuidado dos pacientes. As entrevistas foram gravadas com o consentimento do profissional e transcritas na íntegra.

Analisaram-se as informações obtidas mediante o método da Análise de Conteúdo, que propõe encontrar respostas para os questionamentos formulados, além de dizer respeito à descoberta dos elementos inerentes ao conteúdo manifesto¹⁴.

Com o objetivo de salvaguardar o anonimato das crianças envolvidas na pesquisa, utilizaram-se como pseudônimos os tipos de posicionamento nos registros realizados no diário de campo.

Esta pesquisa obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012¹⁵, iniciando-se apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do referido Hospital com parecer de nº 53399616.4.0000.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Fizeram parte do estudo 18 profissionais da equipe de saúde, entre eles 2 fisioterapeutas, 3 enfermeiros, 10 técnicas de Enfermagem e 3 médicas, destacando-se o gênero feminino. De todos os profissionais pesquisados, a maioria exerce suas atividades somente no âmbito hospitalar, por um período que varia entre 10 meses e 28 anos. Seus relatos evidenciaram esgotamento físico e mental ao se referirem a uma jornada de trabalho exaustiva, em torno de mais de 40 horas semanais.

Emergiram então duas categorias:“Só mais uma vez?...amanhã talvez”: a distância dos sujeitos

nos processos de cuidado em saúde e “Oh, me vira aqui... me mexe aqui”: outros modos de ser profissional de saúde.

“Só mais uma vez? ...amanhã, talvez”: a distância dos sujeitos nos processos de cuidado em saúde

A concepção de formação em saúde originou-se de uma prática pedagógica embasada numa visão de corpo, saúde, doença e terapêutica reduzida, partida e, sobretudo, estática. Corrobora essa assertiva o fato de a aprendizagem à época ter se realizado por meio da lida, da observação e do toque no corpo morto, oferecendo como únicas fontes o contato com o professor em sala de aula, o livro-texto e o reduzido treinamento supervisionado. Entretanto, a real intervenção profissional acontece no corpo vivo e em interação com o ambiente, sob processos de subjetivação, gerando desafios na prática ¹⁶.

As vivências, conjugadas às observações, desde o início do trabalho de campo, possibilitaram identificar os estudantes como simples interlocutores passivos, coadjuvantes, e que “despencam” nos serviços para serem protagonistas do cuidado, terminando profissionais capturados, implicados na assistência e reprodutores do eixo instrumental-recortado-corporativo-centrado.

[...] a criança ficou em decúbito... ventral é? Pra cima ventral né?(Enfermeira 1).

[...] porque no caso é uma UTI pós-operatória, né? Então quando a criança vem da cirurgia a gente não pode manusear, nem mudar decúbito, nem posicionar!(Enfermeira 3).

As instituições formadoras têm perpetuado a utilização de modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e em tecnologias altamente especializadas. Ocorre que a formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências no diagnóstico, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos ^{17, 18}, tendo em vista que lidamos com sujeitos singulares e não com patologias. Desse modo, nota-se o reflexo negativo da formação no trabalho em saúde em geral, como mostram os relatos a seguir, que se configura em procedimentos programados e não nas reais necessidades das pessoas, resultando em empobrecimento da dimensão cuidadora.

[...] butei em DLD devido primeiramente pela atelectasia, porque tem que ficar lateral contrário e também pela realização da plicatura e a retirada do dreno torácico hoje [...] (Fisioterapeuta 1).

[...] a gente obedece rigorosamente à mudança de decúbito de três em três horas, quando a criança pode, né? ser posicionada, manuseada, né?(Enfermeira 2).

A organização do trabalho em saúde foi intensamente afetada pelos constantes avanços tecnológicos e pela crescente especialização, fato que se comprova no âmbito hospitalar. A institucionalização das práticas de saúde, a perda do controle sobre os meios de trabalho e a maciça

incorporação de tecnologias de ponta no ambiente laboral contribuíram para o empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação profissionais – usuários ¹⁹.

Persiste, assim, um conjunto diversificado, especializado e fragmentado de atos cuidadores na prática, na sua dimensão biologicista, pautado pela patologia, embora se considere que a prática do cuidar em saúde deveria efetivamente se orientar pelo respeito devido à natureza humana e não somente pelas técnicas ou procedimentos estruturados na prestação de assistência puramente, como descrito nas entrevistas que seguem.

Curso de cuidado postural? Não, na verdade isso nem faz parte do meu treinamento médico. (Médica 1).

[...] assim, a última que eu atendi, como foi uma criança grande, ela não precisa de muito... assim, artefato pra ajudar no posicionamento... e, no máximo, cobre, né?(Enfermeira 1).

Considera-se, na prática hospitalar, a inclinação dos sujeitos de reiterar as práticas sociais de seu tempo histórico, e a alienação do agente no sentido de posicionar-se diante das situações. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo clínico hegemônico, deixando para segundo plano os saberes e as ações provenientes de distintos campos, tais como o educativo, o preventivo, o psicossocial, o comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual ^{20, 21}.

O hospital pode ser visto como um sistema funcional, mas também é burocracia, ordem, lugar de reprodução e de hierarquia. Nesse ambiente de urgência e imediatismo, a complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo de complementação e disputa, gera sobrecarga e fragiliza a produção de cuidados ²². Essa narrativa ressalta a cultura de trabalho mais técnico, a tendência à fragmentação das práticas, conferindo maior ou menor integralidade à atenção produzida, mostrando a necessidade de se rever posturas.

Ao entrar no ambiente pediátrico, já pela manhã, visualizo a dinâmica hospitalar. Vários profissionais já posicionados à beira dos leitos...todos empenhados e focados em suas tarefas: banhos, curativos, exames, aspirações, avaliações... tic, tac, tic, tac... o tempo parece não parar..., portanto, a dificuldade de se conseguir deixar a criança numa posição confortável e sossegada. Não dá para posicionar a criança. Este é o cotidiano da UTI infantil".(Diário de Campo – Dia 3 de abril).

[...] agora tem criança, crianças mais graves que geralmente a gente só faz posicionar a cabeça, gira só um pouquinho a cabeça de lado, não mexe com o corpo.(Técnica de enfermagem 1).

A imobilidade é um problema frequente em pacientes admitidos em unidades de pós-operatório infantil e pode contribuir para o aparecimento de deficiências funcionais generalizadas. Acerca dessa questão, nota-se, no cenário observado, que diversos fatores podem contribuir para a instalação dessa condição, entre eles, o tempo de permanência em contenção mecânica e os elevados níveis de sedação. Assim, é oportuno repensar a produção de cuidados em saúde no âmbito hospitalar,

preocupando-se com a segurança do paciente.

[...] a gente usa um rolo feito de pano, também pra imobilizar um pouco a criança no leito, pra ela não ficar se mexendo [...] (Enfermeira 3).

DLE (criança) está inerte no leito, afinal, sempre está sedada. Enfermagem chega para cumprir seu protocolo e rapidamente sinaliza para fisioterapeuta que a criança necessita de atendimento. “Só mais uma vez? ... Amanhã, talvez!”... A fisioterapia hospitalar é vista como parte integrante do tratamento de pacientes em UTI, entretanto, pela gravidade da condição dos bebês, torna-se um atendimento rápido, sobretudo compreendido como simples retirada de secreções. Fica difícil para um fisioterapeuta realizar fisioterapia respiratória e motora visando à recuperação funcional total. O tempo de atendimento não é relevante diante do tempo prolongado de sedação das crianças.(Diário de Campo – Dia 8 de abril).

O paciente, ao ser contido, em especial a criança, perde a sua liberdade de movimento e, assim, passa a lidar com muitos sentimentos, entre eles a inferioridade, o medo por não poder proteger-se e também a humilhação de estar exposto ao manuseio de um estranho; portanto o profissional de saúde precisa sempre considerar a contenção do paciente como integrante do seu processo de trabalho e avaliar que a sua aplicação é de suma importância para que a assistência não se torne simplesmente uma rotina ²³.

A equipe de pós-operatório adentra a unidade trazendo mais um bebê pós-cirúrgico. A equipe multiprofissional está a postos e todos se posicionam para recebê-lo. O bebê estático, em DD, sedado, rapidamente é imobilizado/contido no leito, mediante o uso de artefatos que facilitam a contenção. Ninguém questiona essa iniciativa. Observa-se, sim, a prática cotidiana do setor.(Diário de Campo – Dia 5 de abril).

O posicionamento terapêutico está relacionado à prevenção dermatológica das áreas de pressão e da isquemia, à melhora da oxigenação, além de promover a facilitação funcional generalizada ²⁴. A mudança de decúbito consiste, por si, na capacidade de mudar, manter ou sustentar determinadas posições corporais no paciente acamado, sobretudo, em horas intercaladas ²⁵. É importante ressaltar a diferença entre os dois.

A prática constante de alterações no posicionamento é essencialmente relevante em pacientes imobilizados, hospitalizados, em unidades de terapia intensiva, entretanto, diante do material coletado, é possível perceber que os profissionais da área da saúde realizam a mudança de decúbito em sua rotina de trabalho, porém não realizam o chamado posicionamento terapêutico, retratando, sobretudo, a automatização da assistência hospitalar.

[...] porque se ela ficar assim... numa posição muito tempo, né?, com certeza vai criar úlceras, ai mudando de decúbito você evita, né?, e muito!, e ainda acho que a criança fica mais confortável.(Técnica de enfermagem 2).

Acredito que exista, porque você mudar de decúbito... você tem que, como é?, posicionar ela toda, elevá-la um pouco, né? Enquanto só posicionar só, só vai, tipo, levantar assim um membro um pouquinho, não vai ser total, posicionamento seria total, do que mudança de decúbito.(Técnica de enfermagem 1).

A postura assumida pelo corpo exerce influência direta na saúde do trabalhador. Durante a jornada de trabalho é fundamental, conforme as características de cada função, que os trabalhadores executem suas tarefas com uma correta postura, com o objetivo de não comprometer a integridade física e a saúde. O esgotamento físico e emocional, muitas vezes causado a partir dos fatores que envolvem os problemas posturais do indivíduo no ambiente laboral, diminui o rendimento do trabalhador, podendo proporcionar desde estresse, enxaqueca, lombalgia, hipercifose e tendinite até doenças crônicas, a exemplo da escoliose e da hérnia de disco.

As posturas inadequadas assumidas no desempenho de uma determinada atividade podem provocar um desgaste maior no funcionamento corporal funcional²⁶. As observações sistemáticas, registradas no diário de campo, exteriorizam que a sobrecarga de trabalho, no âmbito hospitalar, reverbera na relação posicional da criança no leito.

DD (Profissional de Saúde) chega ao ambiente de trabalho cedo do dia. DV (criança) está no leito e começa a se agitar. A postura da profissional reflete que algo não está bem. Anteriorização de ombros, reações de dor, distração, olhos de ressaca. A jornada começa... e torna-se visível o desajuste postural na iminência de compensar as estruturas musculares rígidas e contraídas. Não está fácil dar conta... a criança permanece horas na mesma posição.(Diário de Campo – Dia 3 de abril).

Torna-se, assim, de suma importância sinalizar a necessidade de reflexão acerca do cuidado na perspectiva da tecnologia, provocando o repensar sobre a inerente capacidade do ser humano de buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, estimando abrir novos horizontes e novas perspectivas para a melhoria da qualidade do trabalho/assistência e de vida dos sujeitos que cuidam e daqueles que são cuidados, na dimensão do trabalho vivo in ato na saúde²⁷.

***“Oh, me vira aqui...me mexe aqui”:* outros modos de ser profissional de saúde**

No campo da saúde, de maneira geral, só se acha que se atua quando se está atendendo alguém. É como se se pensasse exclusivamente no cuidado em situações do assistir individual, segundo padrões fisiopatológicos²⁸. Na observação de campo, percebeu-se a dificuldade de explicar e fazer reconhecer todos os demais atos educativos, promotores, questionadores, investigativos e produtores de outras ordens que são demandados pelas diversas situações trazidas ao mundo do fazer em saúde.

Após alguns turnos de observação assistemática, entro novamente na unidade, pela manhã, e, como de praxe, me apresento à equipe de plantão como profissional de saúde residente. Explico que estou

realizando uma pesquisa de conclusão de curso e que iria necessitar do apoio de todos para início da coleta de dados. Diante disso, a postura da fisioterapeuta, com a chegada do residente, expressa a possibilidade de trabalho assistencial, ao fazer referência à coleta de dados, como mão de via dupla. (Diário de Campo – Dia 6 de abril).

Ser um profissional de saúde requer conhecimento científico e tecnológico, mas também conhecimento de natureza humanística e social relativo ao processo de cuidar. O diploma em qualquer área da saúde não é suficiente para garantir a qualificação necessária, já que o conhecimento e a informação estão em permanente mudança e exigem atualização por parte do profissional²⁹. Desse modo, nota-se que as instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais para enfrentar as novas realidades de cuidado.

Trabalho aqui de 12 a 14 anos... curso, curso direcionado não fiz, mas já li bastante sobre o posicionamento de qualquer paciente no leito, mas o curso específico não. (Fisioterapeuta 1).

Trabalho aqui há 28 anos... já trabalhei tanto em UTI adulto como infantil, curso especificadamente sobre cuidados posturais não fiz. (Fisioterapeuta 2).

Trabalho aqui há 17 anos... não fiz, já vi como tópico de algum curso, mas sobre posicionamento não, com essa temática não. (Enfermeira 2).

A hospitalização envolve profunda adaptação da criança às várias mudanças que acontecem em seu diaadia, requerendo dos profissionais responsáveis pelos seus cuidados o voltar-se para os sentidos, os valores e os significados de sua prática e para quem se direciona. Essa iniciativa envolve a busca por humanização, qualidade e segurança do paciente e é nesse contexto que se começa a desmistificar o hospital dentro da atenção à saúde, na perspectiva do “saber fazer”, com a produção de alternativas restauradoras do cuidado, possibilitando o ressurgimento do “saber ser”³⁰.

[...] tem muita gente que trabalha mais pelo dinheiro, como tudo mundo acho que sabe, né? Mas tem gente que é puro amor mesmo! Às vezes eu passo três dias fora de casa, trabalhando...tem filho? Tenho! Tenho 8 aqui, 10 lá... valha! É, são meus bebês da UTI! (Técnica de enfermagem 1).

Eu deixei ela em DLE... a gente usa um coxim aqui no ombro, certo? e o rolinho, mais pra ela não descer, coloca gaze perto da boca dela, porque às vezes o tubo, ele causa que a criança vá deixando uma secreção, pra não descer pro pescoço a gente coloca, coloca-se uma flanela que a gente tem aqui como se fosse um lençol pro bebê, pra poder cobrir ela, o braço dela até o pé, mas a gente procura, eu sempre procuro deixar o tórax dela visto pra gente poder ficar observando. (Técnica de enfermagem 2).

Eu não podia falar, as minhas costas doíam, a minha cabeça doía por causa daquela posição que eu ficava e eu intubada... eu não conseguia falar, eu tava muito edemaciada, eu não conseguia abrir os olhos... eu tinha vontade de dizer pras pessoas ...”oh, me vira aqui, me mexe aqui”[...] (Enfermeira 2 – experiência quando hospitalizada).

A criança na UTI está sujeita a maior perda de massa muscular, o que predispõe a fraqueza generalizada, contribuindo para a piora do quadro clínico. Sendo assim, o posicionamento adequado no leito, descrito como uma terapêutica integrativa e complementar a outros tratamentos, pode sinalizar uma oportunidade única de estimulação sensorio-motora como meio de prevenção de complicações secundárias à internação, sobretudo, significando um começo de vida diferente para a criança, como está referido nas entrevistas que seguem³¹.

[...] uma criança que ela não é... é feito mudança de decúbito ou posicionamento, ela vai adquirir outros problemas fora do que ela já está ali, a razão de ela já estar ali, ela pode criar uma escara e dessa escara é... vir a adquirir uma infecção através dela. Se essa mudança não for feita isso poderá vir a acontecer... é importante sim, demais!(Técnica de enfermagem 1).

[...] eu acredito que uma boa postura, um bom posicionamento dela no leito é fundamental em todos os sentidos, pra respiração, pra evitar aspiração, cuidados com úlceras de decúbito, até mesmo cuidado com os acessos, e pra você examinar, pra você medicar... eu acho que a maneira correta de posicionar é fundamental!(Médica 2).

O posicionamento de um paciente em uma UTI é tudo, deve ser visto como uma coisa muito importante, um aspecto muito importante! ... visando o conforto da criança e principalmente evitar posições viciosas. (Fisioterapeuta 2).

No Brasil, nos últimos anos, muitas estratégias têm sido elaboradas para a melhoria da saúde infantil, de modo que o Ministério da Saúde tem reforçado ações que promovam a capacitação profissional multidisciplinar em todos os níveis de assistência, sempre priorizando a humanização da atenção ³².

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade estratégica de formação para os trabalhadores, tendo em vista seu potencial para transformar práticas hegemônicas nos serviços de saúde. Essa formação prevê a inserção efetiva no cotidiano do exercício profissional na saúde das diferentes categorias profissionais envolvidas, somada à constituição de espaços de discussões sobre o trabalho desenvolvido ³³.

A formação dos profissionais na perspectiva da educação em saúde, integrando ensino e trabalho como uma ação estratégica para a reforma no setor saúde, é de suma relevância para a segurança do paciente. Nesse contexto, “quem forma, se forma e reforma ao formar e quem é formado forma-se e se forma ao ser formado”³⁴. Percebeu-se que a imersão do profissional residente, já egresso da linha de cuidado em especial, reverberou no cotidiano da equipe, ao fazer lembrar e reviver momentos de práticas potencializadoras de cuidado com os “pequenos” pacientes no cenário estudado.

Profissional residente adentra a linha de cuidado no período noturno. O corpo dos profissionais parece

emitir sinais de desconfiança e estranheza. Sua presença parece chamar a atenção. Olhos bem abertos, “pisadas em ovos”, ouvidos de tuberculoso, antenas ligadas são apenas algumas das expressões visualizadas. O residente se apresenta, contextualiza sua presença, focando na sua participação e vivência no setor. Ressalta a aprendizagem significativa adquirida e o desejo de continuidade da atenção. Observa-se produção de sentidos no cenário, como procedimentos cautelosos, ponderação de voz, estímulo na prevenção de riscos.(Diário de Campo – Dia 4 de abril).

A integração entre tecnologia e humanização pode garantir o foco no paciente e em suas necessidades dentro da atenção hospitalar³⁵. Nessa conjuntura, estima-se a reorganização do processo de trabalho a partir dos conceitos de clínica ampliada e gestão democrática, conferindo uma atenção hospitalar baseada na produção de cuidados em saúde³⁶.

Sabe-se da fundamental importância, para o profissional de saúde, do aprendizado e do aprimoramento dos aspectos interpessoais do cuidado em saúde, no cotidiano de suas práticas. As experiências vivenciadas revelam que a inserção do profissional residente na equipe de saúde, nos hospitais de ensino, leva à desconstrução e reconstrução do modelo assistencial, na interface subjetiva singular, por meio de uma aprendizagem coletiva significativa, fazendo ressurgir a humanização da assistência no contexto estudado.

[...] porque eu acho que é a melhor posição pra ela, porque ela está desconfortável, e quando ela fica em prona ela melhora bastante a saturação, a frequência cardíaca e até mesmo ela fica mais calma. [...] uns rolozinhos, a gente faz uns rolos, acomoda como se fosse um útero, né? pra manter ela bem agasalhadinha pra não ficar assim... solta, porque são bebezinhos pequenos, né? e geralmente eles ficam se mexendo [...] (Enfermeira 2).

[...] posicionar você vai deixar ela tanto da maneira mais confortável como mais eficaz pro tratamento dela, abrir via aérea, deixar ela bem posicionada, sem vícios de postura, esse tipo de coisa [...] (Médica 1).

[...] tinha sido extubada no mesmo dia, tava perigando ir pro CPAP, então a gente deixou nessa postura pra facilitar essa respiração [...] (Enfermeira 1).

Contemporaneamente, a convivência de múltiplas categorias que realizam atos terapêuticos próprios em uma equipe deveria implicar o cruzamento entre as disciplinas do saber. A interdisciplinaridade não necessariamente desmonta a vigilância na atenção em saúde em si, mas sim reconfigura-se como uma nova modalidade de formação que proporciona diferentes posições de olhar, propondo um reconhecimento das fissuras como possibilidade de criação, tentando trazer à luz a significância da vivência do outro na relação consigo e com os demais³⁷.

[...] e costume deixar na mesma posição que ela estava, pela questão da equipe multidisciplinar...a enfermagem, na UTI que eu trabalho aqui, tem essa tarefa delas da mudança de decúbito, então eu procuro deixar da mesma forma que eu encontrei, a menos que a criança precise, tenha uma posição

viciosa previa antes da cirurgia, tenha algum bloqueio, alguma coisa.(Fisioterapeuta 1).

Assim, um espaço privilegiado de práticas interdisciplinares permite, de maneira ideal, uma formação diferenciada de trabalhadores para o SUS, ao adicionar aspectos humanistas à formação estritamente tecnicista. A humanização pretende incorporar a arte do cuidado, baseada na dimensão subjetiva do processo, em um mundo tecnológico, facilitando a construção conjunta de novas práticas de acesso, cuidado integral e longitudinalidade do cuidado, consolidando um outro modo de ser profissional, bem como uma nova atenção à saúde³⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da tecnologia utilizada pelos profissionais de saúde nos serviços para auxiliar na manutenção da vida é uma realidade que ao mesmo tempo encanta e assusta. A humanização da assistência tornou-se um desafio, já que a tecnologia cada vez mais se supera e, muitas vezes, verifica-se o envolvimento do profissional com as máquinas, o que facilita o esquecimento de que está cuidando de pessoas.

A contenção mecânica é largamente empregada para garantir o sucesso na realização de procedimentos terapêuticos. Pode representar um problema de saúde pública, pois seu uso indiscriminado no âmbito hospitalar acaba, algumas vezes, por provocar danos físicos ou emocionais à criança envolvida, assim como a sua respectiva família.

As evidências científicas sinalizam que não se debate esse assunto nas instituições hospitalares e acadêmicas por não se tratar de prioridade entre os profissionais, sob a alegativa de que qualquer procedimento que venham a realizar, inclusive a contenção mecânica, tem como objetivo a melhoria da condição do paciente.

Embora os diferentes posicionamentos terapêuticos encontrados na literatura sejam extremamente benéficos e indicados para pacientes hospitalizados, sobretudo em unidades de terapia intensiva pediátrica, a experiência vivenciada revela que, na prática, ainda existem dados conflitantes sobre seu conceito, bem como fragilidade em sua concreta e correta operacionalização.

O posicionamento Terapêutico depende do envolvimento da equipe multiprofissional, dos familiares e/ou cuidadores, e, sempre que possível, do próprio paciente. É importante programar treinamentos teóricos e práticos e reciclagens periódicas envolvendo toda a equipe e as pessoas responsáveis pelos cuidados com o paciente.

Parece que o cuidado postural, para ser considerado adequado, requer não apenas o seu manejo técnico, mas também uma sensibilidade por parte do profissional a quem compete lidar com o paciente. Acredita-se que seria importante que os profissionais se permitissem esta intervenção: preparar e confortar, portanto esse fato deve ser vivenciado e construído, e depende do amadurecimento singular.

Resta apenas ressaltar a importância, para os profissionais de saúde, de estarem abertos e sensíveis aos sinais dos pacientes, na produção de um trabalho vivo em ato, reformando o modo de se trabalhar na assistência em saúde.

Torna-se necessário então a realização de séria reflexão crítica construtiva acerca das ações e interações no contexto dos serviços de saúde sobre o que, como e quando falar; o que, como e quando olhar; como se posicionar e tocar, ato que transcende o mero manuseio do outro. Nesse contexto, torna-se crucial procurar compreender atentamente a mensagem, verbalizada ou não, que o outro tenta transmitir, para que se possa atender às suas necessidades como pessoa, não apenas como paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krueel CS, Lopes RCS. Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2012; 28(1):35-43.
2. Salgado CL, Lamy ZC, Nina RVAH, Melo LA, Lamy Filho F, Nina Vinicus JS. A cirurgia cardíaca pediátrica sob o olhar dos pais: um estudo qualitativo. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2011 jan/mar; 26(1).
3. Fontes NCF. *Fatores Desumanizantes na assistência às crianças em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica cardiológica num hospital público terciário em Salvador/BA*[dissertação]. Salvador, BA: Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Católica do Salvador; 2011.
4. Rolim EG, Gadelha LFP, Soares MVCL. *Humanização Hospitalar no Cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica* [dissertação]. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva; 2011.
5. Balbino AC, Cardoso MVLML, Silva RCC, Morais KM. Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. *Rev enferm UERJ* 2012; 20(esp. 1):615-20.
6. Viviane AG et al. Influência do posicionamento na frequência respiratória de lactentes. *Revista Ter Man* 2011; 9(46).
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
8. Xavier S, Nascimento M, Badolati M, Paiva M, Camargo F. Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem. *Rev enferm. UERJ* 2012 dez; 20(esp.2):814-8.

9. Ramos CA. *A assistência de enfermagem à criança hospitalizada por cardiopatia congênita* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
10. Rolim EG, Gadelha LFP, Soares MVCL. *Humanização Hospitalar no Cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica* [dissertação]. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Dalleggrave D. *No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde* [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
15. Brasil. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 2013; 13 jun.
16. Araújo D, Gomes de Miranda MC, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2014; 31:20.
17. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* 2004; 14(1):41-65.
18. De Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.149-82.
19. Silva RCL, Louro TQ. A incorporação das tecnologias duras no cuidado de enfermagem em terapia intensiva e o desenvolvimento do discurso da humanização. *Rev. enferm. UFPE on line* 2010; 4(3):1557-64.
20. Malik AM. Trabalho em hospitais. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2012; 6(4):63-76.
21. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1):103-9.

22. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5a ed. Rio de Janeiro: UERJ; IMS: Abrasco; 2007.
23. Marques CR. *Contenção Mecânica em pediatria: uma forma de violência institucional* [monografia]. Porto Alegre, RS: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
24. Santos CI, Rosa GJ, Longo E, Oaigen FP, Regis G, Parazzi PLF. Influência do Posicionamento Terapêutico na Ventilação, Perfusão, Complacência e Oxigenação Pulmonar. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2010 out/dez; 8(26).
25. Anselmi ML, et al. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(3):257-64.
26. Galdino AS, Soares MM. Mobiliário hospitalar sob a ótica da ergonomia: o caso dos sistemas de descanso para acompanhantes pediátricos. *Revista Ação Ergonômica* 2011; 1(2).
27. Marques CR. *Contenção Mecânica em pediatria: uma forma de violência institucional* [monografia]. Porto Alegre, RS: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
28. Farjado AP. Outros modos de ser profissional de saúde. In: Farjado AP, Dallegrave D, organizadores. *RIS/GHC: 10 anos fazendo e pensando em atenção integral à saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2014. p. 51-58.
29. De Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 149-82.
30. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade* 2011; 20(4):884-99.
31. Feliciano V, et al. A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. *Assobrafir Ciência* 2012; 3(2):31-42.
32. Brasil. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
33. Silveira LR, Vargas TM. O Controle Social como Experiência de Ensino-Aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde. In: Farjado AP, Dallegrave D, organizadores. *RIS/GHC: 10 anos fazendo e pensando em atenção integral à saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa

Senhora da Conceição; 2014. p. 259-279.

34. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 7a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

35. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5a ed. Rio de Janeiro: UERJ; IMS: Abrasco; 2007.

36. Campos GMS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007 ago; 12(4).

37. Furtado JP. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental* 2009 jan/abr; 1(1).

38. Kopittke L, Toffoli MEG. A experiência da inserção da farmácia na RIS/GHC. In: Farjado AP, Dallegrave D, organizadores. *RIS/GHC: 10 anos fazendo e pensando em atenção integral à saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2014. p. 281-294.

Artigo apresentado em 30/01/2017

Artigo aprovado em 10/03/2017

Artigo publicado no sistema em 22//06/2017