

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Tese de Doutorado

**A contribuição da identidade no trabalho na construção
da identidade profissional:**

Uma análise de fisioterapeutas atuantes em Unidades de Terapia Intensiva

Angela Peña Ghisleni

Porto Alegre, 2010.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Tese de Doutorado

Angela Peña Ghisleni

**A contribuição da identidade no trabalho na construção
da identidade profissional:**

Uma análise de fisioterapeutas atuantes em Unidades de Terapia Intensiva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Sociologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cinara Lerrer Rosenfield

Porto Alegre, 2010.

Angela Peña Ghisleni

**A contribuição da identidade no trabalho na construção
da identidade profissional:**

Uma análise de fisioterapeutas atuantes em Unidades de Terapia Intensiva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Sociologia, sob a orientação da Prof^a Dr^a Cinara Lerrer Rosenfield.

Banca Examinadora

Dr^a Lorena Holzmann
PPG Sociologia - UFRGS

Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo
PPG Psicologia Social e
Institucional - UFRGS

Dr^a Janice Luisa Lukrafka
Fundação Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre

“A vida autêntica de um pensamento dura até que ele chegue ao ponto em que faz fronteira com as palavras: ali se petrifica, e a partir de então está morto, entretanto é indestrutível, da mesma maneira que os animais e plantas petrificados da pré-história. Também se pode comparar sua autêntica vida momentânea à do cristal no instante de sua cristalização. Assim, logo que nosso pensamento encontrou palavras, ele já deixa de ser algo íntimo, algo sério no nível mais profundo. Quando ele começa a existir para os outros, pára de viver em nós, da mesma maneira que o filho se separa da mãe quando passa a ter sua existência própria.”

(SCHOPENHAUER, 2009, p. 66, 67)

AGRADECIMENTOS

Esta tese teve seu início ainda antes de ingressar no Programa de Pós Graduação em Sociologia da UFRGS no momento que fui impulsionada pelo professor Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo a tomar a decisão de fazer o doutorado em Sociologia. Desta forma, devo inicialmente agradecer a este professor que sempre esteve presente em minha formação desde a minha decisão em entrar para o mestrado em Psicologia Social e Institucional da UFRGS. Devo agradecer, igualmente, ao professor Dr. Antônio David Cattani que me acolheu no PPG em Sociologia da UFRGS em um primeiro momento, quando eu ainda buscava informações sobre esta opção na minha formação.

Uma vez aprovada no processo seletivo para iniciar o doutorado, quem merece meu agradecimento sincero é a minha orientadora, a professora Dr^a Cinara Lerrer Rosenfield, que me acompanhou nesta jornada de forma dedicada, apurada e generosa. A sua ajuda foi muito valorosa e precisa ganhar destaque nestes agradecimentos.

Na banca de qualificação do projeto de tese, recebi auxílio de três professores que contribuíram e muito para que fosse possível operacionalizar este estudo. Portanto, agradeço aos professores Álvaro Roberto Crespo Merlo, Lorena Holzmann e Henrique Caetano Nardi pelas sugestões que contribuíram para o resultado final.

Não posso deixar de agradecer a todos os demais professores do PPG em Sociologia da UFRGS pela formação proporcionada ao longo do período de convivência.

Devo agradecer a todos os profissionais de saúde que generosamente confiaram suas falas a este estudo fornecendo material necessário para realizar este trabalho.

Por fim, mas não menos importante, agradeço àqueles que me acompanharam em todo o processo, desde a tomada de decisão para fazer o doutorado, até o seu final. Desta forma, agradeço ao meu marido Daniel Garcia Haro, à minha mãe Maria Helena Peña Ghisleni e aos meus irmãos Alexandre Peña Ghisleni e Viviane Peña Ghisleni, pessoas especiais em minha vida e que me incentivaram em toda a trajetória.

RESUMO

Esta tese tem por objetivo analisar como ocorre o processo de construção da identidade profissional e como este processo acontece mediante a precariedade de reconhecimento no trabalho pelos pares e pela hierarquia. A identidade profissional corresponde a um processo que tem seu início na saída do curso de formação e que continua ao longo da confrontação com as relações, o ambiente e o mercado de trabalho e que proporciona a construção de uma imagem pessoal que o indivíduo quer apresentar. Entende-se que ao analisar o processo de socialização do profissional nas relações de trabalho torna-se possível compreender não apenas o processo de construção da identidade profissional, mas também permite se aproximar do conceito de profissão na atualidade. Ao realizar tal análise, verifica-se, por conseguinte, a construção da identidade no trabalho que tem por base três elementos – o reconhecimento, a autonomia e a cooperação no trabalho – e que confere ao indivíduo a possibilidade de um retorno a si mesmo capaz de sentir-se incluído em círculos iguais. Para analisar o processo de construção da identidade profissional, opta-se por agregar um quarto elemento, o conhecimento profissional, que junto aos elementos citados anteriormente compõem os eixos de análise desta tese. Como material empírico, optou-se por analisar o profissional fisioterapeuta inserido em UTI pela indefinição eventual de suas atribuições e contribuições no trabalho da UTI em comparação ao trabalho médico, por exemplo. A metodologia utilizada neste estudo amparou-se em uma abordagem qualitativa, com a utilização de roteiros de entrevista semi-estruturados que foram aplicados em 20 fisioterapeutas, 17 médicos e 17 enfermeiros atuantes em 14 diferentes UTIs na cidade de Porto Alegre ao longo do ano de 2009, bem como a observação direta de duas UTIs. Foi realizada uma análise de conteúdo dos dados coletados que permitiram a compreensão do material empírico associado ao referencial teórico. Como resultado deste estudo, destaca-se o papel do processo de construção da identidade no trabalho como etapa condicionante à construção da identidade profissional. Ademais, este estudo demonstra a importância do conhecimento profissional caracterizado pelo conhecimento científico, contextual e reflexivo, como condição para que o trabalhador possa construir uma identidade profissional estabilizada. Mediante a impossibilidade do indivíduo construir uma identidade no trabalho estabilizada em decorrência da precariedade de reconhecimento no trabalho, percebe-se a dificuldade do profissional em dar visibilidade e construir o conhecimento profissional nas relações de trabalho. Tal dificuldade tende a comprometer a construção da identidade profissional.

Palavras-chave: identidade profissional, identidade no trabalho, conhecimento profissional, fisioterapeuta, unidade de terapia intensiva.

RÉSUMÉ

Cette thèse a pour but d'analyser comment se déroule le processus de construction de l'identité professionnelle et comment ce processus a lieu moyennant la précarité de la reconnaissance au travail de part de ses pairs et par l'hierarchie. L'identité professionnelle correspond à un processus qui commence lors de la fin des cours de formation; qui continue tout au long de la confrontation avec les relations, l'ambiance et le marché de travail et qui rend possible la construction d'une image personnelle que l'individu veut présenter. Par l'analyse du processus de socialisation du professionnel dans les relations de travail il devient possible non seulement de comprendre le processus de construction de l'identité professionnelle, mais aussi de s'approcher du concept de profession dans l'actualité. En faisant cette analyse, on vérifie, par conséquent, la construction de l'identité au travail, qui se fonde sur trois éléments – la reconnaissance, l'autonomie et la coopération au travail – et qui confère à l'individu la possibilité d'un retour sur soi-même capable de lui faire se sentir inclus dans des cercles d'égaux. Afin d'analyser le processus de construction de l'identité professionnelle, on a décidé d'ajouter un quatrième élément, celui de la connaissance professionnelle, lequel, tout comme les autres éléments cités ci-dessous, est l'un des axes d'analyse de cette thèse. Comme source de matériel empirique, on a choisi l'analyse du professionnel physiothérapeute inséré dans une unité de traitement intensif, en vue de l'indéfinition éventuelle de ses attributions et de ses contributions au travail de l'unité de traitement intensif, par rapport au travail du médecin, par exemple. La méthodologie utilisée dans cette thèse s'est fondée sur une approche qualitative, avec des questionnaires demi-structurés qui ont été présentés le long de 2009 à 20 physiothérapeutes, 17 médecins et 17 infirmiers qui travaillent dans 14 unités de traitement intensif dans la ville de Porto Alegre, aussi que sur l'observation directe de deux unités de traitement intensif. L'analyse de contenu des données collectées permis comprendre le matériel empirique associé au référentiel théorique. Comme résultat de cette étude, on voit le rôle du processus de construction de l'identité au travail comme une étape conditionnante de la construction de l'identité professionnelle. En plus, cette étude démontre l'importance de la connaissance professionnelle, caractérisée par la connaissance scientifique, contextuelle et réflexive, comme condition pour qu'un travailleur puisse construire une identité professionnelle stabilisée. Moyennant l'impossibilité que l'individu ne construise une identité au travail stabilisée à cause de la précarité de la reconnaissance au travail, on s'aperçoit de la difficulté que le professionnel trouve pour gagner de la visibilité et pour construire la connaissance professionnelle dans les relations de travail. Ladite difficulté tend à compromettre la construction de l'identité professionnelle.

Mots clés: identité professionnelle, identité au travail, connaissance professionnelle, physiothérapeute, unité de traitement intensif.

ABSTRACT

This thesis analyzes how the process of professional identity building takes place and, in particular, how it takes place in the context of precarious recognition by peers and superiors at work. Professional identity is a process that begins at the end of one's studies, goes on throughout the period one faces labor relations, environment and market, and makes possible the building of a personal image that individuals want to present. By analyzing the professional's process of socialization in labor relations, we can not only understand the process of professional identity building, but also approach the concept of profession in our days. By carrying out such an analysis, we see the building of identity at work, which is based on three elements – recognition, autonomy and cooperation at work – and which gives individuals a chance to return to themselves to feel included in peer circles. To analyze the process of professional identity building we choose to add a fourth element, professional knowledge, which, together with the other elements aforementioned, is an axe of this thesis. The empirical material source of this thesis was professional physiotherapists working at Intensive Care Units (ICUs), due to their frequently indefinite attributions and contributions to the work, in comparison to physicians' work, for example. The methodology used in this thesis is based on a qualitative approach, with semi-structured questionnaires which were handed out to 20 physiotherapists, 17 physicians and 17 nurses working at 14 ICUs in Porto Alegre in 2009, as well as on direct observation of two ICUs. The content analysis of the data collected was used to understand the empirical material associated with the theory references. As an outcome of this study, we view the role of the identity at work building process as a stepping stone to professional identity building. Besides, this study highlights how important professional knowledge, characterized by scientific, contextual and reflexive knowledge, is as a condition for workers to build a stable professional identity. By being impossible for individuals to build a stable identity at work due to precarious recognition at work, we realize how difficult it is for them to gain visibility and build professional knowledge at labor relations. Such a difficulty tends to compromise professional identity building.

Key words: professional identity, identity at work, professional knowledge, physiotherapist, intensive care units.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Dimensões de análise do conceito do processo de construção da identidade profissional.....	25
Figura 2.	Paradigmas da Sociologia das Profissões.....	36
Figura 3.	Conceito de Identidade.....	48
Figura 4.	Áreas de especialização da Fisioterapia.....	65
Figura 5.	Relato dos fisioterapeutas em relação aos seus atos na UTI.....	83
Figura 6.	Percepção da medicina em relação aos atos da fisioterapia na UTI.....	84
Figura 7.	Percepção da enfermagem em relação aos atos da fisioterapia na UTI.....	84
Figura 8.	Consolidação dos relatos dos fisioterapeutas com as percepções de médicos e enfermeiros em relação aos atos da fisioterapia na UTI.....	85
Figura 9.	Conhecimentos que compõem o conhecimento profissional.....	162
Figura 10.	Processo de construção da identidade no trabalho e profissional.....	171
Figura 11.	Mapa de associações conceituais sobre o processo de construção da identidade profissional.....	179

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil dos fisioterapeutas entrevistados atuantes em UTI.....	76
Tabela 2.	Perfil dos médicos entrevistados atuantes em UTI.....	78
Tabela 3.	Perfil dos enfermeiros entrevistados atuantes em UTI.....	79
Tabela 4.	Perfil das UTIs na relação com os fisioterapeutas.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABF	Associação Brasileira de Fisioterapeutas
ABMFR	Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIUO	Classificação Internacional Uniforme do Trabalho
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTE	Ministério de Trabalho e do Emprego
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PAVM	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PCR	Parada Cardiorespiratória
RPPI	Respiração por Pressão Positiva Intermitente
RX	Raio X
SBMFR	Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação
SOBRAFIR	Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica
VMNI	Ventilação Mecânica Não-Invasiva
WCPT	<i>World Confederation Physical Therapy</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES.....	28
2 IDENTIDADE.....	41
2.1 IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	49
2.2 IDENTIDADE NO TRABALHO.....	52
3 FISIOTERAPIA E A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	56
3.1 FISIOTERAPIA.....	56
3.1.1 Origem da Fisioterapia.....	56
3.1.2 Origem da Fisioterapia no Brasil.....	58
3.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	66
3.3 PROCESSO DE TRABALHO EM UTI.....	70
3.4 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA UTI.....	72
4 AS RELAÇÕES DE TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA EM UTI.....	75
4.1 O PERFIL DOS PROFISSIONAIS E DAS UTIS.....	75
4.2 ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA UTI.....	81
4.3 O TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA NA UTI.....	86
4.3.1 Distribuição do trabalho, produtividade e remuneração dos fisioterapeutas.....	87
4.3.2 Prescrição da fisioterapia.....	90
4.3.3 Envolvimento do fisioterapeuta em questões não-assistenciais	95
4.3.4 Percepções de reconhecimento do trabalho do fisioterapeuta.....	97
4.3.4.1 Valorização da fisioterapia respiratória na UTI	109
4.3.5 Relações de cooperação no trabalho do fisioterapeuta.....	116

4.3.6	Autonomia no trabalho do fisioterapeuta.....	132
4.3.7	Conhecimento do profissional fisioterapeuta no trabalho.....	142
5	O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL....	153
5.1	A IDENTIDADE PROFISSIONAL NO TRABALHO.....	154
5.1.1	A construção a partir da identidade no trabalho.....	155
5.1.1.1	<i>Reconhecimento no trabalho.....</i>	156
5.1.1.2	<i>Cooperação no trabalho.....</i>	157
5.1.1.3	<i>Autonomia no trabalho.....</i>	159
5.1.1.4	<i>Reconhecimento, Cooperação e Autonomia</i>	160
5.1.2	O processo marcado pelo conhecimento profissional.....	161
5.1.2.1	<i>Conhecimento científico.....</i>	163
5.1.2.2	<i>Conhecimento contextual.....</i>	165
5.1.2.3	<i>Conhecimento reflexivo.....</i>	167
5.1.3	A identidade no trabalho associada ao conhecimento profissional.....	170
5.1.4	A herança da formação na construção da identidade profissional.....	172
5.1.5	A projeção profissional a partir da identidade profissional.....	176
5.1.6	Processos de construção do profissional fisioterapeuta em UTI.....	180
	CONCLUSÃO.....	184
	REFERÊNCIAS.....	191
	APÊNDICE I: Roteiro de Entrevista de Médico/ Enfermeiro.....	199
	APÊNDICE II: Roteiro de Entrevista de Fisioterapeuta.....	201
	APÊNDICE III: Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	205
	APÊNDICE IV: Conceito das Técnicas Fisioterapêuticas em UTI.....	207

INTRODUÇÃO

Desde o início do século XX se debate quais critérios ou características devem ser atribuídas a uma profissão, na tentativa de defini-la. O esforço de tais debates se traduz em tentar determinar o que de fato faz uma ocupação passar a ser uma profissão. Este interesse se deve ao fato das profissões e os profissionais terem se tornado mais numerosos na contemporaneidade com um constante aumento nas ocupações de formação universitária que ganham posições privilegiadas tanto no serviço público como privado. Apesar disso, até então não existe uma definição única que possa ser aceita globalmente, já que o conceito apresenta um caráter histórico associado ao sentido atribuído por determinado grupo e período.

No intento de definir o termo profissão, Freidson (1998) o faz não desvinculando do princípio ocupacional, ou seja, o autor não aceita analisá-lo separadamente das demais ocupações. De fato, este autor identifica as profissões como abrigos no mercado de trabalho ocupacional criados através de sistemas de credenciamento. Freidson (1996) afirma que o estudo das profissões deve estar vinculado à sociologia do trabalho e à sociologia do conhecimento, apesar deste autor ser reconhecido pelo meio acadêmico como pertencente à sociologia das profissões. Esta afirmação se justifica uma vez que para analisar como se constitui um profissional é necessário estar atento para as relações, o ambiente e o mercado de trabalho e o conhecimento especializado criterioso que permita ao indivíduo trabalhar com sucesso a cada circunstância. Desta forma, os conhecimentos e competências especializadas que estão incorporados no trabalho tendem a diferenciar as ocupações tornando-as organizadas. Schön (1983) reforça esta teoria ao salientar que o valor de um profissional não se avalia pelo conhecimento teórico ou pela capacidade de resolução de problemas abstratos, mas sim pela capacidade de resolução de problemas concretos próprios de seu domínio de atividade. O conhecimento profissional está orientado para as situações práticas e a sua qualidade está na eficácia da resolução de problemas e na adequação das soluções aos recursos existentes.

No Brasil o conceito do termo ‘profissão’ tem sido alvo de reflexão com a elaboração da nova Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) de 2002¹. De acordo com a CBO/2002, o termo profissão é entendido como um conjunto de regras de acesso, sancionado por um diploma de nível superior, possibilitando o ingresso em determinados tipos de trabalho. Ele é definido pelo seu conhecimento e competência escolar e não por suas competências no exercício da atividade laboral. Logo, o termo ‘profissional’ é utilizado na CBO para um grande número de famílias ocupacionais cujo exercício requer nível superior, já que as atividades exigem alto nível de conhecimento, e que visam à ampliação do acervo de conhecimentos científicos e intelectuais, por meio de pesquisas, além de aplicar conceitos e teorias para a solução de problemas. Contudo, em alguns casos este termo também é utilizado pela CBO para um conjunto de situações de trabalho que não requer nível superior, mas que, por uma questão histórica e de consagração do título, permanece o uso, a exemplo dos técnicos de nível médio (através dos cursos profissionalizantes). Além disto, no Brasil o termo profissão costuma ser utilizado no senso comum para qualquer ocupação, sem a exigência de uma formação de nível superior, e normalmente é empregado pelo trabalhador ao se referir com orgulho de sua profissão, independente se aprendeu sua atividade na escola ou no exercício da atividade (JOBIM, 2002).

Percebe-se, portanto, a dificuldade em conceituar o termo “profissional” no atual contexto sócio-histórico cultural, contudo, entende-se que ao procurar compreender o processo pelo qual o indivíduo passa na socialização das relações de trabalho, na construção da percepção de si mesmo como profissional, como Freidson (1998) aponta ser necessário, seja possível traduzir melhor o que seja o profissional. Esta percepção, segundo Dubar (2005), revelada pela construção da identidade profissional, é considerada uma parcela importante da identidade social em decorrência do valor que a sociedade deposita no campo do trabalho e da formação com a atribuição de status social.

O processo de construção da identidade profissional tem seu início mediante a saída do curso de formação e a confrontação com as relações, o ambiente e o mercado de trabalho. É neste confronto que é desenvolvida uma perspectiva do que o indivíduo quer para si, como projeção de si no futuro, a antecipação de uma trajetória de trabalho e a criação de estratégias pessoais e de apresentações de si que podem desenvolver o futuro da vida profissional

¹ A CBO de 2002 foi construída com o intuito de unificar suas nomenclaturas com as utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (que possuía nomenclatura própria), e de se aproximar do modelo da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO) de 1988, sob orientação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (MTE/CBO, 2002).

(planejamento da carreira). Não mais entra em questão neste momento a escolha profissional ou a obtenção de um diploma, mas a construção de uma imagem pessoal que este indivíduo quer apresentar, a mobilização da imagem de si (“aprender a se vender”), ou ainda, a avaliação de suas capacidades e a realização de seus desejos (DUBAR, 2005).

É nas relações de trabalho, mais especificamente, nas interações entre os parceiros e as chefias de trabalho, que ocorre o enfrentamento dos desejos de reconhecimento em um contexto de oportunidades desiguais, nas redes de poder. Tais espaços de reconhecimento também são espaços de legitimação dos saberes e competências associadas às identidades. Portanto, a transação objetiva entre os trabalhadores e seus colegas e chefes é essencialmente a que se organiza em torno do reconhecimento ou do não-reconhecimento das competências, dos saberes e das imagens de si (DUBAR, 2005).

A referência que Dubar faz em relação à importância das relações de trabalho na construção da identidade profissional, também é assinalada por Freidson (1998) ao apontar que a formação de nível superior não é suficiente para explicar a maneira pela qual os profissionais atuam no trabalho, pois cada ambiente de trabalho possui sua própria fonte de influência sobre o trabalho dos profissionais e repercute de maneira individualizada. Este autor afirma que para estudar como o indivíduo se percebe como profissional é necessário que sejam analisadas as relações nos locais de trabalho.

É neste contexto de busca pela compreensão do processo de construção da identidade profissional de um indivíduo que se questiona neste estudo como as relações de trabalho participam nesta definição². E para condução deste estudo, parte-se do pressuposto teórico, portanto, que ao analisar as relações de trabalho, seja possível compreender melhor o processo de construção da identidade profissional. Assim como, parte-se também do pressuposto teórico que exista um determinado conhecimento que caracterize o profissional e que contribua para o processo de construção da identidade.

Para buscar a explicação nas relações de trabalho de como ocorre o processo de identificação profissional, esta tese intitulada “A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional: Uma análise de fisioterapeutas atuantes em Unidades de Terapia Intensiva” faz a escolha empírica de analisar o profissional fisioterapeuta. Mais

² Ao propor analisar o processo de construção da identidade profissional a partir das relações de trabalho, não se pretende negar a contribuição da organização do trabalho na construção desta identidade, trata-se apenas de uma opção metodológica da tese.

especificamente, o fisioterapeuta atuante em Unidade de Terapia Intensiva é a opção para realizar este estudo uma vez que este profissional é considerado novo na área da saúde e vivencia um reconhecimento social de seu trabalho menor em comparação ao reconhecimento de outros profissionais do mesmo segmento de atuação, em especial do médico.

Carapinheiro (1998) afirma que o profissional médico no ambiente hospitalar é reconhecido por dominar as estratégias da enfermagem e das restantes categorias conhecidas por não-médicas, dificultando o processo de construção da identidade profissional destas categorias. Entende-se que face ao monopólio do ato médico sobre as rotinas hospitalares, a autonomia e a valorização dos profissionais não-médicos tornam-se dificultadas. Este mesmo autor apresentou a enfermagem como uma profissão, que em especial na UTI, era melhor reconhecida em comparação aos demais setores hospitalares pela complexidade intelectual que este local exige; e ainda, que as novas profissões não-médicas seriam aquelas que os processos de racionalização técnico-econômica hospitalar fizeram surgir e que oferecem à enfermagem concorrência nas relações de trabalho na busca pelo reconhecimento de espaço de trabalho. A opção em analisar o fisioterapeuta e não o enfermeiro se deve pelo tempo de atuação que estes dois profissionais têm na história dos hospitais e, em especial, na história da UTI. Entende-se que o fisioterapeuta, por existir há menos tempo que o enfermeiro em UTI, estaria, comparativamente, vivenciando um reconhecimento menor.

O profissional da saúde fisioterapeuta, que pode ser classificado como uma das novas profissões não-médicas, se inseriu nas equipes básicas de UTIs em 1998 através da Portaria do Ministério da Saúde Nº 3432/GM, apesar de sua atuação nas UTIs já existir anteriormente a esta portaria. Mesmo após a regulamentação do fisioterapeuta nestas unidades de atendimento e a comprovada eficiência terapêutica, este profissional ainda aparenta estar marcado pela eventual indefinição de suas atribuições e competências. Tal indefinição é percebida por Nozawa et al. (2006) em estudo que traça o perfil dos fisioterapeutas atuantes em UTI no Brasil. Estes autores apontam que a fisioterapia não apresenta uma delimitação de suas competências da mesma forma que a enfermagem e a medicina apresentam, comprometendo a definição de seu papel neste espaço de atuação.

No mesmo sentido, Nascimento et al. (2006) relatam que o fisioterapeuta tem avançado tanto na produção científica e na implementação desse conhecimento na clínica (prática baseada em evidências) quanto em programas de pós-graduação (*lato e stricto sensu*), porém parece não haver o reconhecimento público necessário de sua utilidade. Estes autores

confirmam que o processo de profissionalização do fisioterapeuta é marcado pela hegemonia médica na saúde e pela indefinição de seus atos.

Traduz-se que tal indefinição do papel do fisioterapeuta em UTI compromete o reconhecimento do valor de sua ação que representa o reconhecimento do saber produzido pela profissão e, por conseguinte, compromete a conquista da autonomia no trabalho e as relações de cooperação. Pois, o reconhecimento de um trabalhador ocorre quando todos de uma equipe sabem e valorizam qual a contribuição de cada membro no processo de trabalho e que trabalham de forma integrada e cooperada.

Desta forma, além deste estudo se propor a investigar como o indivíduo constrói sua identidade profissional a partir da análise das relações de trabalho, também pretende compreender como se constrói tal identidade mediante situações precárias de reconhecimento no trabalho. O fisioterapeuta, portanto, corresponde à opção empírica deste estudo por apresentar em um contexto específico de trabalho uma baixa valorização de seu trabalho, em detrimento, por exemplo, do trabalho da medicina.

A escolha em trabalhar com uma profissão com formação de nível superior para realizar a análise do processo de construção da identidade profissional se deve a uma escolha empírica e não conceitual. Neste estudo, parte-se do conceito que o profissional é aquele indivíduo que possui conhecimento especializado, responsabilidade e autonomia diferenciada, vivenciadas nas relações de trabalho.

Para que seja possível analisar as relações de trabalho, faz-se necessário estar atento para as condições organizacionais no trabalho que Dejours (1993) aponta como estratégicas para a construção da identidade no trabalho. Essencialmente, este autor descreve que o indivíduo deve ser reconhecido por seu trabalho para que seja favorecido o trabalho em cooperação e para que haja algum grau de autonomia no trabalho conferido pelos colegas e chefias. Pois é a articulação do reconhecimento, da cooperação e da autonomia que garante ao indivíduo a possibilidade de construção de sua identidade no trabalho. E é apoiado nestes três elementos condicionantes à construção da identidade no trabalho que este estudo se propõe a analisar o processo de construção da identidade profissional juntamente a um quarto elemento, qual seja, o conhecimento profissional. Tal conhecimento, segundo Freidson (1996), seria caracterizado por ser científico e especializado, ou ainda, conforme Schön (1983), apresentaria o caráter científico associado à prática reflexiva.

Assim sendo, este estudo se propõe a analisar como o fisioterapeuta constrói sua identidade profissional nas relações de trabalho em UTIs e ainda, como este processo de construção da identidade profissional ocorre mediante a precariedade de reconhecimento de seu trabalho por seus pares e superiores.

Como primeira hipótese aos questionamentos deste estudo, ao analisar o processo de construção da identidade profissional do fisioterapeuta nas relações de trabalho, acredita-se que se tenha como fator condicionante para o êxito deste processo o desenvolvimento da identidade no trabalho. Pois, se está claro que a identidade profissional, conforme Dubar, apenas se consolida nas relações de trabalho e ainda que se caracteriza conforme a experiência vivenciada pelo indivíduo, entende-se que seja necessário ao indivíduo sentir-se pertencente às relações de trabalho através do reconhecimento de seus colegas e chefias, com a possibilidade de atuar de forma cooperada, e com alguma autonomia, para que seja possível ao indivíduo demonstrar a contribuição de sua profissão para o conjunto do trabalho.

Mediante a construção da identidade no trabalho, o indivíduo passa a sentir-se pertencente não apenas à equipe de trabalho, mas também inserido nas relações sociais e em condições de desenvolver a identidade profissional. Desta forma, ficaria condicionado o desenvolvimento da identidade profissional à construção da identidade no trabalho.

Como segunda hipótese, o fator propulsor da construção da identidade profissional, a partir da identidade no trabalho, acredita-se que esteja concretizado em um determinado conhecimento que pode ser nomeado por científico e especializado, conforme Freidson (1996) ou ainda reflexivo, conforme Schön (1983). Contudo, este conhecimento deve apresentar contornos específicos que sejam construídos de forma coletiva juntamente com os demais colegas e chefias, o que reforçaria a idéia de trabalho em cooperação, com reconhecimento e com autonomia.

A partir deste conhecimento, o indivíduo passa a ser reconhecido por seus pares e superiores não apenas como um membro pertencente ao grupo, mas um profissional que tem a oferecer determinado conhecimento que enriquece o grupo. A partir do reconhecimento de seus pares e superiores em relação a este conhecimento, o trabalho cooperado e com autonomia tende a se fortalecer e o indivíduo passa a se perceber como profissional, constituindo sua identidade.

A terceira hipótese tem a intenção de responder ao questionamento de como se constrói a identidade profissional a partir de relações de reconhecimento precário no trabalho.

Presume-se que quando o profissional não é valorizado por suas atribuições, exista a dificuldade deste em participar de forma efetiva na elaboração da rotina de trabalho em equipe, impedindo a demonstração de seu conhecimento no grupo. Ou seja, pode haver fatores limitadores no processo de construção da identidade no trabalho que restringem, por conseguinte, a construção da identidade profissional.

Como consequência, a identidade profissional do fisioterapeuta que esteja submetido a um baixo reconhecimento de suas competências e, portanto, do valor de seu trabalho profissional, pode estar marcada pelo sentimento de frustração. Tal sentimento tenderia a oferecer dificuldade para a mobilização de uma imagem de si condizente com a de um profissional realizado e estaria representada em uma identidade profissional desestabilizada.

Portanto, para dar conta do problema de pesquisa apresentado, este estudo trabalha com o pressuposto teórico que ao analisar as relações de trabalho é possível compreender melhor o processo de construção da identidade profissional, assim como parte do pressuposto teórico que existe um conhecimento específico que contribui para a formação da identidade profissional. Além dos pressupostos, este estudo parte de três hipóteses, quais sejam: que a identidade no trabalho é um fator condicionante para a construção da identidade profissional; que o conhecimento profissional, construído de forma coletiva, é propulsor da construção da identidade profissional a partir da identidade no trabalho; e que mediante relações de reconhecimento precárias, existam também fatores limitadores no processo de construção da identidade no trabalho que propiciam a construção de uma identidade profissional desestabilizada.

Assim sendo, a intenção do estudo está em explicar o conteúdo dos pressupostos teóricos, ou seja, de buscar a compreensão de como ocorrem, ao mesmo tempo em que se propõe a fazer uso de hipóteses que guiem este estudo para novos horizontes. As hipóteses descritas não têm a pretensão de serem colocadas a prova e serem validadas ou não. De fato, ao entrar em contato com o material empírico, as hipóteses nortearam o estudo sem perder a flexibilidade para encontrar novos rumos.

O caminho escolhido para analisar o processo de construção da identidade profissional do fisioterapeuta, por meio do desenvolvimento da identidade no trabalho que é marcada pela vulnerabilidade do reconhecimento do trabalho desta profissão, foi a investigação, na perspectiva de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, do conhecimento, das atribuições e da

autonomia dos fisioterapeutas nas relações de trabalho das UTIs, e das relações de cooperação e de reconhecimento dos médicos e enfermeiros em relação aos fisioterapeutas.

O material empírico constitui-se de entrevistas com roteiros semi-estruturados para médicos e enfermeiros (Apêndice I) e para fisioterapeutas (Apêndice II), além de observação direta das relações de trabalho entre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas nos ambientes de trabalho das UTIs.

A entrevista com roteiro semi-estruturado foi considerada uma opção por apresentar certo grau de estruturação que possibilitou orientar a condução da entrevista servindo como um guia para a entrevistadora, sem enrijecer a entrevista e com a garantia de exploração em profundidade das vivências dos entrevistados (GASKELL, 2002). E a observação direta complementou a coleta dos dados, uma vez que, conforme Gil (1999), é uma técnica de pesquisa que utiliza os sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos do cotidiano. Uma das principais vantagens desta técnica é que os fatos puderam ser percebidos diretamente pela pesquisadora sem necessariamente se dirigir aos sujeitos interessados. Segundo Yin (2001), as observações podem variar de atividades formais a atividades informais de coleta de dados. As atividades formais utilizam protocolos de observação guiando o observador nos aspectos e comportamentos que devem ser identificados e analisados. Já nas atividades informais, utilizada neste estudo, a observadora avaliou ao longo da visita de campo as diversas situações que contribuem como evidências para o avanço da pesquisa. Como opção de registro das informações observadas, foi utilizado o recurso do diário de campo, que reuniu as percepções da pesquisadora em relação ao objeto de estudo.

Inserido no roteiro de entrevista semi-estruturado de fisioterapeutas e de médicos e enfermeiros, foi apresentado aos pesquisados questões objetivas acerca das atribuições técnicas dos fisioterapeutas nas UTIs, bem como questões que permitissem definir um perfil dos entrevistados. Os dados objetivos colhidos neste estudo não tiveram a pretensão de terem um delineamento metodológico quantitativo, de fato, estes dados se propõem a contribuir na definição do perfil da amostra e complementar as informações de caráter subjetivo.

A definição da amostra ocorreu de forma intencional, ou seja, foram convidados a participar do estudo profissionais que atuassem em UTIs na cidade de Porto Alegre e que garantissem uma representatividade das diferentes vivências de atuação neste segmento. Logo, foram convidados a participar profissionais que atuam em UTIs adulto e infantil, que oferecem serviços pelos convênios do Sistema Único de Saúde (SUS) e Privados, que fossem

contratados pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e como prestadores de serviço e que tivessem diferentes tempos de formados e de trabalho. Garantir uma variedade de representações das pessoas no seu mundo vivencial e de ambientes sociais que sejam capazes de responder às questões do estudo, conforme Bauer e Aarts (2002), é o critério de saturação e de definição do tamanho da amostra. Ou seja, não se trata de ter um número importante de pessoas estudadas, mas uma variedade de representações que ampliem a perspectiva do estudo e oportunize a compreensão dos questionamentos do estudo. Gaskell (2002) afirma que embora as experiências possam parecer únicas ao indivíduo, as representações de tais experiências não surgem das mentes individuais, pois elas são, em alguma medida, o resultado de processos sociais.

A maneira pela qual os pesquisados foram incluídos no estudo ocorreu por indicação dos próprios entrevistados. Desta forma, a partir do contato com a primeira fisioterapeuta entrevistada, todos os demais profissionais foram indicados sucessivamente até o momento que a pesquisadora detectou a saturação da amostra a partir dos dados resultantes das entrevistas transcritas. O contato inicial com os profissionais foi feito por telefone ou por e-mail e agendado o encontro de acordo com a disponibilidade do profissional. A maioria dos entrevistados preferiu responder à entrevista em seu local de trabalho, ou seja, em salas de reuniões dentro da UTI.

À medida que os profissionais foram indicados para participar do estudo, foi feito um controle de quais UTIs estavam sendo contempladas. A partir deste controle, tomou-se o cuidado de garantir que fosse entrevistado pelo menos um médico, um enfermeiro e um fisioterapeuta de cada UTI. Outro cuidado foi o de ter o maior número possível de diferentes UTIs no estudo, por este motivo, eventualmente a pesquisadora abdicou de agendar entrevistas com alguns profissionais que atuavam em UTIs que já tinham sido contempladas no estudo. Desta forma, das 40 UTIs que foram identificadas previamente na cidade de Porto Alegre, garantiu-se acesso a 20 fisioterapeutas, 17 médicos e 17 enfermeiros que atuavam em 14 diferentes UTIs ao longo do ano de 2009.

Em relação às observações diretas, foi oportunizada esta experiência por meio das entrevistas. Em duas das 14 UTIs, foi possível conhecer as rotinas das UTIs e vivenciar estes espaços de trabalho por um período de até duas horas de permanência, sempre com a presença do profissional que propiciou a visita e garantindo todos os cuidados de precaução de contaminação do ambiente de UTI (uso de avental e o não contato com móveis e pacientes).

Todos os entrevistados receberam um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice III) que garante o sigilo da identificação do entrevistado e do hospital que estava sendo citado em suas vivências. Da mesma forma, foi garantido aos profissionais que acolheram a pesquisadora o sigilo da origem das informações coletadas nas observações diretas.

Cabe relatar que inicialmente a opção metodológica era propor aos hospitais, via comitês de ética em pesquisa, a realização do estudo com o aval das chefias de UTI. Contudo, esta via de acesso às informações não foi bem aceita. O retorno da avaliação do projeto de pesquisa pelos comitês de ética era evasivo, não deixando claro qual o impeditivo da realização do estudo ou a pendência a ser corrigida no projeto. Neste mesmo período uma chefia de um dos hospitais recebeu a pesquisadora para conversar sobre o projeto de pesquisa e assinalou que pela via formal, não seria possível executar a pesquisa. Foi dito que o receio seria de autorizar um estudo que depois não se saberia o que fazer com este resultado. E ainda apontou que a melhor forma seria garantir o sigilo dos entrevistados e dos hospitais e convidar diretamente para a pesquisa os indivíduos, sem a tomada de conhecimento formal das chefias e/ou diretorias. Opção esta que foi adotada neste estudo.

Para dar início ao procedimento de análise dos dados coletados, as entrevistas e o diário de campo foram inicialmente transcritos para um banco de dados no programa Microsoft Word e Excel. No programa Excel foram incluídas informações de caráter objetivo que propiciasse a apresentação dos dados do perfil da amostra e das atribuições do fisioterapeuta em formato de tabelas e gráficos. Já no programa Word foram depositadas informações de caráter subjetivo referente às entrevistas dos pesquisados e ao diário de campo que respondessem às perguntas deste estudo.

A análise dos dados coletados das entrevistas e das observações direta foi feita inspirada nas orientações de Bardin (1997) e Bauer (2002) relativas à análise de conteúdo. Desta forma, inicialmente foi realizada uma pré-análise, ou seja, através da leitura do material transcrito foi organizado em grandes categorias analíticas sem o rigor teórico. Em um segundo momento, foi realizada a categorização analítica das transcrições orientada pelas hipóteses e referenciais teóricos e no terceiro momento, foi realizado o tratamento e a interpretação dos dados, de maneira a compreender os questionamentos do estudo.

Segundo Bauer (2002), o método da análise de conteúdo oferece a possibilidade de reconstruir “mapas de conhecimento”. Os dados transcritos representam o mundo como

conhecimento e autoconhecimento e para reconstruir este conhecimento, os dados devem ser orientados na direção da construção de redes de unidade de análise. As categorias de análise construídas a partir do material coletado foram elaboradas tendo como base a teoria e o problema de pesquisa. E a interpretação dos dados ocorre à luz dos referenciais teóricos que incorpora os objetivos de pesquisa.

Outra opção metodológica de análise foi a construção de mapa conceitual. Trata-se de uma ferramenta gráfica semelhante a um diagrama que organiza o conhecimento através de conceitos em caixas de texto que apresentam ligação entre eles por meio de setas. Tem por objetivo reduzir de forma analítica a estrutura cognitiva de maneira hierárquica, ou seja, parte-se de conceitos menos gerais para os mais abrangentes, ou o inverso, conforme a questão que se pretende responder (NOVAK, 1998). O exercício da elaboração do mapa conceitual se delineou desde o processo de construção do problema de estudo e hipóteses associado ao referencial teórico, passando pelo período de coleta, até o período final de interpretação dos dados empíricos coletados. Portanto, o mapa conceitual orientou o norte da pesquisa e, à medida que os dados empíricos foram sendo analisados, o mapa foi sendo lapidado conforme os achados teóricos encontrados.

E ainda, inspirado no modelo de análise proposto por Spink e Lima (2000) dos mapas de associação de idéias, foram utilizados quadros como uma maneira de sistematizar o processo de análise dos dados coletados, em especial das entrevistas, a fim de fornecer subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação com os objetivos da pesquisa e os referenciais teóricos. Logo, foram construídos quadros com colunas e linhas correspondentes aos eixos de análise e ao material empírico que contribuíram para a compreensão e interpretação dos dados.

Desta forma, a partir dos eixos teóricos previamente definidos e do material empírico coletado através das entrevistas e das observações diretas, foi possível definir as dimensões de análise que contribuem para a compreensão conceitual do processo de construção da identidade profissional, como pode ser acompanhado na figura 1 a seguir. Esta figura, que é apresentada de forma resumida, contribui para a interpretação e análise dos dados e para a organização e desenvolvimento da tese.

Conceito	Dimensões		
Processo de construção da identidade profissional	Identidade no trabalho	Reconhecimento	Pela retribuição simbólica através da contribuição e utilidade das ações do fisioterapeuta, na perspectiva da valorização de seus atos e de seus saberes e pela retribuição material por meio da remuneração considerada justa pelo fisioterapeuta.
		Cooperação	Ocorrida nas relações de confiança entre os profissionais, na pertença ao coletivo e no compartilhamento do trabalho entre colegas.
		Autonomia	A partir do controle sobre os elementos do trabalho do fisioterapeuta na possibilidade de tomada de decisões, de assumir responsabilidades nas atribuições de seus atos.
	Conhecimento profissional	Científico	Conhecimento prático e abstrato marcado pela cientificidade, adquirido na formação e em estudos científicos.
		Contextual	Conhecimento prático desenvolvido nas relações de trabalho, no coletivo, referente ao contexto de trabalho.
		Reflexivo	Conhecimento em rede, capacidade de articulação dos conhecimentos científico e contextual e de construção reflexiva de formas de pensar em agir no trabalho que permita a identificação e resolução de situações problema.
	Herança da formação	As percepções da contribuição da formação no processo de construção da identidade profissional.	
	Projeção profissional	As expectativas e projeções futuras na profissão decorrente do processo de construção da identidade profissional.	

Figura 1 – Dimensões de análise do conceito do processo de construção da identidade profissional
Elaborado pela autora com base no referencial teórico e no material empírico coletado

Portanto, tendo como desafio compreender como ocorre o processo de construção da identidade profissional através da análise das relações de trabalho, perpassando pelas questões que envolvem a identidade no trabalho, o conhecimento característico do profissional, e ainda a herança da formação e a projeção profissional, essa tese se divide em cinco capítulos.

O primeiro e segundo capítulos têm por propósito apresentar um modelo teórico conceitual da sociologia das profissões e sobre o tema da identidade, respectivamente, de maneira que possibilite a compreensão do objeto de estudo desta tese, bem como seu problema de análise. No capítulo referente à identidade, são desenvolvidos os conceitos de identidade profissional e identidade no trabalho.

O terceiro apresenta a atividade do fisioterapeuta e o ambiente de trabalho deste profissional em Unidade de Terapia Intensiva, bem como o contexto sócio-histórico de desenvolvimento desta profissão. Para melhor compreensão dos atos do fisioterapeuta em UTI, são também descritas suas atividades, conforme estudos prévios. Este capítulo propicia a compreensão do ingresso deste profissional nas UTIs e de sua participação nas rotinas de trabalho assistenciais.

O quarto capítulo inicia a apresentação dos resultados empíricos deste estudo através do perfil dos profissionais entrevistados e das UTIs em que trabalham, de maneira a garantir o sigilo da identificação dos indivíduos e das instituições hospitalares onde atuam. Como o foco do estudo é o fisioterapeuta na relação com a enfermagem e a medicina na UTI, dados mais detalhados são apresentados sobre o fisioterapeuta. Também é feita uma apresentação das atribuições dos fisioterapeutas nas UTIs do ponto de vista deles próprios e de médicos e enfermeiros, demonstrando haver desencontros na percepção dos três profissionais sobre o papel da fisioterapia na UTI. Os dados apresentados se delineiam por ser mais objetivos, sendo apresentados por meio de valores totais, sem a pretensão de realizar uma análise quantitativa dos mesmos. Servem tais dados para permitir ao leitor um mapeamento da amostra empírica coletada neste estudo.

Ainda no quarto capítulo é apresentado, através dos relatos dos fisioterapeutas, médicos e enfermeiros participantes deste estudo e das observações diretas, como os fisioterapeutas têm trabalhado na atualidade nas UTIs de Porto Alegre, no que se refere à divisão do trabalho, à noção de reconhecimento, às relações de cooperação, às percepções de autonomia e ao conhecimento profissional que contribui para o processo de construção da identidade no trabalho e profissional do fisioterapeuta. Neste capítulo o leitor tem acesso às rotinas, às estratégias, enfim, às formas de trabalhar que envolvem fisioterapeutas, médicos e enfermeiros em UTI.

O quinto capítulo realiza a análise do processo de construção da identidade profissional a partir das relações de trabalho. Nesta análise é possível compreender a importância da construção da identidade no trabalho e do conhecimento profissional na definição da identidade profissional. E ainda, como a formação profissional contribui no processo de construção da identidade profissional a partir das percepções dos fisioterapeutas, bem como as expectativas e projeções futuras na profissão, conseqüentes do processo de construção da identidade profissional nas relações de trabalho. Ademais, busca a compreensão das formas que os fisioterapeutas têm conduzido os processos de construção da identidade profissional nas UTIs de Porto Alegre nas relações de trabalho.

A relevância desta tese está relacionada a duas questões primordiais. A primeira é a demonstração do valor do processo de construção da identidade no trabalho na contribuição da definição da identidade profissional. Ou seja, o indivíduo para ser profissional precisa estar inserido nas relações de trabalho de forma a sentir-se pertencente à equipe, valorizado, com relações de confiança entre seus pares e superiores e com algum grau de autonomia no

trabalho. A segunda demonstração está na importância do conhecimento profissional, caracterizado pelo conhecimento científico, contextual e reflexivo que se inicia no período da formação profissional, como uma herança, e se consolida nas relações de trabalho. Contudo, o conhecimento profissional apenas se solidifica e cresce nas relações de trabalho, caso houver a possibilidade do profissional construir de maneira estabilizada uma identidade no trabalho, com relações de reconhecimento, cooperação e autonomia mínimas garantidas.

1. SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

A sedimentação do corpo de conhecimentos da sociologia das profissões teve seu início em torno de questionamentos dentro de uma lógica cognitiva: o que é uma profissão? O que distingue uma ocupação de uma profissão dentro de uma divisão do trabalho? Como uma ocupação passa a se tornar profissão? Qual a função social das profissões? E ainda, qual o sentido de uma evolução das profissões? Em torno de questionamentos como estes que se buscaram respostas e modelos explicativos que compuseram a sociologia das profissões e que continuam motivando pesquisadores à compreensão a partir de novos contextos históricos.

Na busca pelas respostas aos questionamentos acima, a Sociologia das profissões teve seu início com o estudo inglês de Carr-Saunders e Wilson datado de 1933 quando realizaram um levantamento histórico dos grupos que poderiam ser considerados como profissões na Inglaterra. Embora este estudo tenha sido reconhecido como uma análise sociográfica, foi considerado o início desta ênfase da sociologia, e nomeado de abordagem “funcionalista”. O paradigma funcionalista, como passou a ser reconhecido, se caracteriza pela preocupação de identificar os atributos que distinguem as ocupações das profissões, aponta a necessidade de um corpo organizado que domina o conhecimento baseado em um sistema de ensino e treinamento específico (com seleção prévia de ingresso no ensino através de exame) e ainda defende a existência de um código de ética e de conduta.

Desde 1933 até o final da década de 1960 outros autores ganharam destaque como Parsons, Merton e Goode, cujos trabalhos também se configuravam no paradigma funcionalista. Destaca-se Parsons (1939) por ter sido o primeiro sociólogo que abordou o fenômeno das profissões em termos teóricos e aponta a profissão com uma posição de importância para a sociedade. De acordo com este autor, as profissões não são criadas pela economia, mas pela sociedade. Se o homem de negócios tem por objetivo dar conta de seus próprios interesses, com o foco nos ganhos econômicos, o profissional, de acordo com Parsons, tem por objetivo os interesses da sociedade, com o foco na utilidade social. É através do conhecimento científico adquirido através de formação, de sua prática e um ideal de serviço calcado em padrões morais e éticos que as profissões passam a ter uma relação de reciprocidade assimétrica com seus clientes (conhecimento/ignorância), o que permite sua institucionalização (autoridade/confiança) e o controle social permitindo o bom funcionamento da sociedade. A instituição dos papéis em profissões é resultado do equilíbrio das “necessidades” dos clientes em relação ao profissional e a “necessidade” dos profissionais

em terem clientes, o que caracteriza os profissionais liberais. Mais tarde, no final da década de 1960, Parsons atribui às universidades o papel de legitimação e institucionalização do saber do profissional (RODRIGUES, 1997).

Em uma perspectiva mais alternativa, seguindo a tradição da escola de Chicago e do interacionismo simbólico, destacam-se no mesmo período do paradigma funcionalista, Hughes, Strauss e Glaser. O paradigma desenvolvido a partir do interacionismo simbólico teve como ênfase o processo de transformação das ocupações em profissões e é nomeado de paradigma interacionista.

Hughes, em 1958 (1981, p. 45), chama a atenção para “quais as circunstâncias pelas quais as pessoas que têm uma ocupação tentam torná-la profissão, e a si próprias em profissionais?” e “quais os passos pelos quais tentam criar uma identificação com seus modelos de valores?”.

Este autor afirma que os grupos profissionais são os frutos de um trabalho de construção feito por atores nas interações e processos de construção social, e não o fruto de uma divisão natural do trabalho defendida pelos funcionalistas como resultado da capacidade técnica de responder a questões sociais. A formação é o meio, o recurso, e não o atributo para se tornar um profissional. Pois é no trabalho realizado (nos meios e recursos mobilizados nesse processo), na interação social (nos conflitos) que se desenvolve o processo de construção da identidade profissional e, portanto, da transformação de uma ocupação em profissão.

Hughes (1981), embora se reclame mais pertencente à sociologia do trabalho do que à sociologia das profissões, contribui ao referir que a teoria das profissões deve ter como ponto de partida a divisão do trabalho, ou seja, deve ser feita uma análise dos procedimentos de distribuição social das atividades. A divisão do trabalho, objeto de conflitos sociais, implica uma hierarquização de funções, sendo utilizado como recurso o diploma (*licence*) e o mandato (*mandate*), que, para o autor, significam a função de separar o profissional dos demais e a missão confiada a este profissional pela sociedade, respectivamente. Desta maneira, a existência de instituições que protejam o diploma e a conservação de mandatos dos seus membros é fundamental para a profissionalização.

O autor aponta que o termo profissional deve carregar um juízo de valor e de prestígio e associa a relação entre profissional e cliente como análoga ao do iniciado e não-iniciado. Portanto, nesta perspectiva, o saber é o cerne do profissional, trata-se de um segredo, confiado

a um grupo que tem o mandato de seu uso, sendo que a justificação científica não passa de uma “cortina de fumaça”. O grupo profissional é responsável por selecionar, formar, iniciar e disciplinar seus próprios membros e de definir a natureza dos seus serviços configurando em um monopólio, já que todo aquele que não foi socializado é excluído do meio. Desta forma, toda profissão passa a se constituir um grupo de pares com seus códigos informais, suas regras de seleção, seus interesses e linguagens em comum, da mesma forma que exclui aqueles que não correspondem a determinados estereótipos criados. Para haver a construção identitária de um determinado profissional, apenas resta a ele a renúncia voluntária aos estereótipos profissionais de determinado grupo. O reconhecimento como profissão, de acordo com Hughes, constitui uma implicação social que depende, sobretudo, da capacidade dos membros de uma atividade qualquer de se coligar, com vistas a desenvolver uma argumentação convincente.

Uma vez desenvolvida uma percepção de si como profissional a partir da formação, o indivíduo entra em contato com o modelo real nas relações de trabalho e inicia o processo de luta pelo controle de suas tarefas. Pois é através da carreira que o indivíduo constrói estratégias que permitem a projeção de si, ou seja, a carreira é o meio de socialização e a condição para a construção do profissional.

Portanto, de acordo com a perspectiva interacionista, as profissões estão longe de serem blocos homogêneos, comunidades que partilham identidades, valores e interesses por força única dos processos de socialização no período de formação. De fato, é também nas interações, na maioria das vezes na forma de conflitos, que ocorrem os avanços, as mudanças, redefinindo-se as novas posições e os processos de profissionalização.

Na década de 1960, os autores Wilensky e Gross, com o propósito de integrar os conceitos do paradigma funcionalista e interacionista, propuseram novos conceitos acerca do processo de profissionalização. Wilensky (1964) define profissão como uma ocupação que exerce autoridade e jurisdição exclusiva simultaneamente sobre uma área de atividade e de formação ou conhecimento, tendo convencido o público de que seus serviços são os únicos aceitáveis. O que o diferencia de Hughes, seu professor, é o fato de que acredita que o conhecimento técnico não necessariamente precisa ser científico. O que importa é que este conhecimento seja reconhecido pela sociedade como sendo do profissional em questão. Wilensky analisou o processo de aquisição do estatuto de profissão de dezoito ocupações para definir como uma ocupação passa a ser nomeada de profissão. Segundo este autor, para ser reconhecida uma profissão deve ser contemplado os seguintes pré-requisitos: controle sobre a

formação; criação de uma associação profissional que defina as tarefas essenciais, que gerencie os conflitos internos e os conflitos com outros grupos que desenvolvam atividades semelhantes; proteção legal; e definição de código de ética.

Este conceito de profissionalização de Wilensky é o mais citado ainda hoje na literatura da sociologia das profissões, tem sido utilizado para classificar ocupações em profissões, mas para a sociologia das profissões este conceito não é considerado definitivo.

Com uma perspectiva focada no poder das profissões e na pluralidade de paradigmas, abordagens e perspectivas, ao longo da década de 1970 e 1980, autores como Johnson, Freidson, Larsons e Collins ganham destaque. Contudo, de acordo com Bonelli (1998), foi Freidson no início da década de 1970 que consolidou o paradigma do poder. Freidson tem sido identificado como pertencente à segunda geração dos interacionistas simbólicos formados em Chicago no pós-guerra, por adotar uma postura crítica em relação à noção de estrutura, de cultura, ou de qualquer entidade superior aos indivíduos e suas ações. Apesar disso, Freidson não se classifica como representante da teoria do interacionismo, já que entende que a noção de estrutura não pode ser negada em uma análise.

Freidson (1998) afirma que a profissionalização pode ser definida como um processo pelo qual uma ocupação organizada através da reivindicação de suas competências, da qualidade de seu trabalho e dos benefícios que com isso proporciona à sociedade, obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho e de controlar a formação e o acesso.

Este autor pontua algumas questões que julga importantes para que uma ocupação possa ser considerada profissão. A primeira questão é referente à autonomia do profissional. O status das profissões viria da autonomia que garantiria poder para a profissão e que é adquirida mediante a delegação dada pela sociedade, configurando-se em um aspecto decisivo para a construção do profissional. A autonomia profissional que o autor se refere está relacionada ao controle sobre a definição de conteúdo e da avaliação técnica, que é garantido pelo reconhecimento de que somente aqueles que possuem determinado conhecimento especializado são capazes de atender a determinadas questões, configurando monopólio sobre o campo de conhecimento, e que não depende de outras profissões para a sua prática rotineira.

O monopólio do conhecimento (*expertise*) pode ser citado como uma segunda questão importante para a construção do profissional, já que confere autonomia técnica e garante o controle da entrada no mercado de trabalho, também nomeado por credenciais (*gatekeeping*).

Portanto, o profissional deve ter formação em nível superior com aprendizado de conhecimento formal abstrato. A educação profissional, tendo os professores como referenciais de como deverá ser ao se graduar, contribui para o indivíduo desenvolver a percepção de si mesmo como profissional, bem como a maneira pela qual ele aprende o conhecimento e a competência. Este processo de socialização formal da educação associado à escolha da profissão explicam parcialmente o comportamento dos indivíduos nos locais de trabalho. De fato, cada ambiente de trabalho e as relações interprofissionais exercem influência sobre o trabalho e a socialização dos indivíduos. Através do desempenho e prestígio de uma profissão nas práticas do cotidiano nos locais de trabalho, o indivíduo desenvolve a profissionalização de forma mais importante que a própria socialização na faculdade. Para ser compreendida a influência do ambiente de trabalho ou das relações entre trabalhadores sobre o profissional, faz-se necessário analisar de forma comparativa entre diferentes locais de trabalho como nas inter-relações do trabalho ocorrem as negociações e as ações de cada profissional. A questão decisiva para Freidson é a definição de como o profissional é capaz de exercer controle sobre seu trabalho e seus resultados no ambiente e nas relações de trabalho (FREIDSON, 1998).

O controle da entrada no mercado de trabalho (credenciais ou *gatekeeping*) seria a terceira questão apontada por Freidson, que é garantido mediante a organização do acesso e da formação do profissional e o credenciamento que as universidades, as associações e o Estado, aliados, oferecem. A educação é considerada um pré-requisito para obter posições específicas no mercado de trabalho, excluindo aqueles que não têm tal qualificação (FREIDSON, 1998). Embora tanto profissões como ofícios atuem de forma criteriosa e com alguma formação, Freidson (1996) afirma que o profissional se distingue pelo tipo de conhecimento e qualificação que emprega no exercício do julgamento marcado pelos conceitos e teorias abstratas e fundamentadas cientificamente.

Além desta maneira de controle, o poder das profissões é apoiado na diferenciação de seus membros em praticantes, administradores e intelectuais. Desta forma, as profissões têm seus próprios membros nos postos-chave de acesso às posições de poder. Os praticantes têm controle sobre o trabalho que fazem e algum poder sobre seus clientes. Os administradores seriam os membros de organizações representativas da profissão que condicionam como e onde os praticantes podem exercer poder sobre os clientes. E os intelectuais são os professores e pesquisadores que formam a base para que os administradores organizem o trabalho dos

praticantes, além de serem os intelectuais que controlam quem irá possuir o diploma necessário para o exercício profissional (FREIDSON, 1998).

Ainda no que se refere à inserção no mercado de trabalho, Freidson entende que as profissões possam ser divididas em dois grandes grupos, a saber: os que são mais acadêmicos ou científicos, que podem sobreviver obtendo apoio de grupos, como o Estado ou associações profissionais cuja atividade permite prescindir de uma clientela leiga e aqueles cuja profissão depende da confiança dos clientes, obtida mediante a solução prática dos problemas que os afligem (FREIDSON, 1999).

Até os anos de 1980, Freidson (1998) refere que a medicina e a advocacia foram reconhecidas como as verdadeiras profissões servindo como modelo básico para a conceituação de profissionalismo. Contudo, este autor aponta que o conceito de profissão deve se livrar da dicotomia pela qual um tipo de modelo ideal de profissão é usado para ordenar todas as ocupações. Como praticamente todas as ocupações não chegam perto do modelo, toda a variedade se reduz à mera não-profissão, desprovidas de características profissionais.

De acordo com Freidson (1998), as posições dos profissionais e a natureza de sua prática estão mudando. Se existem afirmações que estaríamos caminhando para o fim do profissionalismo, este autor refere que de fato o profissionalismo está tomando nova forma. O profissionalismo de hoje se caracteriza por não haver apoio institucional e por ser baseado na dedicação a um compromisso da prática de um ofício complexo que ofereça valor para os outros. Contudo, esse autor refere a dificuldade de se ter êxito na tentativa de conquistar o título oficial de profissão baseado apenas nas relações interpessoais através das negociações de tarefas diárias com as outras pessoas com quem trabalham. Para se ter sucesso nas negociações com outros trabalhadores com vistas à construção de uma profissão, deve haver empregos com características institucionais de uma ocupação com educação formal adequada aos critérios oficiais de profissão.

Estudos mais recentes na sociologia das profissões apontam para um novo paradigma, qual seja, o da abordagem sistêmica, com destaque para o trabalho de Abbott que, em 1988, realizou sua primeira publicação propondo uma síntese integradora dos demais paradigmas da sociologia das profissões. Do paradigma funcionalista, Abbott recupera a importância da centralidade do conhecimento científico como atributo característico da profissão. Do paradigma interacionista, este autor busca nas interações os conflitos interprofissionais. E do

paradigma do poder, resgata o conceito de poder, de auto-interesse e de ação política (RODRIGUES, 1997).

Desta forma, Abbott (1988) ao reunir vários paradigmas acaba por construir uma teoria alternativa começando por transferir o foco das estruturas organizacionais das profissões para o trabalho. O fenômeno da vida profissional é a ligação entre a profissão e o seu trabalho, ligação esta que o autor denomina “jurisdição” (controle sobre o tipo de trabalho que desenvolve e sobre as condições de exercício da atividade). Ao analisar o desenvolvimento profissional, analisa-se como esta ligação é criada no trabalho, como é ancorada nas estruturas sociais formais e informais, e como o jogo das ligações jurisdicionais entre profissões determina a história das próprias profissões. Ou seja, é em um sistema de interdependência entre os grupos profissionais que as profissões se desenvolvem. E o principal recurso na disputa jurisdicional, e a característica que melhor define a profissão, de acordo com Abbott, é o conhecimento abstrato. É através dele que o indivíduo se torna competitivo, defendendo-se dos intrusos (outras profissões). O conhecimento abstrato é o conhecimento científico que legitima o trabalho profissional e que dá subsídios através dos valores da racionalidade e da lógica para o saber-fazer, para a expertise.

Conforme Abbott, a prática profissional é definida pelo diagnóstico, inferência e tratamento. O diagnóstico e o tratamento são os atos de mediação, ou seja, de gestão das informações. Já a inferência é o puro ato profissional desenvolvido por meio do conhecimento acadêmico.

Mas apenas ter a expertise através do conhecimento acadêmico não é suficiente para a determinação da jurisdição, é necessário também o reconhecimento social da estrutura cognitiva através do monopólio da prática profissional, do pagamento público dos serviços, do direito de autodisciplina, do controle na formação, do recrutamento e das licenças legais. Portanto, na disputa por jurisdição, faz-se necessário o sistema legal, a opinião pública e as situações de trabalho que legitimam a prática.

A fixação de jurisdição pode ser classificada por: total; por subordinação; por interdependência de grupos ou controle de parte do trabalho por outro grupo. A jurisdição total é baseada no poder do conhecimento abstrato que determinada profissão tem para definir e resolver problemas. A jurisdição por subordinação apresenta vantagens em comparação à jurisdição total, pois permite delegar ou transferir o trabalho de rotina. Contudo, é difícil de gerenciar, pois assim que o subordinado assimila o modo de fazer do grupo dominante, acaba

por subverter a fixação da jurisdição. Como consequência, o sucesso da prática profissional acaba por depender da participação dos subordinados. A alternativa que se tem para manter a jurisdição do grupo dominante neste caso é fazer uso de uma ordem simbólica complexa (uso de títulos, uniformes), de atos de exclusão (não compartilhar informações com os subordinados) e de coerção. E a jurisdição por interdependência de grupos reflete um desenvolvimento complexo de tarefas. É considerada de difícil condução também, pois envolve a assimilação dos processos de trabalho entre os grupos. O objetivo de fixar a jurisdição é, portanto, uma forma de identificação e de convergência dos membros de um grupo profissional, podendo assim as profissões ser identificadas socialmente.

Abbott chama a atenção que a partir de uma realidade social de crescente especialização e divisão do trabalho, a relação entre as ocupações é assumida como uma dimensão importante na análise do sistema ocupacional, pois se idealmente busca-se a harmonia e o equilíbrio nas tarefas e atribuições entre as profissões, na realidade ocorrem inúmeros conflitos de disputa de área de atividade, sendo através da resolução de tais conflitos que se redefinem as relações entre as ocupações e, por conseguinte, as profissões.

Na figura 2, abaixo, é possível visualizar de forma resumida os diferentes paradigmas desenvolvidos pela sociologia das profissões ao longo do século XX e perceber que o conhecimento aparece como um elemento essencial para qualquer dos paradigmas. Em especial, percebe-se que na maioria dos paradigmas ilustrados abaixo o conhecimento científico socializado durante a universidade (formação de nível superior) é considerado aquele capaz de caracterizar um profissional. A exceção está em Wilensky que entende que este conhecimento não necessita ser científico, mas que seja reconhecido pela sociedade como sendo do profissional. O que se percebe é que em torno do status que é conferido àquele que é nomeado de profissional está uma expertise esotérica, ou seja, um saber próprio de um determinado grupo que os demais leigos não têm acesso, tornando-os dependentes do serviço prestado pelos profissionais. E é a partir deste saber, seja ele científico ou não, que a sociedade parece reconhecer socialmente sua importância e utilidade na resolução de problemas.

Destaca-se nesta análise o posicionamento de Abbott em relação aos demais autores, quando classifica o monopólio das práticas profissionais como essencial, diferente de outros autores que abordam o monopólio do conhecimento. Abbott, diversamente dos demais, valoriza ademais do saber teórico, uma prática que caracteriza o profissional em suas atividades de trabalho.

Esta perspectiva de Abbott se aproxima da posição teórica do filósofo Schön (1983) quando alega que o conhecimento do profissional não é apenas acadêmico, teórico, abstrato, mas é também um conhecimento voltado para situações de ordem prática e concreta que capacita o profissional a identificar e resolver problemas nas atividades de trabalho. Este conhecimento, conforme o autor, está associado à competência e ao talento já inerentes à prática habilidosa – especialmente a reflexão-na-ação (o pensar o que fazem enquanto fazem) que os profissionais desenvolvem em situações de incerteza, singularidade e conflito. E os critérios fundamentais pelos quais se julga a sua qualidade são a eficácia na resolução de problemas e na adequação das soluções aos recursos existentes.

	Paradigmas	Autores (início das publicações)	Conceito de profissão
Sociologia das profissões	Funcionalista	Parsons (1939)	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento científico universitário; • Utilidade social; • Reciprocidade assimétrica com cliente; • Código de Ética e Conduta.
	Interacionista	Hughes (1958)	<ul style="list-style-type: none"> • Monopólio do conhecimento científico universitário; • As interações no trabalho como definidoras da construção do profissional; • Percepção de si como profissional; • Juízo de valor e de prestígio; • Licença e mandato.
	Funcionalista e Interacionista	Wilensky (1964)	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento técnico; • Controle sobre a formação; • Utilidade social; • Associação profissional e proteção legal; • Código de Ética.
	Poder das profissões	Freidson (1970)	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia no conteúdo e avaliação técnica – status; • Monopólio sobre o campo de conhecimento científico universitário; • Percepção de si como profissional; • Credenciais – controle sobre o mercado de trabalho pelo conhecimento.
	Abordagem sistêmica	Abbott (1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Jurisdição da profissão sobre o trabalho; • Diagnóstico, inferência e tratamento; • Conhecimento abstrato acadêmico universitário; • Sistema de interdependência entre os grupos profissionais; • Monopólio da prática profissional; • Controle sobre a formação e o recrutamento; • Envolvimento político.

Figura 2 – Paradigmas da sociologia das profissões

Elaborado e adaptado pela autora com base no referencial teórico selecionado

* Os autores Schön, Perrenoud e Reich que são citados neste capítulo não estão incluídos neste quadro por não serem reconhecidos como pertencentes à Sociologia das Profissões.

Schön (2000) afirma que o profissional deve ser aquele capaz de utilizar o conhecimento científico combinado ao talento artístico da reflexão na ação. E ainda, que a ciência aplicada deveria ser ensinada ao profissional como forma de investigação. A competência do profissional consiste na aplicação de teorias e técnicas científicas na investigação e solução de problemas instrumentais da prática.

De acordo com o autor, existem dois tipos distintos de situações práticas, quais sejam: i) situações familiares e rotineiras que podem ser resolvidas com a bagagem de conhecimentos do profissional; e ii) situações incomuns nas quais o problema não está inicialmente claro e não há uma equivalência óbvia entre as características das situações e o conjunto de teorias e técnicas científicas já disponíveis. Nesta segunda situação, cabe ao profissional competente a capacidade “artística” de seguir regras que ainda não se tornaram explícitas, pois acabaram de ser criadas por ele mesmo. Neste momento, novas descobertas são feitas, já que o profissional descobriu como identificar e resolver novos problemas. Trata-se da capacidade de se comportar mais como um “pesquisador” do que como um “especialista”. A racionalidade técnica científica não pode significar por si só o conhecimento do profissional, pois estaria reduzida à capacidade de aplicar em determinadas situações, certos saberes. O desafio está na capacidade do profissional em fazer uso dos saberes científicos de forma criativa, adaptando às necessidades do problema em questão.

A reflexão na ação deve ser distinguida da reflexão sobre a ação. A primeira se atribui a reflexão durante a ação, quando se pergunta o que está acontecendo ou o que vai acontecer, o que podemos e o que devemos fazer, qual a melhor tática, que desvios e precauções temos que tomar e que risco corremos. Já a reflexão sobre a ação é o tomar a própria ação como objeto de reflexão. Depois de realizada a ação, a reflexão tem como propósito a compreensão, o aprendizado do que ocorreu. Trata-se de uma análise, uma crítica da ação em relação a regras, teorias ou outras ações realizadas em situações análogas. Esta distinção feita por Schön (2000) é questionada por Perrenoud (2002) ao compreender que mais que distinções, existem continuidades nos modos de refletir. Conforme o autor, o profissional reflete no momento da ação, depois reflete as atitudes tomadas para então, mediante novas situações, a partir das reflexões feitas, refletir novamente e encontrar, talvez, uma terceira saída para uma próxima situação. Desta forma, um profissional reflexivo reexamina constantemente seus saberes e ingressa em um ciclo permanente de aperfeiçoamento, já teoriza sua própria prática, seja consigo mesmo, seja com a equipe de trabalho.

A noção de conhecimento de Schön se aproxima de Abbott, uma vez que este último acredita que na inferência, fase intermediária entre o diagnóstico e o tratamento, o indivíduo realiza seu ato profissional ao utilizar seu conhecimento científico para buscar a solução do problema diagnosticado com o propósito de resolvê-lo no tratamento. No entanto, Schön demonstra que inclusive no momento do diagnóstico (identificação), o profissional deve também realizar uma prática reflexiva, pois nem sempre o problema se apresenta de forma clara. Ou seja, conforme Schön, o profissional utiliza seu saber científico associado a um conhecimento prático e reflexivo desde o primeiro contato com o problema até a sua solução.

Esta perspectiva ampliada de conhecimento proposta por Schön em contraposição à perspectiva teórica de autores da sociologia das profissões provoca o questionamento de afinal, qual conhecimento é necessário atualmente para ganhar o status de profissional? E ainda, é possível voltar para os questionamentos realizados nas décadas de 1930 a 1960 e perguntar novamente: o que é uma profissão? O que distingue uma ocupação de uma profissão dentro de uma divisão do trabalho? Como uma ocupação passa a se tornar profissão? Qual a função social das profissões? Qual o sentido de uma evolução das profissões? Quais as circunstâncias pelas quais as pessoas que têm uma ocupação tentam torná-la profissão, e a si próprias em profissionais? Quais os passos pelos quais tentam criar uma identificação com seus modelos de valores? Parece que estas questões permanecem atuais.

De acordo com o economista Reich (1994), o conceito tradicional de profissional parece não dar conta das necessidades contemporâneas. Este autor entende que profissional seria aquele indivíduo submetido a uma formação com o domínio de um determinado conhecimento. Ocorre, conforme o autor, que a sociedade tem necessitado de indivíduos com a capacidade de usar o conhecimento de forma criativa e efetiva com o intuito de identificar e resolver situações consideradas problema, para as quais talvez aquele conhecimento dado na formação não alcance a amplitude necessária.

Reich refere que existem profissionais, a exemplo de advogados ou contadores, que passam o dia realizando tarefas repetitivas, sem nenhuma capacidade analítica e ao mesmo tempo, encontram-se trabalhadores que não carregam o conceito de profissionais por não terem uma formação específica e que têm esta capacidade analítica, que, somada à experiência no trabalho, são capazes de resolver situações problema. O que Reich chama a atenção é que uma credencial não necessariamente é garantia de tal capacidade e que na

verdade a educação profissional pode eventualmente passar um conhecimento mecanizado e com idéias primitivas e ainda, prejudicar a capacidade criativa.

Perrenoud (2002) lembra que o paradigma do profissional reflexivo de Schön visa combater a ilusão de que a ciência oferece uma base de conhecimentos suficiente para uma ação racional. De fato, grande parte dos problemas tratados por um profissional não figura nos livros e não pode ser resolvido apenas com a ajuda dos saberes teóricos e procedimentais ensinados. Não se quer aqui dizer que o saber proveniente de pesquisas científicas não seja necessário para o profissional, mas não é suficiente.

Portanto, percebe-se que não existe uma definição única para o conceito de profissional, já que dependendo do grupo profissional e do local de trabalho que esteja sendo analisado, parece se delinear uma nova afirmativa. Em estudo realizado em São Paulo com os delegados de polícia, Bonelli (2003) demonstra através destes profissionais que eles assim se percebem por referirem ter vocação para a função e ter diploma de nível superior. Estes profissionais relatam que a ênfase pragmática e antiteórica da polícia é mediada pelo discurso dos delegados destacados pelo caráter técnico-científico das investigações e a relevância do saber jurídico na condução do inquérito policial. Mas o destaque do estudo de Bonelli para esta revisão teórica é a importância que esta autora apresenta em relação à socialização no trabalho, como um dos fatores mais importantes para o processo de profissionalização. Ou seja, o conceito deve estar de qualquer sorte, atrelado a noção de processo e de socialização no trabalho.

Aliada à noção de socialização no trabalho, assume-se nesta tese como um pressuposto teórico que ao conceituar profissão, seja contemplado o conhecimento específico, o controle da entrada no mercado de trabalho por uma credencial oferecida por instituições formadoras, pelos conselhos e pelo Estado, a autonomia no conteúdo e na avaliação técnica, a jurisdição da profissão sobre o trabalho e a percepção de si mesmo como profissional.

O processo de construção de uma percepção de si mesmo como profissional, de acordo com autores como Hughes e Freidson, é traduzido pela construção da identidade profissional que se inicia no período de formação profissional e se consolida nas relações de trabalho e que é essencial para que o indivíduo possa se constituir como um profissional. Ao compreender o processo de construção da identidade profissional, entende-se que o conceito de profissão tende a ser melhor apreendido em determinado contexto sócio-histórico e cultural.

E para que seja possível compreender o processo de construção da identidade profissional nas relações de trabalho, que é o objeto de estudo desta tese, a seguir será apresentado um apanhado teórico e conceitual sobre o processo de construção da identidade social e das identidades profissional e no trabalho dos indivíduos.

2 IDENTIDADE

A seguir será apresentado como alguns autores entendem o processo da construção da identidade social de um indivíduo para então depois abordar especificamente a questão da identidade profissional e da identidade no trabalho.

Dubar (1999) conceitua as identidades de um indivíduo como um conjunto de representações que responde a pergunta ‘quem és’. Trata-se de processos de identificação de um indivíduo a uma família através de um sobrenome, a uma nacionalidade, a uma religião ou a qualquer grupo social. São formas de categorização social e ainda de qualificação de um sujeito, de atribuições de valor produzidas pelo julgamento de uma sociedade.

No mesmo sentido, Taylor (2005) parte da questão “Quem sou eu?” para conceituar identidade. A resposta a esta pergunta é a compreensão daquilo que tem importância crucial, é uma espécie de saber em que posição o indivíduo se coloca, trata-se do horizonte dentro do qual é possível tomar uma posição que seja reconhecida como admirável ou de valor. A resposta da pergunta “Quem sou eu?” se remete a partir de onde o indivíduo fala e a quem fala, tratando-se não ser apenas de uma posição em assuntos morais e espirituais, como também uma referência à comunidade. O indivíduo constrói sua identidade por meio da interação social, das situações conflituosas, a partir de como é chamado pelo outro e por meio do reconhecimento de sua fala e de suas diferentes perspectivas.

Portanto, a identidade é construída por meio da linguagem³ nas relações com a família, colegas, vizinhos, enfim, através das relações com a comunidade com a qual convive e que auxilia a enfrentar a vida e a lidar com as exigências impostas pelo mundo exterior. Entende-se que a gênese do espírito humano é dialógica, pois se define identidade sempre no diálogo com outras pessoas reconhecidas como significativas (TAYLOR, 2005).

Percebe-se, deste modo, que a identidade é relacional, ou seja, é estabelecida pela relação com o outro. E esta relação é marcada pela diferença estabelecida por uma marcação simbólica relativamente a outras identidades. Por marcação simbólica, entende-se o meio pelo qual se dá sentido a práticas e a relações sociais, definindo, por exemplo, quem é excluído e

³ A importância da linguagem, de acordo com Taylor (2000), está no sentido amplo, envolvendo não apenas as palavras, mas também todos os outros modos de expressão incluindo os gestos, a linguagem da arte e do amor, dentre outras. O indivíduo aprende os modos de expressão por meio de intercâmbio entre as pessoas que têm importância para ele e que acabam sendo autodefinidores por si mesmos.

quem é incluído. É por meio da diferenciação social que estas classificações da diferença são percebidas nas relações sociais. E o sistema de classificação está atrelado à cultura de uma comunidade, ou seja, a certo consenso sobre como classificar, dar significado, dar sentido às coisas a fim de manter alguma ordem social (WOODWARD, 2008).

Woodward (2002) acrescenta que no processo de classificação da diferenciação social, são vivenciados alguns conflitos referentes às diferentes posições no mundo e que podem causar uma polarização – inclusão/exclusão, dentro/fora, nós/eles, homem/mulher, hetero/homossexual, saudável/doente, dentre outras. Entretanto, é nesta classificação que se constrói a identidade que oferece um “lugar no mundo” e que faz a ligação do indivíduo com a sociedade.

Dubar (2006) vai ao encontro de Woodward quando lembra que identidade é o resultado de uma diferenciação e de uma generalização. Ou seja, o indivíduo é aquele que se diferencia, se singulariza dos demais, ao mesmo tempo em que é aquele que tem pontos em comum, que pertence a um mesmo grupo. O paradoxo da identidade é justamente aquilo que é único, mas que também é partilhado. E a solução deste paradoxo está justamente na alteridade, na identificação de e pelo outro.

Woodward (2008) diferencia o termo de identidade e subjetividade, termos estes que apresentam certa sobreposição entre si, mas que requer uma diferenciação conceitual. Subjetividade sugere a compreensão do indivíduo sobre o seu eu, envolve as emoções conscientes e inconscientes que constituem as concepções sobre quem é o indivíduo. Envolve os sentimentos e emoções mais pessoais. Contudo, o indivíduo vive em um contexto social no qual a linguagem e a cultura dão significado à experiência que se tem de si próprio e no qual se adota uma identidade. Desta forma, as posições que se assumem na sociedade, através da linguagem e da cultura, e com as quais os indivíduos se identificam, constituem as identidades. E isto ocorre quando os conjuntos dos significados construídos pelos discursos são eficazes ao recrutar os sujeitos, que se tornam sujeitos ao discurso assumindo estes significados. O conceito de subjetividade permite uma exploração dos sentimentos que estão envolvidos no processo de produção da identidade e do investimento pessoal que o indivíduo faz em posições específicas de identidade. Ele nos permite explicar as razões pelas quais os indivíduos se apegam a identidades particulares.

Taylor acrescenta que a identidade é construída juntamente à subjetividade de um indivíduo. Este autor utiliza a sustentação teórica de Hegel em relação à elaboração de um

pensamento expressivista que busca unificar a oposição entre pensamento, razão e moralidade, de um lado, e desejo, sensibilidade, de outro. Hegel tenta unificar a oposição entre uma consciência de si inteiramente livre e a vida em comunidade. Desta forma, para Taylor, quando o sujeito se expressa, isto é, usa da linguagem com características de expressividade, o que se manifesta pela expressão não é exclusivamente o “eu”, mas sim sua elaboração do “eu-no-mundo”. A expressão é, antes de tudo, uma reação diante do modo, ou ainda, da expressão de reação em face do mundo. Percebe-se que ao interpretar o mundo, o indivíduo interpreta seu próprio self. E a expressão corporal do indivíduo realizada em espaço público é constituída de uma ação moral motivada pelos sentimentos experimentados do mundo (ARAÚJO, 2004).

Para compreender a influência da moral na constituição da identidade do indivíduo, opta-se aqui por entender o significado de moral para Taylor (2005). Segundo este autor, moral não é apenas como fazer o certo, mas ser bom, no sentido da definição do conteúdo da obrigação e não na natureza do bem viver. A moral está relacionada a três princípios, quais sejam: i) o de respeito; ii) o de vida plena; e iii) o de dignidade.

O princípio de respeito está associado a três noções: do direito; de evitar o sofrimento; e de valorização da vida cotidiana. A noção do direito corresponde à forma da sociedade ocidental moderna de garantir o respeito aos seres humanos, ou seja, da mesma forma que o indivíduo tem por lei determinados deveres, também tem seus direitos, o que confere liberdade e oportunidade ao indivíduo de participação ativa. O respeito à integridade das pessoas inclui a proteção à sua liberdade expressiva de exprimir e desenvolver suas próprias opiniões, definir suas próprias concepções de vida, criar seus próprios planos de vida. É por isso que o autor refere que ao falar de direitos humanos universais, vincula-se o respeito pela vida e integridade humana à noção de autonomia, já que concebe as pessoas como colaboradoras ativas no estabelecimento e garantia do respeito que lhes é devido. A noção de evitar o sofrimento está associada ao respeitar a vida e a integridade humana. E a noção de valorização da vida cotidiana está associada a colocar as relações de trabalho (produtivas) e familiares como essenciais para o bem-estar, ou seja, as questões superiores e que fazem sentido estão na vida cotidiana, e não fora dela.

O segundo princípio conceitua a moralidade como o modo de compreender o que constitui uma vida plena. Ou seja, que tipo de vida vale a pena ter ou que cumpra a promessa implícita nos talentos particulares, nas exigências sobre alguém com capacidade, ou ainda, o

que constitui uma vida rica e significativa em contraposição a uma voltada para questões secundárias ou triviais.

E o terceiro se remete às noções relacionadas à dignidade. Este princípio envolve as características mediante as quais pensamos em nós mesmos como merecedores ou não do respeito das pessoas que nos cercam, e que para isso é necessário que sejamos reconhecidos pelos outros como merecedores deste respeito. O respeito que se remete aqui é no sentido de pensar bem de alguém, de admirá-lo, de tê-lo como referência em relação a uma maneira de viver a vida cotidiana ao se destacar. Tanto o segundo quanto o terceiro princípio se sobrepõem à noção de vida cotidiana como uma noção de respeito, pois é nela que o indivíduo irá fazer uso de seus talentos e será admirado ao se destacar (TAYLOR, 2005).

A vida cotidiana, conforme o autor, compreende a noção de vida de produção e reprodução de trabalho e da família. Não se trata de dizer que qualquer coisa que o indivíduo faça seja aceitável, nem dizer que é necessário uma atividade fora da vida cotidiana para que seja conferido valor, mas, sobretudo entender que a atividade superior que pode conferir valor não está fora da vida cotidiana. Ou melhor, o que confere sentido e valor é a maneira de viver a vida cotidiana.

E esta orientação para a moralidade, no sentido de ser e fazer algo de forma a ser distinguido, valorizado, reconhecido, com um sentido na vida, deve estar incorporada à compreensão de vida como uma história em andamento. Ou seja, o que o indivíduo é tem que ser entendido como aquilo que se tornou e para onde está indo. De preferência, espera-se que o futuro “redima” o passado, torne-o parte de uma história de vida dotada de sentido ou de propósito, que seja incorporado a uma unidade significativa. Talvez o sentido de uma vida não esteja relacionado diretamente com o indivíduo, mas esteja relacionado com a comunidade em que vive ou com os seus filhos, ou ainda, pode estar relacionado com uma causa. Assim sendo, o reconhecimento de aquilo que se é, ou que se foi, e que seja de valor e voltado para o bem é definidor no processo de construção da identidade (TAYLOR, 2005).

A identidade em parte é moldada pelo reconhecimento ou por sua ausência. Frequentemente, em decorrência do não-reconhecimento ou do reconhecimento errôneo por parte de outros, mediante a devolução de um quadro de si mesmo redutor, desmerecedor ou desprezível, uma pessoa ou um grupo pode sofrer danos reais na forma de uma opressão e no aprisionamento em uma identidade falsa, distorcida e redutora. Deste modo, o

reconhecimento não é uma mera cortesia que deve ser concedida às pessoas, mas uma necessidade vital (TAYLOR, 2000).

Todavia, esta tese de Taylor em relação à opressão gerada ao indivíduo pela negação de reconhecimento é debatida por Loewe (2006). De acordo com este autor, a expressão opressão pode ser considerada um exagero, pois, quando um indivíduo não é reconhecido, pode ocorrer uma frustração desencadeada pelo impedimento da pessoa em alcançar determinada meta, mas não a perda da liberdade. E ainda, que ao se pensar em identidade, diversos aspectos são considerados importantes para diferentes indivíduos em distintos momentos da vida diferentemente importantes. Ou seja, não é possível afirmar as reações dos indivíduos mediante situações desrespeitosas, cada caso deve ser avaliado de acordo com seu contexto.

A posição teórica de Loewe em relação ao sentimento de frustração desencadeado pela precariedade de reconhecimento ao indivíduo passa a ser assumida nesta tese como uma hipótese teórica. Assim como, entende-se que as reações dos indivíduos mediante a falta de reconhecimento devam ser analisadas individualmente, conforme as experiências vivenciadas pelos sujeitos.

Percebe-se também que a via de acesso para a construção da identidade, de acordo com Taylor, é por meio da interação social, das situações conflituosas, do reconhecimento da fala e das diferentes perspectivas dos indivíduos. É nas inter-relações que estes autores apontam como possível haver situações que os indivíduos possam se compreender como membros de uma sociedade e internalizar as reações de reconhecimento, garantindo uma estrutura e conferindo sentido para a vida.

De qualquer forma, entende-se como uma necessidade vital o indivíduo ser reconhecido, já que a identidade, construída de forma complexa e multifacetada, tem o papel de orientar, de proporcionar um horizonte, uma estrutura nas quais as coisas têm sentido e que podem ser apontadas como valiosas e passíveis de serem feitas ou rejeitadas e que oferecem certa estabilidade ao indivíduo (TAYLOR, 2005). Ou ainda, como lembra Dubar (1999), a identidade é importante, pois ela representa o meio indispensável para construção dos mundos, a chave de acesso para poder negociar com os outros dentro da vida social.

A partir do exposto até o momento, é possível visualizar que pensar na dimensão subjetiva, vivida e psíquica, ou seja, na perspectiva microsocial está no cerne da análise sociológica do conceito de identidade juntamente com as noções de grupo, classe e categorias

da dimensão macrossocial. Pois o social é ao mesmo tempo produto e reflexo das estruturas cognitivas e relacionais de seus membros. Os mundos subjetivos são ao mesmo tempo mundos vividos e mundos exprimidos, portanto apreensíveis empiricamente. E é a partir desta perspectiva que Dubar (2005, p.136) conceitua identidade como o “resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições”.

Dubar (2005) aponta a importância neste processo de construção da identidade no duplo movimento pelos quais os indivíduos se apropriam subjetivamente do “espírito” da comunidade a que pertencem ao mesmo tempo em que se identificam com os papéis, aprendendo a desempenhá-los de forma pessoal e eficaz. Trata-se, portanto, do equilíbrio e da união do “si-mesmo” (o “mim” que se refere à interiorização do espírito de grupo) e do “eu” que permite ao indivíduo se afirmar positivamente no grupo. Este autor menciona que ao indivíduo se socializar, ele cria a sociedade tanto quanto reproduz a comunidade.

Dubar (2005) entende que o processo de construção da identidade de um indivíduo passa pela articulação de dois processos identitários heterogêneos, quais sejam: os atos de atribuição e os atos de pertencimento. Os atos de atribuição visam definir a identidade para o outro e só pode ser analisado no interior dos sistemas de ação no qual o indivíduo está implicado, sendo resultado de relações de força entre os atores envolvidos e da legitimidade das categorias utilizadas. Também nomeado por processo relacional ou identidade social “virtual”, é caracterizado pela transação objetiva entre as identidades atribuídas e as identidades assumidas, com a alternativa entre o reconhecimento e o não-reconhecimento, sob a experiência relacional e social do poder e da identificação com instituições consideradas estruturantes ou legítimas.

E os atos de pertencimento definem a identidade para si, a interiorização ativa, a incorporação da identidade pelos próprios indivíduos e que só pode ser analisada a partir das trajetórias sociais nas quais os indivíduos constroem identidades para si. Também nomeado por processo biográfico ou identidade social “real”, é caracterizado pela transação subjetiva entre as identidades herdadas e as visadas, com a alternativa entre a reprodução e a produção, sob a experiência de estratificações, discriminações e desigualdades sociais e da identificação com categorias consideradas atraentes ou protetoras.

A identidade social é marcada pela dualidade dos processos relacional e biográfico, sendo não necessariamente estes processos coincidentes. Quando seus resultados não estão em harmonia entre si, estratégias identitárias são acionadas com vistas a reduzir a distância entre a identidade biográfica e a relacional. Destas estratégias, podem assumir duas opções: ou o indivíduo procura adaptar a identidade para si à identidade para o outro (transação denominada “externa” ou “objetiva”), ou o indivíduo com vistas a construir novas identidades para si e manter uma parte de suas identidades anteriores, procura assimilar a identidade para o outro à identidade para si (transações denominadas “internas”). Esta é a chave do processo de construção da identidade na abordagem sociológica. Dubar aponta que a relação entre as identidades herdadas, aceitas ou recusadas pelos indivíduos e as identidades visadas, depende do reconhecimento das instituições e dos agentes que estão em relação direta com os sujeitos envolvidos. Portanto, a construção das identidades se realiza na articulação entre os sistemas de ação, que propõe identidades virtuais e as trajetórias vividas onde se forjam as identidades reais às quais os indivíduos aderem. O que está em jogo é a articulação entre os dois processos, pois a identidade de um indivíduo não é construída à sua revelia nem livre da interferência dos outros.

Dubar (2005) acrescenta que a identidade social não é transmitida de uma geração a outra, mas que cada geração a constrói com base na herança das identidades anteriores associado às estratégias identitárias desenvolvidas nas instituições pelas quais os indivíduos passam e que eles contribuem para transformar.

Todavia, a identidade de um indivíduo não é apenas social, mas também pessoal. De acordo com Dubar (2006), a sociologia clássica traduz identidade social como identidade para o outro, tendo a identidade para si fora do seu vocabulário. O que Dubar propõe é a união destas discussões como forma de compreensão da identidade do indivíduo. A identidade pessoal, conforme este autor, é marcada pela identidade social, mas não apenas, pois os mecanismos de defesa são cada vez mais complexos, tornando a identidade pessoal um desafio sociológico.

Para realizar uma análise sociológica da identidade pessoal, deve-se analisar o uso que as pessoas fazem das suas próprias categorias sociais, da sua própria maneira de escolher e agenciar palavras vindas das suas experiências, bem como através das suas interações quotidianas atuais e das recordações das suas interações passadas adquiridas através da sua reflexão pessoal. A identidade pessoal é construída a partir de recursos da trajetória social, dos laços comunitários que tendem a determinar normas, regras, de geração em geração; e dos

laços societários que nada determinam, mas que oferecem recursos para a construção voluntária do Eu tornando o indivíduo singular (DUBAR, 2006).

Conceito de Identidade	Autores	Dimensões		
	Dubar (1999; 2005; 2006)	Subjetividade	Os indivíduos se apropriam subjetivamente do ‘espírito’ da comunidade a que pertencem ao mesmo tempo em que se identificam com os papéis, aprendendo a desempenhá-los de forma pessoal e eficaz.	
		Alteridade/Relacional	Apenas na relação com o outro, na identificação de e pelo outro.	
		Categorização Social	Maneiras de categorizar um indivíduo a partir de qualificações, de atribuições de valor produzidas pelo julgamento da sociedade.	
		Processo Biográfico e Relacional	A identidade social é marcada pela dualidade dos processos biográfico (identidade para si, transação subjetiva entre as identidades herdadas e as visadas – com a alternativa entre a reprodução e a produção) e relacional (identidade para o outro, transação objetiva entre as identidades atribuídas e as assumidas – com a alternativa entre o reconhecimento e o não-reconhecimento).	
		Diferença e Generalização	O indivíduo é aquele que se diferencia (singulariza) dos demais, ao mesmo tempo em que pode ser generalizado (pertence) a um mesmo grupo.	
	Taylor (2000; 2005)	Subjetividade	Ao construir a subjetividade, juntamente o indivíduo constrói sua identidade, pois quando o sujeito se expressa, isto é, usa da linguagem com características de expressividade, o que se manifesta não é apenas o ‘Eu’, mas sim a elaboração do ‘eu-no-mundo’. Quando o indivíduo interpreta o mundo, ele interpreta seu próprio <i>self</i> .	
		Relacional	A partir da relação com o outro, de forma dialógica.	
		Linguagem	Não apenas as palavras, mas todas as formas de expressão que são aprendidas no intercâmbio com o outro e que acabam por ser autodefinidoras do indivíduo.	
		Moral	A orientação para a moralidade está atrelada ao sentido de ser e fazer algo de forma a ser valorizado, reconhecido, com sentido na vida e que pode estar relacionado com a comunidade ou com uma causa.	
Reconhecimento		A identidade é marcada pelo reconhecimento ou por sua ausência daquilo que foi feito de acordo com a moralidade. É considerada uma necessidade vital às pessoas para o processo de construção da identidade.		
Woodward (2002; 2008)	Subjetividade	Permite explicar as razões pelas quais as identidades são construídas de determinada forma, de acordo com os sentimentos envolvidos e no investimento pessoal de cada indivíduo, tornando a identidade singular.		
	Relacional	A partir da relação com o outro.		
	Marcação Simbólica	O meio pelo qual se dá sentido às práticas e a relações sociais que acabam proporcionando uma diferenciação social.		
	Diferença	Produzida pelos conflitos causados pelas diferentes fontes sociais que podem levar a polarizações (nós/eles, negro/branco, hetero/homossexual, saudável/doente).		
	Cultura	A partir da cultura de uma comunidade que existe o consenso para classificar, dar significado, dar sentido para manter alguma ordem social.		

Figura 3 – Conceito de Identidade

Elaborado e adaptado pela autora com base no referencial teórico selecionado

Na Figura 3 é apresentado de forma resumida os diferentes autores abordados nesta revisão teórica para conceituar identidade. Percebe-se a proximidade conceitual dos autores utilizados, uma vez que algumas dimensões teóricas são as mesmas dos três autores citados. Destaca-se para a discussão da produção de subjetividade associada a da identidade, todos os três autores apontam como uma ligação importante para a compreensão de como ocorrem diferentes produções de identidade. É através da subjetividade que o indivíduo é capaz de se singularizar identitariamente. A outra dimensão que se evidencia é a da necessidade de haver a relação com o outro – relacional ou alteridade – como condição do desenvolvimento da identidade. E ainda, Dubar e Woodward apontam a questão da diferença como determinante para a construção da identidade, uma vez que é através dela que o indivíduo é capaz de se diferenciar de um grupo ao mesmo tempo em que se sente pertencente a outro. Enfim, esta revisão teórica apontou que estes autores não se posicionam antagônicos teoricamente uns aos outros, mas complementares.

Desta forma, assume-se conceitualmente nesta tese o termo identidade como um processo marcado pela subjetividade do indivíduo, construído nas relações com o outro, pelo que se diferencia ao mesmo tempo em que pode pertencer a um mesmo grupo, pelas relações de reconhecimento ou pela sua ausência, que confere sentido em determinada cultura, que categoriza um indivíduo a partir dos valores de uma sociedade e pela dualidade dos processos biográficos e relacionais. Trata-se da chave de acesso para a negociação entre indivíduos dentro da vida social.

2.1 IDENTIDADE PROFISSIONAL

De acordo com Dubar (2005), a identidade profissional consiste em uma significativa parcela da identidade social de um indivíduo. Isto se deve à importância que a sociedade deposita no campo do trabalho e da formação com a atribuição de status social. Pois, segundo Nardi (2006), é por meio do trabalho, no sentido de contribuição, de utilidade pública que os indivíduos vêem a possibilidade de cidadania e de inclusão na sociedade. Contudo, Dubar (2006) refere que as formas de trabalhar na atualidade e de se relacionar com o mundo do trabalho se traduzem, eventualmente, pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho, com uma crescente exclusão social e um mal-estar produzido pelas transformações no

trabalho, comprometendo a construção da identidade profissional de um indivíduo (DUBAR, 2006).

A preocupação de Dubar em relação à inserção no mercado de trabalho está relacionada à importância que este autor atribui à saída do curso de formação profissional e às relações de trabalho como etapas para a construção da identidade social e profissional. Como resultado da confrontação com o mercado de trabalho é que a identidade profissional é desenvolvida em uma perspectiva do que o indivíduo quer para si, como projeção do futuro. Não mais entra em questão neste momento a escolha profissional ou a obtenção de um diploma, mas a construção de uma imagem pessoal que este indivíduo quer apresentar, ou ainda, a avaliação de suas capacidades e a realização de seus desejos (DUBAR, 2005).

Para Dubar, a identidade profissional constitui uma projeção de si no futuro, a antecipação de uma trajetória de trabalho e a criação de estratégias pessoais e de apresentações de si que podem desenvolver o futuro da vida profissional (planejamento da carreira). Esta identidade não se resume a realizar a escolha de uma profissão, adquirir um diploma, mas envolve, sobretudo, a mobilização da imagem de si (“aprender a se vender”), a avaliação de suas capacidades e a realização de seus desejos (DUBAR, 2005). Este autor não identifica em suas referências que a formação necessária para se constituir um profissional tenha que ser com a titulação de nível universitário (nível superior). Desta forma, é aberto precedente para pensar que esta formação possa ser também de nível técnico ou tecnólogo, conforme opções de ensino atuais no Brasil dito “profissionalizante”.

A identidade desenvolvida no período até a obtenção do diploma costuma ser reavaliada quando o indivíduo se depara com as mudanças organizacionais, tecnológicas e de gestão no mundo do trabalho. Os indivíduos costumam reavaliar suas capacidades para se adequarem às necessidades do mercado e às suas próprias. De acordo com o autor, é nas relações de trabalho, mais especificamente, nas interações entre os parceiros de trabalho onde ocorre o enfrentamento dos desejos de reconhecimento em um contexto de oportunidades desiguais, nas redes de poder. Tais espaços de reconhecimento também são espaços de legitimação dos saberes e competências associadas às identidades (DUBAR, 2005).

A noção de competência que o autor utiliza está associada à noção de empregabilidade da atualidade no mundo capitalista, ou seja, o indivíduo deve ter iniciativa, responsabilidade e capacidade de trabalho em equipe, além de ser responsável por sua formação contínua. A noção de empregabilidade é manter-se em estado de competência (aquisição e manutenção de

suas próprias competências) e de competitividade no mercado. Ainda como característica desta competência, acrescenta-se a necessidade do profissional oferecer uma confiança em relação ao seu trabalho. A confiança aqui remete à noção de capacidade de satisfazer o cliente, seja este um cliente interno (colegas) ou externo. O cliente deve ser colocado no centro das atividades e deve se sentir satisfeito em relação aos seus desejos (DUBAR, 2006).

Conforme este autor, no processo de construção da identidade profissional o indivíduo se constitui em 'sujeito em aprendizagem'. Trata-se de uma capacidade do indivíduo em adquirir saberes a partir de suas próprias ações. Inicialmente o indivíduo imita o mais antigo e adquire uma aprendizagem pela prática, com os outros, e desenvolve saberes de ação, conhecimentos práticos. Um conjunto de saberes oriundos da experiência que o indivíduo não sabe que sabe, ou seja, um conhecimento tácito. Em uma segunda fase, ou paralelamente, ocorre a transformação deste saber tácito, experimentado no trabalho de forma partilhada, em saber verbalizado, discutido, confrontado através de uma situação formal ou não. O processo de aprendizagem ocorre quando se parte da ação para a reflexão e volta para a ação. Neste processo, através da verbalização, da tomada de consciência do saber adquirido, pode acontecer o reconhecimento deste saber, que passa a ser um saber explícito. Portanto, a partir de um saber teórico o indivíduo entra em contato com a ação e desenvolve um saber reflexivo e verbalizado, construindo uma identidade reflexiva.

Desta forma, percebe-se que a transação objetiva entre os indivíduos e as instituições é essencialmente a que se organiza em torno do reconhecimento ou do não-reconhecimento das competências, dos saberes e das imagens de si que constituem os núcleos das identidades reivindicadas (DUBAR, 2005).

Portanto, a partir da revisão teórica acima descrita, compreende-se que a identidade profissional de um indivíduo tem seu início a partir da saída do curso de formação e que ao confrontar a herança da imagem profissional de sua formação com a realidade das relações de trabalho, passa a projetar-se profissionalmente conforme suas expectativas e desejos do que quer para si.

Ou ainda, conforme afirma Dubar (1994), a dinâmica do processo de construção da identidade profissional é resultado de ajustes de identidades anteriores às novas formas de identidades oferecidas ou exigidas nas relações de trabalho. Trata-se de seguir ou romper com a identidade e é por isso que ela não pode ser classificada como fixa, pois ela pode se modificar conforme a condição social de referência.

2.2 IDENTIDADE NO TRABALHO

Segundo Silva (2008), o trabalho é reconhecido como o princípio organizador fundamental das relações sociais e é através dele que os indivíduos adquirem existência e identidade social pelo exercício de uma atividade.

E por este motivo, a necessidade de um indivíduo desenvolver a identidade no trabalho se caracteriza pela possibilidade de um retorno sobre si mesmo capaz de conferir sentido na vida. Através da identidade no trabalho, o indivíduo elabora uma imagem de si através das relações de comprometimento e cooperação que o engajam no futuro coletivo. Trata-se da possibilidade de reconhecimento social para a inclusão em círculos iguais.

Conforme Dejours (1993), o processo de construção da identidade no trabalho ocorre nas relações de trabalho. Em especial, as relações de reconhecimento são importantes por favorecer o desenvolvimento do trabalho em cooperação e para a autonomia do trabalhador, que juntos - reconhecimento, cooperação e autonomia - favorecem o processo do desenvolvimento da identidade no trabalho.

De acordo com este autor, da noção de cooperação deriva a noção de coletivo no trabalho, e onde não existe cooperação, existe apenas um grupo de trabalhadores. E para que haja a cooperação entre colegas em um local de trabalho, deve haver um sentimento de confiança que se caracteriza por princípios éticos que organizam a conduta do outro, trata-se da racionalidade da ação apoiada em valores morais compartilhados em equipe. Esta relação entre colegas é construída na convivência, no conhecimento das condutas do outro e na concordância das ações e falas entre colegas.

E ainda, como condição para a cooperação, deve haver a noção de contribuição-retribuição que exige uma retribuição simbólica, ou seja, o reconhecimento pelo julgamento de “utilidade” e o de “beleza”.

O “julgamento de utilidade” confere ao indivíduo o reconhecimento de contribuição para a organização do trabalho e pode ser proferido pelas relações hierárquicas ou pelo cliente. Este reconhecimento não se resume a uma premiação ou a um aumento de salário, mas principalmente necessita ter um caráter moral. Já o “julgamento de beleza” é feito pelos pares, o que confere o sentimento de pertença ao grupo, de ser um entre os outros, ou por um *expert* que confere o sentido de originalidade, de distinção entre os sujeitos, o reconhecimento de que não há outro como ele. Este reconhecimento gerado por seus pares e por pessoas

qualificadas no setor é que propicia o trabalho no coletivo, de forma cooperada, em equipe. Contudo, para que haja o trabalho em cooperação, a hierarquia também deve estar aberta para a cooperação.

O reconhecimento do trabalho reverte para o sujeito em termos de realização e reconhecimento do próprio sujeito. E é através da busca por este reconhecimento que os indivíduos realizam esforços que implicam na contribuição para a organização do trabalho. Para o desenvolvimento da construção da identidade no trabalho, Dejours (1992) aponta para a necessidade de o indivíduo ter espaço de atuação entre a organização do trabalho prescrito e a organização real, que se caracteriza pela possibilidade em assumir responsabilidades e que propicia a concepção de trabalho do indivíduo, conferindo desta forma, autonomia ao trabalhador.

A autonomia do trabalhador, que pode ser considerada uma burla da prescrição, ocorre mediante o julgamento de “beleza” conferido por seus pares (reconhecimento do trabalho) e possibilita a negociação com a organização prescrita do trabalho. É a partir do desafio colocado pelo real do trabalho⁴ que o sujeito acrescenta algo de inédito ao trabalho, algo singular sobre a tarefa e as rotinas já dadas pela organização prescrita (DEJOURS, 1997).

Rosenfield (2003, 2005, 2008) apresenta três dimensões teóricas conceituais para o termo autonomia no trabalho, quais sejam: 1) dimensão operacional; 2) dimensão identitária; e 3) dimensão social. Todas as três dimensões ocorrem de maneira simultânea nas relações entre os indivíduos, mas como forma analítica, são separadas conceitualmente para uma melhor compreensão.

A dimensão operacional está associada às exigências que remetem às rotinas do trabalho em si, se traduz por uma autodeterminação, por um controle do trabalhador sobre todos ou alguns dos itens a seguir: a responsabilidade ou a liberdade para determinar os elementos da tarefa, o método de trabalho, as etapas, os procedimentos, a programação, os critérios, os objetivos, o lugar, a avaliação, as horas, o tipo e a quantidade de trabalho. Na dimensão identitária, o trabalho possibilita o retorno sobre si mesmo capaz de conferir sentido, de elaborar a imagem de si, de afirmação de si, e a cooperação resultante da integração pelo trabalho engaja o ator no futuro coletivo. E na dimensão social, através do trabalho ocorre o reconhecimento social, a inclusão social em círculos iguais, em uma

⁴ O real do trabalho é aquilo sobre o qual a técnica fracassa depois que todos os recursos da tecnologia foram corretamente utilizados. O real não decorre do conhecimento, mas daquilo que está além do domínio de validade do conhecimento e do *savoir-faire* atuais. O real se apreende através da experiência vivida (DEJOURS, 1997).

sociedade moralmente justa, desta forma, a ação torna-se manifestação da própria autonomia respeitada pelos outros mediante o reconhecimento de seu aporte.

A autora aponta que a autonomia pode ser compreendida em dois sentidos, o primeiro, corresponde ao “fazer o belo”, a tomada de iniciativa, a criação, a autonomia real, que é reconhecida pelos seus pares e que permite um retorno sobre si mesmo conferindo sentido ao trabalho e identidade no trabalho. O segundo é a autonomia outorgada, enquanto instrumento de gerenciamento. Neste sentido, o trabalhador deve se mobilizar e se integrar ao processo de trabalho que não podem estar prescritos, como a esperteza, a capacidade de coordenação, ou seja, a mobilização subjetiva. Trata-se de um instrumento de coordenação das relações de trabalho que visa atingir os objetivos econômicos da empresa. O indivíduo passa a viver a dualidade de ‘ser ele mesmo’ e simultaneamente, responder às exigências sociais do trabalho que ‘demanda uma maneira de ser ele mesmo’, um ‘dever ser ele’. No final, esta dualidade acaba por dificultar ao indivíduo ‘ser ele mesmo’, causando uma insegurança existencial.

Segundo a mesma autora, ocorre que a autonomia real, mesmo que dificultada pelas organizações, acaba eventualmente acontecendo. Nestes casos, o movimento que se tem presenciado nas empresas atualmente é o da integração imediata da criação à regra. Desta forma, a autonomia real passa a ser uma autonomia outorgada, pois o extraordinário tornou-se previsível e a criação se enquadra na norma. Consequentemente, de autonomia, passa a ser uma heteronomia, uma vez que se transformou em uma ordem a ser seguida.

Se o indivíduo burla as regras e toma novas iniciativas nas rotinas de trabalho, ele pode optar em tentar esconder seu ato de liberdade ou correr o risco de apresentar sua criação à hierarquia. Na segunda opção, caso a iniciativa seja eficiente, ela será incorporada a prescrição, deixando de ser um ato do indivíduo para ser a regra organizacional, sem o indivíduo receber o reconhecimento devido, perdendo o status de autonomia real, mas caso não tenha sucesso, corre-se o risco de ser punido pela quebra da regra.

A importância da construção da identidade no trabalho para um indivíduo corresponde, segundo Dejours (1999), ao valor atribuído às relações de trabalho como via de acesso ao reconhecimento social da utilidade do indivíduo ao coletivo. Contudo, mediante vivências nas relações de trabalho de precariedade do reconhecimento do valor do seu trabalho, com baixa cooperação e pouca autonomia no trabalho, a identidade no trabalho do indivíduo passa a ser marcada pela desestabilização de sua contribuição ao coletivo. O

indivíduo que desenvolve uma identidade no trabalho desestabilizada vê comprometido seu esforço no trabalho e perde o sentido em continuar a trabalhar.

O conceito de identidade no trabalho descrito acima, calcado nas relações de reconhecimento e de cooperação com autonomia, corresponde à opção teórica desta tese para analisar as relações de trabalho vivenciadas pelo profissional. Uma vez que a identidade profissional é construída pelo indivíduo no confronto com as relações de trabalho, no processo de identificação com os sujeitos inseridos nas relações, traduz-se que ao analisar a identidade no trabalho, seja possível desvendar o processo de construção do profissional. E ainda, ao analisar a precariedade de reconhecimento social do trabalho de um profissional nas relações de trabalho, por meio do processo de construção da identidade no trabalho, será possível compreender como se constrói a identidade deste profissional.

3. A FISIOTERAPIA E A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

3.1 FISIOTERAPIA

3.1.1 Origem da Fisioterapia

Embora o termo fisioterapia seja recente, sua história pode começar a ser descrita desde a antiguidade. No período de 4000 a.C. a 395 d.C. o tratamento predominante das moléstias físicas e do aparelho locomotor era feito por meio de agentes físicos, em que o sol (fonte de luz e calor), a eletricidade (gerada e emitida pelo peixe elétrico), a água (banhos de imersão), as técnicas de massagem e os exercícios individuais eram os meios terapêuticos utilizados com frequência.

Tem-se registro que na China, exercícios respiratórios e exercícios para prevenir a obstrução de órgãos datavam do ano de 2698 a.C.. Na Índia, o exercício e a massagem eram indicados para reumatismo crônico em registros do ano de 800 a.C. Na Grécia antiga, no período em torno de 480 a.C., a atividade física terapêutica é criada juntamente a 88ª edição dos jogos olímpicos e tratava-se do sistema de exercícios para cura de doenças chamado *Ars Gymnastica*, e em torno de 300 a.C., técnicas respiratórias passaram a ser empregadas (DOMINGUEZ, 2008). E na Roma antiga, em 130-199 d.C., Galeno classificou os exercícios de acordo com a força, o tempo de duração, a frequência e o uso de cargas, relacionando-os com a parte envolvida do corpo (BADARÓ, 2008).

Dentro deste período citado, paralelo e junto às terapêuticas empregadas na época na Grécia, a medicina teve seu início com o grego Hipócrates, de 460 a 377 a.C., que é reconhecido pela medicina como seu fundador.

A partir do período da Europa Medieval, o uso da atividade física, com fins terapêuticos, como era empregado na Antiguidade, foi abolido em decorrência dos preceitos religiosos cristãos da época que levavam em consideração o ser espiritual presente em cada indivíduo, sendo o corpo físico concebido como um instrumento de sobrevivência, com sintomas dos adoecimentos espirituais.

Foi no período referente ao Renascimento que o corpo e o físico voltaram a ser valorizados no ponto de vista da saúde e da valorização humana, tendo registro de uma publicação de ginástica médica para tratar e prevenir adoecimentos. E a partir da Idade Moderna, em especial a partir do século XVIII, as ciências passaram a ter uma evolução acelerada ocorrendo revoluções na vida política e na educação (REBELATTO; BOTOMÉ, 2004).

Durante o período da Revolução Industrial a medicina é subdividida, surgem especializações, e as preocupações com a saúde concentram-se na descoberta de novos métodos de tratamento das doenças e de suas seqüelas. A transformação social ocorrida neste período desencadeou novas concepções do uso dos corpos e das formas de cuidar deles e a saúde passou a ser reconhecida por um processo curativo do corpo. Nesta época, altos índices de acidentes de trabalho ocorreram devido, na maioria das vezes, à exaustão dos trabalhadores que cumpriam longas jornadas de trabalho diário e em decorrência destes fatos, foram desenvolvidos estudos para recuperar os trabalhadores acidentados e criados exercícios que aumentassem ou pelo menos garantissem a produtividade destes trabalhadores. Tais registros demonstram o início de uma preocupação formal em reabilitar, recuperar e curar pessoas.

No ano de 1864, um informe da Sociedade Médica de Berlim foi publicado com exercícios físicos propostos para enfermos, diferenciados daqueles prescritos para pessoas consideradas saudáveis, este era o início da especialidade da medicina de reabilitação que posteriormente passou a ser conhecida por fisioterapia (REBELLATO; BOTOMÉ, 2004).

As primeiras escolas de fisioterapia apareceram na Alemanha em 1902 e 1918. Neste período a Inglaterra despontou no cenário mundial com os trabalhos de massoterapia realizados pelo doutores Mendell e J. Cyriax, os trabalhos de cinesioterapia respiratória por Winifred Linton e os trabalhos de fisioterapia neurológica realizados pela fisioterapeuta Berta Bobath e o neurofisiologista Karel Bobath que juntos criaram o método Bobath para tratamento de pacientes com paralisia cerebral (SANCHES, 1984).

Durante o século XX, o processo de industrialização e as duas Grandes Guerras Mundiais contribuíram para o desenvolvimento da fisioterapia como ciência. Estes dois aspectos aumentaram a necessidade de serem criados centros especializados para as vítimas de mutilações e seqüelas, intensificando as pesquisas e os estudos nesta área específica de conhecimento com o objetivo de devolver aos enfermos a possibilidade de realizar atividades sociais integradas e produtivas (DOMINGUEZ, 2008).

Ao longo do século XX, com a evolução do conhecimento científico, a fisioterapia se beneficiou de muitos estudos realizados conjuntamente por médicos e fisioterapeutas em vários países da Europa, dando origem a métodos cinesioterapêuticos. Este movimento permitiu que a fisioterapia pudesse acompanhar o rápido desenvolvimento das especializações médicas ocorridas na primeira metade do século XX.

A primeira entidade de classe da categoria profissional dos fisioterapeutas foi organizada em 1921 nos Estados Unidos. Em 1951, em Londres, foi fundada a *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) que contou com a adesão de treze países. A partir da organização da fisioterapia como classe, percebe-se que esta profissão tem se firmado atuante na área da saúde e passou a lutar por sua autonomia e pelo reconhecimento político e social (BADARÓ, 2008).

3.1.2 Origem da Fisioterapia no Brasil

A fisioterapia brasileira surgiu pela medicina no século XIX com a criação do serviço de eletricidade médica e hidroterapia na cidade do Rio de Janeiro (a Casa das Duchas). E em 1884, com o médico Arthur Silva quando criou no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro, o primeiro serviço de fisioterapia da América do Sul (GAVA, 2004).

No ano de 1919, o médico e professor Raphael de Barros funda o Departamento de Eletricidade Médica na atual Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Também em São Paulo, em 1929 e 1930, são fundados os serviços de fisioterapia no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia e no Hospital das Clínicas de São Paulo, respectivamente. Os médicos que atuavam nestes serviços eram conhecidos como médicos de reabilitação que contavam com auxiliares que aplicavam as técnicas terapêuticas prescritas pelo médico. Foi em 1951, para suprir a demanda de técnicos em fisioterapia, a criação do primeiro curso técnico de fisioterapia pelo médico Waldo Rolim com duração de um ano.

Durante o período correspondente à Segunda Guerra Mundial, o Brasil deparou-se com um número elevado de pessoas lesionadas pela guerra, além dos casos de seqüelas da epidemia de poliomielite. E por este motivo, em 1954 foi fundada a Associação Beneficente de Reabilitação (ABBR) na cidade do Rio de Janeiro para atender a pessoas com seqüelas neurológicas, de guerra e de acidentes de trabalho; e reconhecida a especialidade médica em

medicina física e reabilitação para atender às necessidades sociais deste período. Em 1956, a ABBR criou um curso de duração de dois anos para formar técnicos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. O argumento do aumento da carga horária se dava pelo fato de entenderem que os técnicos com a formação anterior não se mostravam preparados para atender aos pacientes (BARROS, 2003).

Em 1959, foi fundada a Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF), em São Paulo, pelos técnicos em fisioterapia, em 1962 a Associação Médica Brasileira (AMB) passou a reconhecer oficialmente a ABF e em 1963 a *World Confederation Physical Therapy* (WCPT) passou a reconhecer internacionalmente a ABF.

A característica da atuação do técnico em fisioterapia era marcada pela reabilitação, com a dependência médica para a definição das condutas terapêuticas a partir da avaliação do médico do paciente. Eram cumpridores de ordens, contudo, mesmo sendo técnicos, apresentavam certa autonomia sobre alguns elementos de suas atividades (MARQUES; SANCHES, 1994).

Por meio do parecer nº388/63 elaborado pelo Conselho Federal de Educação, o curso técnico em fisioterapia passou a responder às exigências mínimas internacionais e estabeleceu a duração de três anos de formação. Não era exatamente a reivindicação da classe de fisioterapeutas, pois neste período já havia uma solicitação da criação e regulamentação de um curso de nível superior, mas se fortalecia a formação destes profissionais (GAVA, 2004).

Foi em 1969 que os Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica assinaram o Decreto-lei nº938 que reconhecia o fisioterapeuta e os cursos superiores de fisioterapia, reservando aos graduados deste curso o exclusivo direito do exercício da profissão. De acordo com relatos, aliando estratégia política ao senso de oportunidade, e em decorrência do Presidente Costa e Silva ter sofrido um Acidente Vascular Encefálico (AVE) grave, e ter sido atendido por fisioterapeutas é que, após a morte do Presidente, a Junta Militar assinou o decreto de reconhecimento da profissão (BARROS, 2003).

Em 1972, paralelamente ao II Congresso Brasileiro de Fisioterapia e o I Congresso Nacional de Fisioterapeutas, na cidade de São Paulo, quando foi decidida a indicação do Dia Nacional do Fisioterapeuta (13 de outubro) e a necessidade de acelerar o processo de Regulamentação da profissão, a AMB reconhece a fisioterapia como especialidade médica. Desta forma, o fisiatra passa a ser o novo nome da especialidade médica responsável pela medicina física e reabilitação e passa a competir com o fisioterapeuta em relação aos atos da fisioterapia

(GAVA, 2004). Conforme a Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação (ABMFR, 2010), o fisiatra é um médico que realiza a residência em fisioterapia por um período de dois anos e que atua desde o diagnóstico da lesão até a prescrição e supervisão da terapêutica necessária ao paciente.

Em 1975, através da Lei 6.316, a profissão de fisioterapeuta foi regulamentada e foram criados os Conselhos Federal e Regionais, com a função de normatizar e fiscalizar o exercício profissional da fisioterapia em todo o país. E, em 1978, foram criados os três primeiros Conselhos Regionais, com sede em São Paulo, Rio de Janeiro e Recife. Ainda neste mesmo ano o COFFITO publicou diversas Resoluções, dentre elas a Resolução COFFITO-08 que aprova as normas para habilitação ao exercício das profissões de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais e a COFFITO 10, que cria o Código de Ética das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

Foi então que, no início da década de 1980, iniciou-se como representação no Ministério do Trabalho e evoluiu para uma ação judicial que culminou no Supremo Tribunal Federal, a Representação STF 1056-2, cujo objetivo era contestar a constitucionalidade dos artigos 3º e 4º do Decreto-Lei 938/69 e do Parágrafo Único do artigo 12 da Lei 6.316/75. De fato, estavam sendo questionadas através desta ação a autonomia, a competência e a exclusividade de mercado do fisioterapeuta. A Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação (SBMFR) (composta por médicos que tinham serviços de fisioterapia) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) questionavam o fato dos métodos e técnicas fisioterapêuticas serem privativos do fisioterapeuta e a obrigação das empresas (inclusive as que pertencessem aos médicos) que prestassem serviços de fisioterapia à inscrição no respectivo Conselho de Fisioterapia, ficando estas empresas, sob o poder normativo e fiscalizador do Conselho de Fisioterapia. O fato é que, se anterior à regulamentação dos conselhos de fisioterapia, a relação dos fisioterapeutas e fisiatras já era de confronto, após a regulamentação a relação ficou ainda pior. O resultado da ação judicial foi que o STF, por decisão unânime, julgou improcedente a representação feita pela SBMFR e pelo CFM. Ficou entendido naquela interpretação do STF que a medicina não poderia responder legalmente pela fisioterapia, uma vez que no curso de medicina não havia o conteúdo ministrado na formação do fisioterapeuta.

Em 1987, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) elabora e estabelece a Resolução COFFITO-80. Esta resolução foi importante uma vez que estabeleceu alguns eixos norteadores da profissão e reconduziu a forma de pensar as diretrizes

curriculares dos cursos de graduação em fisioterapia. Uma das questões foi o fato de apontar que a fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudo é o movimento humano e suas funções. Esta afirmação trouxe para a profissão o apelo de atuar e ensinar de acordo com o pensamento e a metodologia científica. Até então, havia uma escassez de publicações de estudos científicos da fisioterapia, feito por fisioterapeutas, bem como uma abordagem acadêmica de ensino direcionada apenas para a reprodução de uma prática e pouco ou quase nada de produção de conhecimento. Desta forma, foi estimulado que no ensino fosse ensinado ao fisioterapeuta produzir conhecimento conforme critérios científicos, bem como estimulado a reflexividade em relação à aplicação de técnicas fisioterapêuticas.

A segunda questão importante a ser destacada nesta resolução foi a iniciativa de conceituar o termo reabilitação e definir o papel do fisioterapeuta neste processo. Na resolução foi dito que a reabilitação não é de exclusividade de um profissional, mas de uma equipe composta por profissionais da saúde e das áreas sociais. O ato de reabilitar visa propiciar que o indivíduo atinja maiores capacidades físicas, mentais, emocionais, sociais, econômicas, vocacionais para a sua vida pessoal e profissional. Esta definição era necessária já que a medicina utilizava a expressão ‘medicina física e reabilitação’ para o tratamento fisioterapêutico conduzido por estes profissionais. Com a definição em resolução, ficou claro que a reabilitação não é de exclusividade médica, mas de uma equipe de profissionais com diferentes enfoques, resguardando a autonomia de várias profissões, inclusive do fisioterapeuta.

Como terceiro item a ser pontuado na Resolução COFFITO-80, há uma descrição, já feita no Decreto-lei nº 938/69 e em outras Resoluções, que reforça as competências profissionais do fisioterapeuta, abrindo a pauta para a discussão na elaboração das diretrizes curriculares dos cursos de fisioterapia de forma a buscar garantias que estas competências estivessem sendo desenvolvidas na formação dos novos profissionais. Nesta descrição é dito que compete ao fisioterapeuta o diagnóstico fisioterapêutico (avaliação físico-funcional), a prescrição das técnicas fisioterapêuticas a partir do diagnóstico, a condução do tratamento fisioterapêutico, as reavaliações sucessivas ao longo do tratamento e a alta da fisioterapia.

A importância da descrição rigorosa das atribuições do fisioterapeuta estava na necessidade de diferenciação em relação aos atos médicos. Como a fisioterapia foi uma especialização da medicina que teve sua autonomia profissional, ou seja, passou a ser uma formação de nível superior independente da medicina, suas competências eventualmente pareciam ainda estar atreladas a uma mesma forma de quando o fisioterapeuta era um técnico

que prestava serviço para o médico. Ocorre que se a medicina, na figura do fisiatra, avalia e trata a síndrome de alterações fisiológicas que podem ou não resultar em alterações biomecânicas, a fisioterapia avalia e trata a síndrome de alterações biomecânicas que podem ou não resultar em alterações fisiológicas. Percebe-se, portanto, que as duas profissões são complementares e não concorrentes ou idênticas.

O final dos anos de 1980 e 1990 marcou um período de consolidação da profissão no Brasil. A mídia colaborou com a divulgação da profissão, sobretudo em relação à fisioterapia desportiva, vinculada à prática do futebol. Outra área de exposição na mídia é a fisioterapia neurológica, quando são convidados fisioterapeutas a relatarem a evolução de pacientes com lesões raquimedulares ou com seqüelas de acidentes vasculares cerebrais ou traumatismos encefálicos.

Foi neste mesmo período que houve o crescimento da área da fisioterapia respiratória, especialmente em unidades de terapia intensiva em hospitais. A inserção da fisioterapia nas UTIs foi tão determinante para a evolução dos pacientes, que a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) passou a recomendar que todas as UTIs tivessem este serviço as 24hs do dia. O desenvolvimento da Fisioterapia Respiratória levou a criação da Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória (SOBRAFIR) que permanece atuante até hoje com o reconhecimento da sociedade científica (GAVA, 2004).

Como curiosidade deste período, em 1994, todos os Centros que se intitulavam de “Medicina Física e Reabilitação” tiveram que mudar para “Fisioterapia”. A Portaria SAS/MS nº81 regulamentou esta alteração de maneira a legitimar os espaços de tratamento fisioterapêutico como sendo da fisioterapia, fortalecendo a imagem desta profissão para o imaginário da população. Mas não era apenas uma portaria ou resolução que teria o poder de alterar a imagem da fisioterapia para a população, ainda muito deveria ser feito para fortalecer a profissão para o reconhecimento social.

A fisioterapia permanecia atrelada à medicina, inclusive, na maneira dos próprios fisioterapeutas em compreender a saúde e a doença, com uma visão do paciente reducionista e mecanicista, caracterizada pelo modelo dominante médico. O corpo neste modelo médico é comparado a uma máquina que pode ser dividida em partes, a exemplo da anatomia do corpo humano. E a doença é entendida como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos que os profissionais da saúde devem aprender a consertar ou reparar as avarias com os recursos que cada profissão tem (BARROS, 2003).

Todavia, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, uma nova concepção de saúde veio a público solicitando a Reforma Sanitária no Brasil que veio a ocorrer em 1988. E a fisioterapia, a partir da Resolução COFFITO-80 (em 1987) se posiciona em consonância a esta Conferência e aponta o fisioterapeuta como um profissional que atua não apenas no caráter curativo, mas também preventivo da assistência da saúde, de forma a contemplar os aspectos bio-psico-sociais do indivíduo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O novo olhar sobre a profissão havia sido colocado no papel através da Resolução COFFITO-80, mas o fisioterapeuta ainda estava preso a uma cultura dominante do modelo biomédico mecanicista e tecnicista (GAVA, 2004).

Foi em 1988, mediante a nova Constituição Federal do Brasil que se instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), e a saúde passou a ser descrita como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. E a partir desta Constituição, diretrizes foram traçadas para se pensar a saúde no Brasil. Dentre elas, destaca-se aqui a ‘Integralidade’, que contribui para os cursos de saúde no país reconduzirem suas propostas pedagógicas de forma que fosse contemplado seus pressupostos constitucionais (BRASIL, 1988).

A Integralidade pode ser entendida como uma maneira de atuar que contempla a atividade preventiva, sem que haja prejuízo dos serviços assistenciais. Corresponde a uma perspectiva que contemple não apenas as demandas explícitas de sofrimento dos usuários (pacientes), mas das necessidades de ações de saúde, como as relacionadas ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco. Contudo, para que seja oferecida a prática da integralidade, faz-se necessário que haja o encontro do usuário com vários profissionais da saúde em suas respectivas especialidades, ou seja, não se trata de apenas um profissional da saúde buscar a interação com o usuário, mas sim uma equipe formada com o mesmo propósito. Do encontro com o usuário, pode surgir uma demanda que será programada a sua intervenção, contudo, é considerada uma prática integral uma vez que a equipe esteja aberta para a demanda espontânea, que surge no momento da interação com o usuário (MATTOS, 2006).

Desta maneira, visualiza-se uma atenção não compartimentada na dor de uma parte do corpo, mas em uma demanda do indivíduo que o profissional da saúde terá que saber lidar para alcançar a necessidade do paciente. E ainda, não compete ao terapeuta a carga da

responsabilidade absoluta de assumir o tratamento e dizer ao paciente o que deve ser feito, mas compartilhar com o paciente e conferir a ele a participação em seu tratamento.

E foi com a intenção de formar novos profissionais fisioterapeutas talhados pelas diretrizes da Constituição Federal de 1988, que foi incluído nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em fisioterapia através da Resolução CNE/CES 4 de 2002, um novo perfil do graduado em fisioterapia. O perfil é de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário, terciário), com base no rigor científico e intelectual, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. E ainda, que tenha como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com o objetivo de preservar, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação até a alta do paciente (BRASIL, 2002).

O desafio está para a nova geração de fisioterapeutas que tem se formado em colocar em ação os conhecimentos e a formação recebida nas graduações da atualidade. É dito um desafio, pois ao se depararem com o mercado de trabalho, vivenciam a resistência da mudança cultural dos formatos de assistência na saúde. Ou seja, o fisioterapeuta, assim como os demais profissionais da saúde, tem vivenciado um período de transição dos modelos assistenciais, ainda muito preso àqueles mecanicistas e curativos.

Atualmente são consideradas áreas de atuação da fisioterapia: 1) a fisioterapia clínica (em hospitais, clínicas, consultórios e centros de reabilitação); 2) a fisioterapia em saúde coletiva (com programas institucionais, ações básicas de saúde, fisioterapia do trabalho e vigilância sanitária); 3) a educação (docência, pesquisa, extensão, supervisão); 4) direção e coordenação de serviços de fisioterapia e coordenação de cursos de graduação; e 5) atuação na indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico e esportivo (BADARÓ, 2008). Desde o ano de 1998, algumas áreas de atuação da fisioterapia passaram a ser reconhecidas pelo COFFITO como especialidades, como pode ser visto na Figura 4. A partir destas definições de especialidades, a fisioterapia tem sido melhor reconhecida pela população como detentora de um conhecimento específico, e desta forma, mais respeitada por sua opinião terapêutica.

Especialização da Fisioterapia	Resolução	Data do reconhecimento
Fisioterapia Neuro-funcional	Resolução nº189	09 de dezembro de 1998
Acupuntura	Resolução nº219	14 de dezembro de 2000
Osteopatia e Quiropraxia	Resolução nº220	23 de maio de 2001
Fisioterapia Traumatológica-Ortopédica Funcional	Resolução nº260	11 de fevereiro de 2004
Fisioterapia Respiratória	Resolução nº188/ Resolução nº318	9 de dezembro de 1998/ alterada em 30 de agosto de 2006
Fisioterapia Esportiva	Resolução nº 337	08 de novembro de 2007
Fisioterapia do Trabalho	Resolução nº 351	13 de junho de 2008
Fisioterapia Dermato-funcional	Resolução nº 362	20 de maio de 2009
Fisioterapia Onco-funcional	Resolução nº 364	20 de maio de 2009
Fisioterapia Urogineco-funcional	Resolução nº 365	20 de maio de 2009
Fisioterapia em Saúde Coletiva	Resolução nº 363	20 de maio de 2009

Figura 4 – Áreas de especialização da Fisioterapia (BRASIL, 2010)

Em 2008, foi regulamentada a carga horária mínima dos cursos de graduação em fisioterapia no Brasil em 4000hs a serem realizadas em um mínimo de 5 anos com a indicação de um enfoque no ensino de acordo com a Constituição Federal e as Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação em acordo com o Ministério da Saúde, ou seja, marcado pela atenção primária (prevenção) e não apenas nos modelos curativos. A carga horária dos cursos de graduação, anterior a esta regulamentação, correspondia a uma orientação do Conselho Nacional de Educação de 2001 que não estabelecia uma carga horária mínima e o tempo de duração mínimo do curso. Havia certa liberdade em compor esta carga horária, desde que respeitadas certas regras em relação ao padrão de formação. Contudo, havia uma discrepância muito grande de carga horária entre diferentes instituições de ensino, motivando o Ministério da Educação e Ministério da Saúde em regulamentar a carga horária mínima com vistas a garantir um padrão de formação ao profissional fisioterapeuta (BRASIL, 2008).

Atualmente, os Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia, juntamente com outros Conselhos de outras profissões da saúde, têm se mobilizado contrário ao Projeto de Lei nº7703/06 que foi aprovado na Câmara dos Deputados e que agora volta para o Senado. Este projeto de lei se propõe a regulamentar o ato médico no Brasil, contudo, conforme é colocado no texto do projeto em votação, a classe de fisioterapeutas se sente ameaçada, uma vez que abre margem para um retrocesso nas conquistas de autonomia profissional. O item que preocupa a classe refere que é ato privativo dos médicos a formulação de diagnóstico sobre doenças e a prescrição terapêutica de doenças e a realização de procedimentos invasivos. Na forma como está dito, parece que apenas o médico poderá prescrever alguma terapêutica ao paciente, bem como apenas o médico poderá atuar na acupuntura, por exemplo, tornando o fisioterapeuta novamente subjugado à determinação médica. A solicitação dos conselhos é de

que sejam reformulados alguns trechos dos artigos de forma a deixar claro o limite de atuação deste profissional perante os demais profissionais da saúde, a exemplo da sugestão de substituição do termo “terapêutica” por “terapêutica médica” (CREFITO-5, 2010).

3.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Antes de abordar o tema da UTI em específico, entende-se como necessário lembrar em que momento o hospital passou a ser um local de atuação médica e científica, para então relatar como a UTI teve a sua origem e como ela é organizada pela sociedade e operacionalizada pelos profissionais da saúde na atualidade.

O hospital como instrumento terapêutico e de intervenção médica é uma invenção datada no final do século XVIII, antes disto, o hospital era tido como uma instituição de assistência aos pobres, de separação e exclusão, já que o pobre doente era perigoso ao contágio. O enfoque não era o doente a ser curado, mas o pobre moribundo que deveria receber os últimos cuidados e o último sacramento. Tratava-se de um morredouro, onde era assegurada a salvação da alma do pobre e a dos cuidadores (religiosos) que realizavam a obra da caridade e que desta forma, alcançavam a elevação espiritual necessária. A ação médica que era caracterizada até então como definidora de prognósticos da doença e da crise, no século XVIII, se transforma mediante o surgimento da medicina social urbana da França e do aparecimento da anatomia patológica com Morgani e Bichat. Foi através da intervenção médica associada à disciplinarização do espaço hospitalar com vistas a garantir a reprodução da força de trabalho, que surge o hospital médico. Desde este período, o hospital passou a ser um local de formação médica e de construção do saber médico e científico (FOUCAULT, 2006).

A história da enfermagem tem seu início no período correspondente à ação das religiosas que atuavam naquele espaço com o propósito de oferecer caridade e conforto espiritual de acordo com os preceitos da Igreja. Foi a partir do século XVIII que a enfermagem passou a vivenciar uma relação de subordinação à prática médica com a inserção de pessoas não qualificadas e remuneradas nos cuidados (mulheres de reputação “duvidosa” que buscavam a salvação de suas almas).

A enfermagem profissional nasce no século XIX com a intenção de resgatar a imagem dos hospitais e desta forma conseguir que as famílias autorizassem suas filhas a cuidar dos doentes. Portanto, a institucionalização da enfermagem como profissão se dá no ambiente hospitalar e através das escolas de formação em enfermagem. A primeira escola de enfermagem foi no Hospital Saint Thomas na Inglaterra, em 1859, criado pela enfermeira Florence Nightingale. Esta enfermeira esteve na guerra da Criméia em 1854 com 38 voluntárias e desenvolveu a necessidade de monitorização constante de soldados feridos como consequência do armamento pesado utilizado naquela época (ROCHA MAGALHÃES et al., 2005). A partir desta experiência Florence reestruturou a forma de se pensar a enfermagem e o hospital. Ela foi responsável pela organização do hospital em unidades administrativas para as atividades de cura e cuidado, de apoio logístico e de organização e controle, incluindo a unidade de controle estatístico. Interferiu também na arquitetura do hospital e nos modelos de controle de infecção, além de formular programas de saneamento básico (LEOPARDI, 1999).

A iniciativa de Florence Nightingale em relação à monitorização e separação dos pacientes graves dos não graves diminuiu naquela época a mortalidade de 40% a 2%. Reconhece-se que esta iniciativa deu marco de início a Unidade de Terapia Intensiva (SCCM, 1997).

A experiência gerada pela assistência aos feridos da primeira e segunda grande guerra mundial, em especial na atenção às disfunções respiratórias, somada à epidemia de poliomielite no final dos anos de 1940, na Europa e nos Estados Unidos, resultou em uma série de inovações que fortaleceram a idéia de tratamento intensivo. Foi inventado no período correspondente à segunda grande guerra o desfibrilador (para reverter paradas cardíacas), estudado o choque hipovolêmico e preconizada a reposição volêmica como tratamento (parada cardíaca resultante de perda abrupta de líquido circulante no corpo humano com resolução mediante aplicação de soro na circulação venosa), e ainda inventado o primeiro ventilador mecânico não invasivo, chamado de pulmão de aço, fortalecendo as Unidades de Terapia Intensiva. A partir da década de 1950, as Unidades de Terapia Intensiva viraram Unidades Respiratórias e as técnicas de Suporte Avançado de Vida (técnicas de manutenção do sistema circulatório e respiratório) se consolidaram (MACKENZIE, 1988; SCCM, 1997).

A história da fisioterapia respiratória é marcada pela história da UTI em função dos benefícios da ação desta profissão na diminuição das complicações respiratórias de pacientes que apresentam retenção de secreção pulmonar e que ficam submetidos a ventilação mecânica

controlada, conforme os inúmeros estudos científicos realizados desde a década de 1950 (MACKENZIE, 1988).

Desde então as Unidades de Terapia Intensiva têm se desenvolvido no mundo, através de estudos científicos, na busca por tecnologias que contribuam para o acolhimento de pacientes em estado grave, com chances de sobrevivência e que requerem um monitoramento e cuidados complexos por 24hs.

No Brasil, a história das UTIs teve seu início em 1971 no Hospital Sírio Libanês em São Paulo. Desde então a UTI tem passado por processos de adaptação conforme as tecnologias e os conhecimentos científicos adquiridos. Atualmente uma UTI é formada por uma diversidade de recursos humanos e tecnológicos, incluindo várias especificidades de área física.

Em 1998, através da Portaria nº 3432/GM, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios de classificação entre os diferentes tipos de UTIs, bem como parâmetros para seu cadastramento. A portaria define as exigências relativas à complexidade dos serviços, disponibilidade de equipamentos e de recursos humanos qualificados. As UTIs que atendiam às exigências passaram a ser classificadas como de tipos II e III (as demais, em extinção, ficam cadastradas como de tipo I). Os dois tipos de UTI são considerados como especializados e se diferenciam pelo tipo III ter mais recursos tecnológicos, profissionais mais capacitados e com uma relação menor de profissional por número de leitos a serem assistidos que o tipo II. Para estimular o aperfeiçoamento da assistência prestada, foram concedidos reajustes nos valores das diárias das UTIs conforme a classificação de tipo II ou III (BRASIL, 1998, 2004).

Na equipe básica de profissionais da saúde, inclui-se na UTI tipo II os seguintes profissionais: um médico intensivista responsável técnico, um médico diarista intensivista para cada dez leitos (nos turnos da manhã e da tarde), um médico plantonista exclusivo para cada dez pacientes, um enfermeiro coordenador (exclusivo da unidade e responsável pela área da enfermagem), um enfermeiro assistencial para cada dez leitos (exclusivo da unidade e por turno de trabalho), um fisioterapeuta para cada dez leitos (no turno da manhã e da tarde), um técnico de enfermagem para cada dois leitos (por turno de trabalho), um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza e acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista. Nas UTIs tipo III, além dos recursos humanos requisitados na de tipo II, devem contar com: médico plantonista para cada dez leitos (com

pelo menos metade deles com título de intensivista), enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos (por turno de trabalho), fisioterapeuta exclusivo e acesso a serviço de reabilitação (BRASIL, 1998).

Portanto, na equipe básica de uma UTI, seja ela tipo II ou III, deve haver os profissionais de nível superior médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Os demais profissionais da saúde de nível superior que atuam em UTI, não compõem a equipe básica, mas estão classificados na estrutura de apoio do hospital, a exemplo do serviço de nutrição, do serviço social e psicológico.

A pesquisa realizada para o desenvolvimento desta tese de doutorado foi realizada tendo a Portaria nº 3432/GM vigente. Portanto, este era o cenário de investigação que os profissionais da saúde entrevistados vivenciavam e tinham como realidade. Ocorre que após a coleta de dados deste estudo, em fevereiro de 2010, através da Resolução- RDC Nº7 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou algumas alterações importantes como requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Dentre tantas, destaca-se aqui a exigência de que na constituição da equipe multiprofissional das UTIs haja um responsável técnico médico com título de especialista em medicina intensiva, um enfermeiro coordenador e um fisioterapeuta coordenador, ambos com título de especialista em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência do paciente grave. Ademais, é atribuído para cada oito leitos um enfermeiro assistencial para cada turno de trabalho e ainda a exigência de um fisioterapeuta para cada dez leitos, mas em três turnos (manhã, tarde e noite), perfazendo um total de 18hs diárias de atuação obrigatórias na UTI. Ou seja, por 18hs deve sempre haver pelo menos um fisioterapeuta na UTI. Estas alterações têm um prazo de três anos para serem contempladas nas UTIs brasileiras, sendo que o descumprimento será percebido como uma infração sanitária (BRASIL, 2010).

Entende-se que estas conquistas referentes à atuação do fisioterapeuta em UTI representam um ganho para a classe profissional que passa a ser mais valorizada. O fato de ser exigido dos coordenadores da fisioterapia das UTIs um título de especialista reforça a importância do conhecimento especializado e chama a atenção para a necessidade de reconhecimento do título de especialista em terapia intensiva para fisioterapeutas, apesar de este não ser obrigatoriamente o título requisitado para ser coordenador.

3.3 PROCESSO DE TRABALHO EM UTI

Leopardi (1999) refere que o processo de trabalho da saúde pode ser denominado de processo terapêutico. Trata-se da execução de procedimentos que manipulam os corpos dos indivíduos, de procedimentos administrativos que organizam o espaço e trabalhadores e procedimentos informacionais que permitem a articulação entre as diferentes parcelas de trabalho com os pacientes. É dito processo terapêutico, porque as terapêuticas são o foco principal e a administração é uma atividade acessória, dotada de valores negativos e não classificada como trabalho em saúde.

As UTIs são reconhecidas por oferecer processos terapêuticos marcados por tecnologias de maior complexidade dos demais locais de assistência em saúde e são visualizadas como espaços de status na saúde, já que exige dos profissionais conhecimentos especializados (MATSUDA; ÉVORA, 2003).

Em função das UTIs terem restrições de circulação de pessoas que não trabalham neste espaço, é favorecido o convívio efetivo mais próximo entre os diferentes trabalhadores, fator que possibilita o desenvolvimento de um trabalho cooperativo. Contudo, apesar desta facilidade e da expectativa que os profissionais da saúde atuem de forma integrada, nem sempre este é um modelo vivenciado. Muitos trabalhadores ainda atuam de forma parcelada, desarticulada, sem a noção do todo. Observa-se que se perpetua em muitas UTIs o modelo de assistência centrado no médico que realiza o planejamento da assistência mediante as informações coletadas pelos demais profissionais da saúde que compõem a UTI. Ou seja, o médico abastece-se de informação dos demais profissionais, dos exames complementares (exames de imagem ou laboratoriais) e do paciente (queixas, sinais e sintomas) e define o plano de tratamento, repassando a cada profissional integrante da UTI seu papel dentro do planejamento (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Desta forma, a autonomia de trabalho da enfermagem e da fisioterapia neste contexto é caracterizada como relativa, uma vez que praticamente estes profissionais não participam do planejamento do tratamento, mas possuem autonomia técnica para conduzir a intervenção junto ao paciente, ou melhor, o modo como organizam e controlam o seu trabalho não depende do diagnóstico médico (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

A partilha de informações entre os profissionais da saúde pode ser feita de maneira informal, ou seja, dialogada ao longo da rotina de trabalho, como também de maneira formal através do prontuário do paciente. O prontuário do paciente, além da partilha e registros de informações, é o local onde ficam registradas as prescrições terapêuticas. A medicina e a enfermagem costumam utilizar mais deste recurso em comparação com a fisioterapia. Atualmente existe o prontuário manual e o eletrônico, sendo o primeiro ainda o mais encontrado nos hospitais, apesar de estudos demonstrarem que já está considerado ultrapassado pela limitação oferecida no compartilhamento de informações (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003).

A finalidade maior dos profissionais da UTI é a produção de diagnóstico e a terapêutica, mas cada profissional conduz seus atos de maneira específica para este propósito maior. O médico é o profissional responsável pelo paciente, portanto cabe a ele a baixa e a alta do paciente, bem como a solicitação de todos os procedimentos diagnósticos do paciente, o planejamento do tratamento e o atestado de óbito do paciente. Diariamente a equipe médica costuma se reunir no formato de *rounds*, visitas médicas junto ao leito de cada paciente que é responsável, junto a outros profissionais da saúde que são comumente convidados a participar. Os acadêmicos e residentes de medicina são obrigados a participar destes encontros. Trata-se de um trabalho intelectual coletivo com o objetivo de analisar a condução do caso discutido. Os demais profissionais não médicos costumam participar de forma a contribuir com informações que a equipe médica possa necessitar para analisar o caso e para receber as orientações do dia de assistência ao paciente analisado (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

O enfermeiro coordena, orienta e supervisiona o pessoal de enfermagem, outros funcionários administrativos e de limpeza e o ambiente. O enfermeiro é o detentor de saber e controlador do processo de trabalho de sua área de especialidade e os técnicos de enfermagem são executores de tarefas. As tarefas técnicas de maior complexidade é o enfermeiro que realiza sendo assessorado pelos seus técnicos. Costuma ser o enfermeiro o mediador das orientações institucionais do hospital e os demais profissionais da saúde da UTI. O objeto de trabalho da enfermagem oscila entre o corpo biológico do paciente e o cuidado com o paciente envolvendo aspectos psicossociais. A enfermagem tem por hábito um encontro de passagem de plantão na troca de turno, apresentando cada paciente para o seu colega que está começando a trabalhar com o propósito da continuidade das condutas na assistência.

O fisioterapeuta, a partir da prescrição médica de realização de fisioterapia motora ou respiratória, se dirige até o leito do paciente e realiza sua avaliação, prescrição e executa o

tratamento que julgar mais adequado para atender a solicitação médica de cuidado respiratório e/ou motor do paciente. Contudo, suas ações não podem estar desconectadas do planejamento terapêutico médico, bem como das rotinas diárias estabelecidas pela enfermagem (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

O ambiente da UTI remete para o foco das competências técnico-científicas delineado por aqueles que lá trabalham e que foram treinados para este tipo de assistência. Contudo, é a própria ciência que afirma que a atuação em UTI exige cientificidade, mas também exige um amadurecimento intelectual que torna o profissional apto para o domínio consciente de todo o processamento reflexivo ali necessário (SCHRAIBER; NEMES, 1996).

Oliveira et al (2006) relatam que a partir da Política Nacional de Humanização da Saúde instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, procura-se repensar o trabalho na saúde para que não seja mecanizado e desumano. Humanizar uma UTI é dar visibilidade, inclusive, para os sofrimentos gerados pelas mortes dos pacientes, as frustrações, as angústias e tristezas dos profissionais da saúde que vivenciam a assistência diária. Além de naturalmente oferecer uma assistência atenta para as necessidades do sujeito adoecido no leito e seus familiares e não um número de leito com uma determinada patologia. Dentre os profissionais da saúde da UTI que têm se dedicado mais para repensar a assistência, a enfermagem tem se destacado junto à psicologia e ao serviço social.

3.4 A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA UTI

A atuação do fisioterapeuta já existia no âmbito hospitalar no Brasil desde a década de 1980, em especial na atenção das complicações pulmonares dos pacientes através da fisioterapia respiratória. Esta área passou a ser reconhecida como especialidade a partir de 1998 pelo COFFITO no mesmo ano que o Ministério da Saúde entendeu que seria obrigatório às UTIs contarem com um fisioterapeuta a cada dez leitos nos turnos da manhã e da tarde, compondo a equipe básica de saúde junto à medicina e à enfermagem.

É reconhecido que a fisioterapia na UTI é a especialidade responsável pela manutenção das vias aéreas livres de secreções, adequados volumes pulmonares, gerenciamento da função dos músculos respiratórios e preservação da mobilidade global dos

pacientes. Estas intervenções fisioterapêuticas se mostram necessárias nas UTIs em função do impacto funcional das doenças, do tratamento empregado e da cultura da imobilidade do paciente no leito que gera um descondicionamento físico e perda funcional comprometendo a realização de atividades de vida diária e a qualidade de vida (KORTEBEIN, 2009).

Malkoc et al (2009) demonstraram que a fisioterapia em terapia intensiva produziu um grande impacto sobre o tempo de permanência de pacientes dependentes de ventiladores mecânicos. Ricks (2007) destaca que o impacto sobre o custo relacionado ao aumento na frequência da fisioterapia em terapia intensiva, justifica-se pelo ganho funcional e melhor perfil evolutivo dos pacientes. Burtin et al (2009), em estudo randomizado e controlado, conclui que fisioterapia precoce permite aos pacientes de terapia intensiva maior desempenho funcional quando da alta hospitalar. E ainda, Vieira (2009) em estudo sobre cuidados não farmacológicos de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) verificou uma diminuição da ocorrência da PAVM em 61% dos casos estudados associada à realização fisioterapia respiratória.

Contudo, apesar de comprovada a eficiência terapêutica da fisioterapia nas UTIs, Nozawa et al (2006), em estudo sobre o perfil dos fisioterapeutas que atuam nas unidades de terapia intensiva no Brasil, relata que estes profissionais não têm as competências ainda bem definidas no país, pois estas diferem conforme a instituição que o fisioterapeuta trabalha, diferentemente dos enfermeiros e médicos que atuam em UTI que têm suas competências delimitadas em decorrência de uma existência profissional já consagrada na saúde, justificando a pertinência de estudos para compreender a atuação destes profissionais. Conforme estes autores, os fisioterapeutas atuantes em UTI no Brasil costumam ter como chefe direto outro fisioterapeuta, são contratados de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) com uma carga horária em torno das 30hs semanais preconizadas pelo COFFITO e a maioria possui curso de especialização. Muitas UTIs já têm se adequado à sugestão dos estudos de permanência do fisioterapeuta por 24hs e têm contemplado este serviço também nos finais de semana. A faixa salarial dos fisioterapeutas encontrada naquele ano de 2006 foi de R\$1000,00 a R\$2500,00.

No que se refere às técnicas utilizadas pelos fisioterapeutas, Nozawa et al apontam as seguintes atividades mais encontradas no estudo: remoção e mobilização de secreções, reexpansão pulmonar, aspiração de secreções, bag squeezing, inspirômetro de incentivo, treinamento muscular respiratório, exercícios de RPPI, flutter, manovacuometria, controle da ventilação mecânica não-invasiva e invasiva, desmame de ventilação mecânica, auxílio

intubação e extubação, auxílio durante a parada cardiorespiratória (PCR) e transporte intrahospitalar.

Percebe-se na descrição acima uma relação de técnicas que figuram dentre as técnicas fisioterapêuticas respiratórias, desta forma, o estudo de Nozawa et al demonstram que na atualidade ainda muito se privilegia a assistência respiratória. Esta parece ser uma discussão polêmica conforme exposto pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva que estimula o fisioterapeuta na atuação em UTI não apenas na especialidade respiratória, mas também na neurofuncional e na cardiovascular (SOBRATI, 2004).

Foi elaborado um quadro teórico, que pode ser visualizado no Apêndice IV, explicativo das técnicas fisioterapêuticas encontradas nas bibliografias científicas possíveis de serem executadas nas UTIs e que foram citadas por Nozawa et al (2006). O fato de já existirem estudos sobre as técnicas fisioterapêuticas citadas no quadro teórico não significa dizer que todas as UTIs realizem estas técnicas. Na verdade, como será possível perceber no capítulo 4 desta tese referente aos resultados encontrados neste estudo, várias das técnicas não são realizadas em muitas UTIs, mas cabe aqui expô-las para tomada de conhecimento e compreensão das possibilidades terapêuticas comprovadas cientificamente como pertinentes para a fisioterapia na UTI. Contudo, não terá esta apresentação a intenção de realizar um aprofundamento teórico de cada técnica. Propõe-se, na verdade, nortear o leitor de que se trata cada técnica de maneira a favorecer a compreensão dos resultados da coleta de dados deste estudo.

4. AS RELAÇÕES DE TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA EM UTI

4.1 O PERFIL DOS PROFISSIONAIS E DAS UTIS

Este estudo entrevistou fisioterapeutas, médicos e enfermeiros atuantes em UTIs de Porto Alegre sob a condição da garantia do sigilo de informações que pudessem identificar os nomes dos profissionais e das instituições onde trabalham. Desta forma, opta-se por nomear os profissionais por letras e números: os fisioterapeutas ganham a letra F para assim representá-los, assim como os médicos ganham a letra M e os enfermeiros a letra E. A numeração seguida da letra representa a ordem das entrevistas, desta forma, F1 passa a designar a primeira fisioterapeuta entrevistada, por exemplo. E as UTIs, seguindo a mesma lógica, passam a ser representadas por números romanos, de I a XIV.

Atento ao critério de sigilo, verificou-se que a citação da especificidade da UTI e se ela é pública ou privada contribuía para a identificação da instituição do profissional entrevistado, portanto, apesar de esta informação ter sido coletada, não será revelada neste estudo.

Foram entrevistados ao todo 20 fisioterapeutas, 17 médicos e 17 enfermeiros atuantes em 14 UTIs localizadas na cidade de Porto Alegre. Em cada UTI, pelo menos um fisioterapeuta, um médico e um enfermeiro foram entrevistados. Em duas das 14 UTIs foi possível fazer uma observação direta por um período de até duas horas.

Na Tabela 1, a seguir, é possível verificar o perfil dos fisioterapeutas entrevistados e perceber que metade deles são do sexo feminino e a média de idade é de 32 anos. A procura pelos entrevistados, apesar de ter sido intencional no sentido de garantir a diversidade da amostra qualitativa, não ocorreu com o propósito de garantir esta homogeneidade de dados de homens e de mulheres. Se ocorreu este resultado se deve, possivelmente, à procura por ambos os gêneros na atuação da fisioterapia em UTI. Mas como não houve a procura de uma amostra com o propósito de garantir uma significância estatística, não se pode fazer qualquer afirmação acerca do achado.

Tabela 1
 Perfil dos fisioterapeutas entrevistados atuantes em UTI

Fisioterapeuta	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formado (anos)	Formação	Tempo de trabalho (anos)	UTI	Tempo de trabalho UTI atual (anos)
F1	f	33	8	Mestre ciências médicas	8	I	6
F2	m	38	17	Espec.* fisioterapia respiratória e Mestre ciências médicas	17	II	4
F3	f	34	10	Espec.* Cinesiologia	10	III	8
F4	f	33	11	Mestre ciências médicas	11	IV	5
F5	m	31	10	Espec.* fisioterapia respiratória e Mestre ciências médicas	10	V	3
F6	m	27	5	Graduado	4	VI	0,75
F7	f	38	14	Espec.* fisioterapia respiratória e Mestre ciências médicas	14	VII	4
F8	m	41	18	Espec.* Neurofuncional e Espec. Osteopatia	18	VIII	6
F9	m	46	25	Espec.* fisioterapia respiratória e Mestre ciências cardiovasculares	25	IX	25
F10	m	40	11	Espec.* Fisioterapia em Cardiologia e Mestre em Cardiologia	11	X	11
F11	f	33	9	Espec.* fisioterapia cardiorrespiratória e Mestre ciências médicas	9	XI	9
F12	f	41	17	Graduada	17	XII	17
F13	f	41	18	Graduada	18	XIII	16
F14	f	23	1	Espec.* Intensivismo	0,4	I	0,4
F15	m	29	6	Graduado	6	I	6
F16	f	26	1	Graduada	1	I	1
F17	m	25	3	Graduado	2	XIV	1
F18	m	27	4	Graduado	2	XIV	2
F19	m	34	10	Espec.* Intensivismo	9	V	4
F20	f	30	8	Residência Integrada em Saúde	6	VI	1

*Espec.= Especialista

Observa-se em relação à formação, que dos 20 fisioterapeutas entrevistados, somente sete são apenas graduados, ou seja, todos os demais se dedicaram à formação continuada. Pois, dos treze demais fisioterapeutas, quatro são especialistas, dois têm mestrado, seis são especialistas e mestres e um realizou a Residência Integrada em Saúde⁵. A inclinação dos fisioterapeutas em aperfeiçoarem-se na área respiratória para a atuação em UTI foi confirmada na amostra, já que dos dez fisioterapeutas que tem especialização, quatro fizeram em Fisioterapia Respiratória, dois em Intensivismo (que apresenta a grade curricular focada para a área respiratória) e um em Cardiorrespiratória. E ainda, destaca-se a procura por mestrado por estes profissionais com a intenção de produção de conhecimento e não apenas de especialização teórico-prática de uma área. No relato dos entrevistados, todos aqueles que fizeram mestrado tinham nas suas dissertações o enfoque da assistência respiratória dos pacientes.

O que também pode ser observado na Tabela 1 é que os fisioterapeutas aqui estudados têm por perfil atuarem na UTI desde o período de recém formados. Poucos tiveram outras experiências profissionais antes de começarem a trabalhar em UTI, pois a maioria tinha como objetivo trabalhar em hospital e atuar em UTI. Alguns trabalham na mesma UTI desde o primeiro ingresso no mercado de trabalho.

O perfil dos médicos entrevistados se diferencia do perfil dos fisioterapeutas, uma vez que todos os médicos são do sexo masculino, têm uma média de idade de 43 anos e são intensivistas, com exceção de um médico que também tem doutorado (Tabela 2). Já dos enfermeiros entrevistados, treze são mulheres, têm uma média de idade de 37 anos, são intensivistas, com exceção de uma enfermeira que fez a especialização em administração hospitalar, e apenas uma enfermeira que, além de especialista, é mestre (Tabela 3).

Comparativamente, verifica-se uma diferença de busca pela formação continuada entre a fisioterapia, medicina e enfermagem. Apenas um médico tem doutorado e uma enfermeira tem mestrado, diferentemente dos oito fisioterapeutas que têm mestrado. Em contraposição, todos os médicos e 16 enfermeiros têm a especialização em intensivismo, diferentemente dos fisioterapeutas que apenas dois têm esta formação. Ocorre que para atuar em UTI, dos médicos é exigido o título de especialista em intensivismo para poderem ser responsáveis técnicos e diaristas. Já dos enfermeiros não é exigida a titulação de especialista em terapia

⁵ Residência Integrada em Saúde é uma modalidade de residência atual que é oferecida aos profissionais de saúde com a intenção de formar profissionais que saibam atuar de forma integrada, ou seja, que a noção de equipe seja norteadora das atividades assistenciais. Tem a duração equivalente a uma especialização *lato sensu*.

intensiva, assim como também não é exigido dos fisioterapeutas. Contudo, apenas o fisioterapeuta não tem ainda regulamentado em sua profissão a especialidade em terapia intensiva.

No mesmo sentido dos fisioterapeutas, os médicos e enfermeiros entrevistados demonstraram ter interesse pela UTI desde o período de recém formados, optando por esta área de atuação desde o início da vida profissional. E igualmente foi encontrado médicos e enfermeiros que atualmente ainda atuam na mesma UTI desde o início de suas carreiras.

Tabela 2
Perfil dos médicos entrevistados atuantes em UTI

Médico	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formado (anos)	Especialidade/ Formação	Tempo de trabalho (anos)	UTI	Tempo de trabalho UTI atual (anos)
M1	m	44	20	Intensivista	18	II	15
M2	m	64	37	Intensivista	36	XII	30
M3	m	33	6	Intensivista	6	I	2
M4	m	35	7	Intensivista	7	III	1
M5	m	34	6	Intensivista	6	VII	1
M6	m	37	14	Intensivista e doutor em pneumologia	10	I	9
M7	m	38	12	Intensivista	11	VII	8
M8	m	59	34	Intensivista	34	XIV	32
M9	m	43	19	Intensivista	16	VI	9
M10	m	45	20	Intensivista	18	VI	10
M11	m	50	23	Intensivista	22	IV	10
M12	m	38	11	Intensivista	10	V	5
M13	m	56	29	Intensivista	28	VIII	21
M14	m	32	5	Intensivista	4	IX	2
M15	m	36	9	Intensivista	8	XI	3
M16	m	48	20	Intensivista	18	XIII	18
M17	m	42	15	Intensivista	14	X	6

Na Tabela 4 referente ao perfil das UTIs na relação com o fisioterapeuta, visualiza-se que das 14 UTIs, seis são classificadas como sendo assistencial, de ensino e pesquisa. Esta classificação significa dizer que são instituições que além de oferecer o serviço assistencial a pacientes, também recebem acadêmicos residentes ou graduandos para aprendizado, assim como realizam pesquisas a partir de dados coletados das vivências ocorridas na UTI. Em

quatro UTIs existem fisioterapeutas residentes e em apenas duas UTIs estagiam acadêmicos graduandos do curso de fisioterapia.

Dos fisioterapeutas entrevistados, 18 são contratados para trabalhar de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), destes, quatro são contratados por empresas prestadoras de serviço do hospital e 14 são contratados pelos próprios hospitais; e dois são concursados públicos. Em três UTIs a chefia do serviço de fisioterapia é de médicos e as demais são de fisioterapeutas. Foi relatado haver contratos de trabalho de 20hs a 40hs e a faixa salarial para cada hora trabalhada do fisioterapeuta apresentou uma variação de R\$40,00 a R\$110,00, com a média de R\$63,00.

Tabela 3
Perfil dos enfermeiros entrevistados atuantes em UTI

Enfermeiros	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formado (anos)	Especialidade/ Formação	Tempo de trabalho (anos)	UTI	Tempo de trabalho UTI atual (anos)
E1	f	43	20	intensivista pediátrica	20	IV	9
E2	m	27	3	Intensivista	3	I	3
E3	f	31	7	Intensivista	7	I	1
E4	f	35	9	Intensivista	9	VII	4
E5	f	38	12	Intensivista	12	III	2
E6	m	30	7	Intensivista	7	XIV	7
E7	f	46	24	intensivista e mestre em ciências médicas	24	VI	20
E8	f	29	4	Intensivista	4	VI	4
E9	f	53	28	administração hospitalar	28	XII	28
E10	f	40	14	Intensivista	14	VII	10
E11	f	45	20	Intensivista	18	VIII	10
E12	m	39	13	Intensivista	13	II	13
E13	f	40	18	Intensivista	16	V	16
E14	f	26	4	Intensivista	3	IX	2
E15	m	35	8	Intensivista	8	X	5
E16	f	27	6	Intensivista	6	XI	2
E17	f	46	20	Intensivista	20	XIII	20

Tabela 4
 Perfil das UTIs na relação com os fisioterapeutas

UTI	Tipo	Salário fisioterapeuta (R\$)/ CH*** Semanal	Formação da chefia do fisiot.*	Nº de residentes fisiot.*	Nº de fisiatras	Fisiot.* atuante UTI/ Exclusivo UTI	Fisioterapia pela noite	Nº de leitos/ fisiot.*
I	assistencial, ensino e pesquisa	1600,00/35hs	fisioterapia	0	2	9/5	até 23hs	9
II	assistencial e ensino	2600,00/30hs	fisioterapia.	1	0	4/0	Não	10
III	assistencial, ensino e pesquisa	1600,00/30hs	fisioterapia	0	0	8/0	Sim (NE)**	8 a 9
IV	assistencial	1600,00/30hs	fisioterapia	0	0	5/0	Sim (NE)**	10 a 12
V	assistencial e pesquisa	2200,00/30hs	medicina interna	0	4	4/4	Não	9
VI	assistencial, ensino e pesquisa	3300,00/30hs	fisioterapia	4	0	12/12	até 22hs	4
VII	assistencial, ensino e pesquisa	1600,00/20hs	fisioterapia	0	0	4/0	Sim (NE)**	4 a 5
VIII	assistencial	4000,00/40hs	pediatra intensivo	0	0	7/0	Não	2 a 4
IX	assistencial	1500,00/24hs	fisioterapia	0	0	4/0	Não	12 a 14
X	assistencial e ensino	1200,00/30hs	fisioterapia	8	1	9/9	Sim (24hs)	9 a 10
XI	assistencial, ensino e pesquisa	1500,00/30hs	fisioterapia	0	2	9/6	até 22hs	10 a 12
XII	assistencial	1600,00/40hs	fisioterapia	0	0	4/0	Não	20 a 21
XIII	assistencial	4000,00/40hs	fisiatria	0	1	4/0	Não	8 a 15
XIV	assistencial, ensino e pesquisa	1800,00/30hs	fisioterapia	2	0	4/3	até 22hs	8

*fisiot.= fisioterapeuta

** (NE) = Não exclusivo da UTI

*** CH= Carga Horária de trabalho

Em seis UTIs existem fisioterapeutas exclusivos para assistência, nas demais os fisioterapeutas que atuam na UTI também atendem em outros andares de internação, ou seja, não estão sempre na UTI durante seu horário de trabalho. Todas as UTIs têm assistência nos finais de semana, reproduzindo a carga horária de cobertura de assistência durante a semana, com a diferença de haver menor número de fisioterapeutas disponíveis. No que se refere à assistência fisioterapêutica noturna, apenas em uma UTI existe o serviço de fisioterapia exclusivo por 24hs e em três oferecem sem garantir exclusividade, ou seja, o fisioterapeuta deve atender a outras UTIs e aos outros andares de internação também. Em seis UTIs não existe o serviço de fisioterapia no turno da noite e em quatro UTIs existe o serviço até às 22hs ou 23hs. O número de leitos que o fisioterapeuta é responsável por turno varia de 2 a 21 e a média é de 10 leitos por fisioterapeuta por turno. Contudo, cabe ressaltar que conforme orientação da ANVISA, o número de pacientes por turno de trabalho do fisioterapeuta deve ser de no máximo 10 leitos (BRASIL, 1998). Desta forma, destaca-se aqui a sobrecarga atribuída ao fisioterapeuta na UTI XII que solicita a este profissional de 20 a 21 pacientes a serem atendidos por turno de trabalho.

4.2 ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA UTI

Com a intenção de mapear as atribuições dos fisioterapeutas em UTIs, este estudo pesquisou o relato dos fisioterapeutas entrevistados sobre seus atos, bem como o relato de médicos e enfermeiros em relação aos atos do fisioterapeuta. A proposta é poder visualizar se o que o fisioterapeuta entende como fazendo parte de sua rotina é percebido pelos seus colegas de ambiente de trabalho.

Na Figura 5 se visualiza o relato da fisioterapia e se percebe que todos os fisioterapeutas concordam em cuidar do posicionamento do paciente, realizar a mobilização articular geral, a mobilização e a aspiração de secreções pulmonares. Entretanto, nos demais atos existem diferenças de relato, demonstrando que parece não existir uma padronização entre fisioterapeutas sobre o que corresponde a sua função. Contudo, cabe especificar que a pergunta dirigida aos fisioterapeutas estimulou a responderem o que de fato realizam nas

UTIs e não o que idealizam fazer. Ou seja, o resultado demonstra o que tem sido feito e não o que poderia ser feito.

Igualmente, ao perguntar tanto para médicos como para enfermeiros sobre os atos da fisioterapia, foi solicitado que respondessem sobre o que estes profissionais acreditavam que estivesse sendo realizado nas UTIs em que trabalham e não algo que poderia ser feito.

Na Figura 6 está o resultado do relato da medicina em relação aos atos da fisioterapia e percebe-se o consenso dos médicos entrevistados em relação à mobilização e aspiração de secreções pulmonares, reexpansão pulmonar, mobilização articular geral e ventilação mecânica não-invasiva. E na Figura 7, no relato da enfermagem em relação aos atos da fisioterapia, o consenso está na mobilização e aspiração de secreções pulmonares, reexpansão pulmonar e mobilização articular geral do paciente.

Cabe lembrar que as técnicas e atos listados nas figuras abaixo são explicados no Apêndice IV desta tese.

A consolidação dos relatos dos fisioterapeutas com as percepções de médicos e enfermeiros em relação aos atos da fisioterapia na UTI é apresentada na Figura 8. Nela, é possível visualizar os pontos de encontro e desencontro dos relatos e percepções dos profissionais entrevistados. Por exemplo, o ato de orientar o paciente que aparece em 19 dos fisioterapeutas e em 15 dos médicos, na enfermagem é de apenas oito profissionais, ou seja, para a enfermagem em especial, a relação de diálogo do fisioterapeuta de UTI com seu paciente não costuma passar pela função de orientação. A partir de diferenças de percepção entre os profissionais como a da orientação ao paciente, a rotina de uma UTI pode estar comprometida, já que os atos da fisioterapia não são percebidos pela enfermagem.

Outro item que merece ser destacado é o auxílio durante a parada cardiorespiratória (PCR) que é relatado por 12 fisioterapeutas como seu papel, apesar de apenas cinco médicos e cinco enfermeiros perceberem desta forma. Estes fisioterapeutas crêm auxiliar a equipe nos procedimentos durante a PCR, mas a equipe não reconhece a participação dos fisioterapeutas como efetiva. Ocorre que o momento de uma parada cardiorrespiratória de um paciente em uma UTI corresponde a um trabalho que deve ser sincronizado na equipe, no qual cada integrante deve saber qual sua contribuição. A tomada de decisão de iniciar as manobras de reanimação cardíaca e de ventilação pulmonar costuma ser rápida, enquanto isso o carrinho de

parada⁶ já está sendo deslocado para ao lado do leito do paciente em assistência. Desta forma, não poderia haver dúvidas sobre as atribuições de cada profissional neste momento.

Quando foi perguntado para os fisioterapeutas se auxiliavam no momento da assistência à PCR, a resposta dos que responderam afirmativamente é que estavam presentes para contribuir, uma vez que já tinham experiência de como conduzir ou ainda porque haviam recebido treinamento específico do próprio hospital onde trabalham para auxiliar. Contudo, a resposta negativa dos médicos e enfermeiros em relação a esta ação vinha acompanhada de uma interrogação: “mas o que eles poderiam fazer para auxiliar?” ou “não, não me lembro deles junto, eles fariam algo?”.

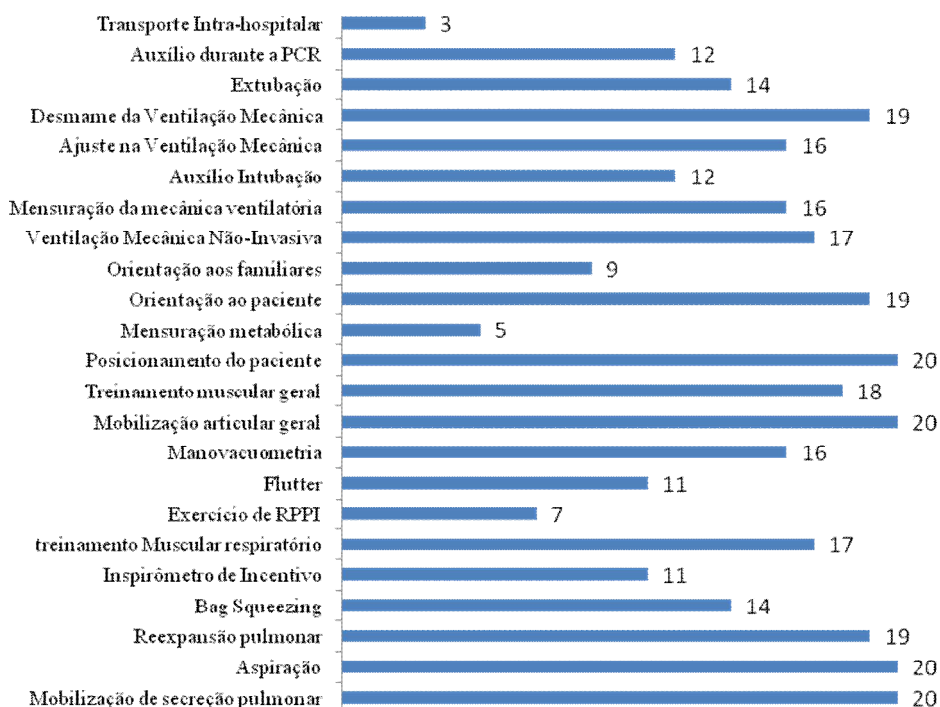


Figura 5. Relato dos fisioterapeutas em relação aos seus atos na UTI

⁶ Carrinho de parada: é um armário com rodas que contém os equipamentos usados por médicos e enfermeiros quando acontece uma parada cardíaca de um paciente. Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a nomenclatura mais apropriada é Carrinho de Emergência. No carrinho deve ter: luvas, máscaras e óculos de proteção, bem como o monitor e desfibrilador cardíaco; tábua de parada; cânulas, sondas, tubos endotraqueais, fixadores e laringoscópio para intubar o paciente; cateteres, seringas, agulhas, equipo de soro e soro fisiológico e glicosado para acesso venoso; medicamentos vários e água destilada para diluí-los (FEITOSA-FILHO, 2006).

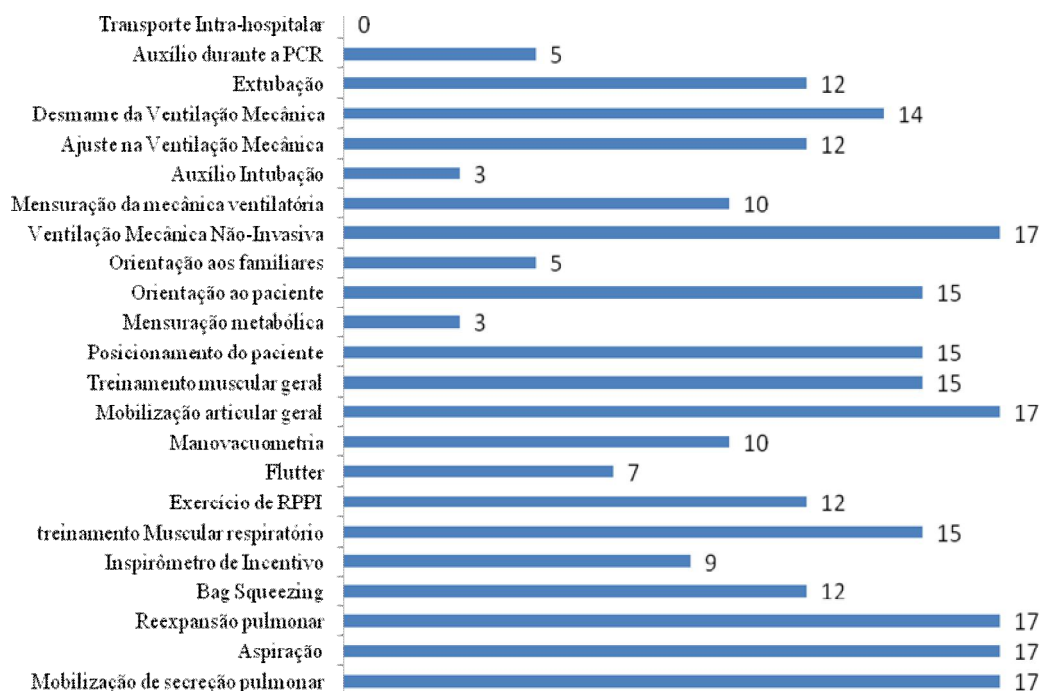


Figura 6. Percepção da medicina em relação aos atos da fisioterapia na UTI

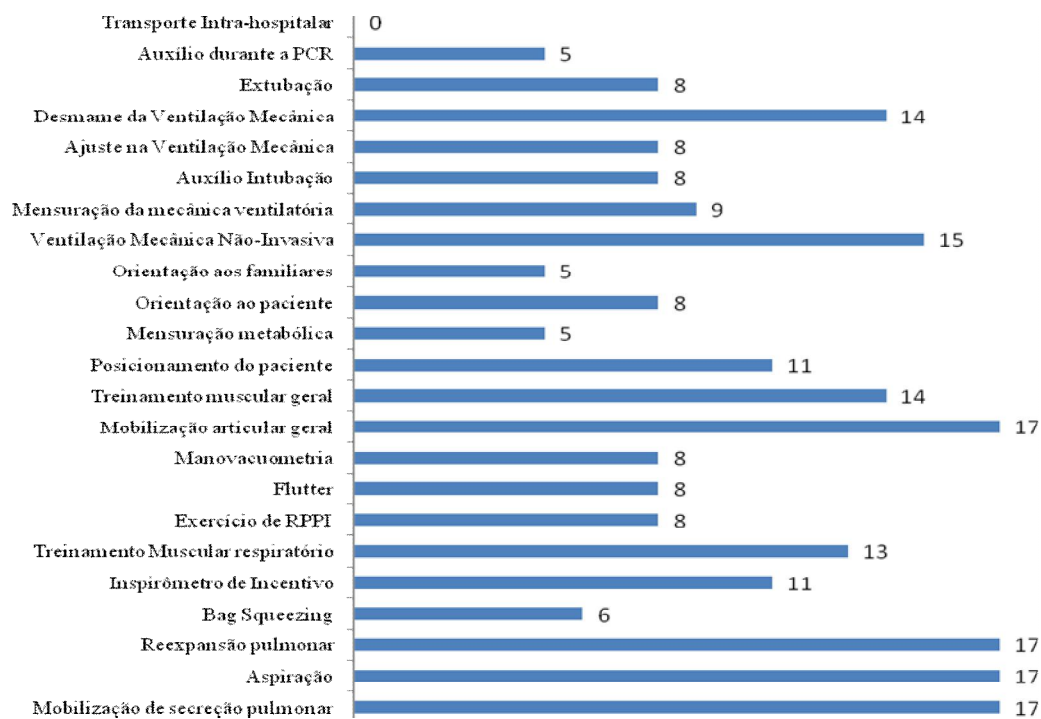


Figura 7. Percepção da enfermagem em relação aos atos da fisioterapia na UTI

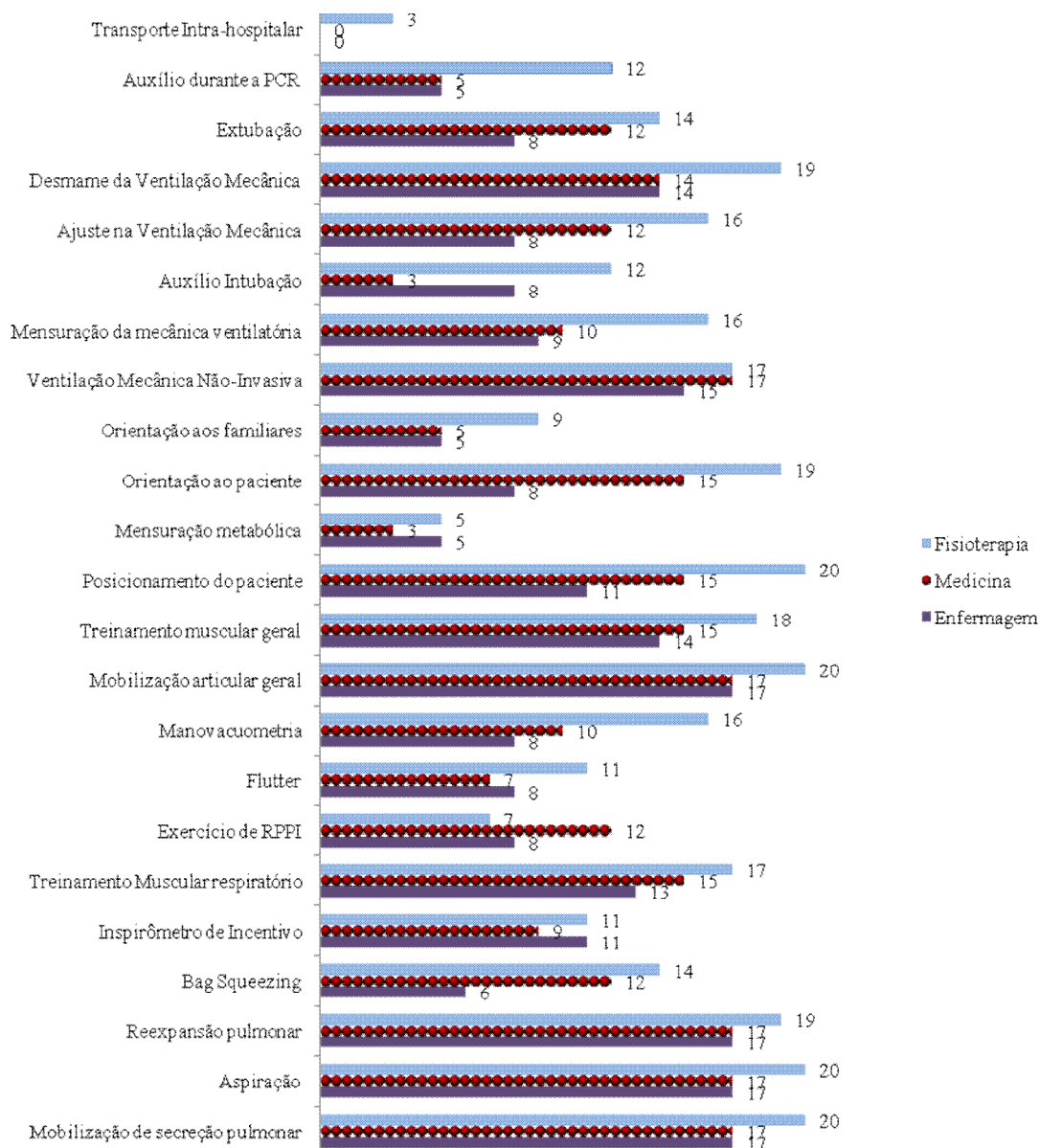


Figura 8. Consolidação dos relatos dos fisioterapeutas com as percepções de médicos e enfermeiros em relação aos atos da fisioterapia na UTI

Curioso também foi o comentário de alguns médicos quando perguntados sobre o transporte intra-hospitalar de pacientes pelos fisioterapeutas. Junto à resposta negativa de todos eles, alguns responderam que gostaram da idéia. Comentaram que fazia muito sentido os fisioterapeutas acompanharem o paciente para a realização de um exame fora da UTI, pois poderiam oferecer maiores garantias ao paciente em ventilação mecânica. Interessante é que

três fisioterapeutas responderam fazer este serviço, mas pelo visto não ganhou visibilidade para a equipe.

Já os pontos de encontro que demonstraram consenso entre os relatos e percepções dos profissionais entrevistados foram a mobilização articular geral, a aspiração traqueal e a mobilização de secreções pulmonares. Todos os entrevistados entendem que estes são atos realizados pelos fisioterapeutas nas UTIs. Trata-se de atos que podem ser realizados sem maior complexidade assistencial e que já ganharam o reconhecimento dos demais colegas de equipe.

4.3. O TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA NA UTI

Este subcapítulo se propõe a descrever e analisar os dados empíricos encontrados nas entrevistas e observações diretas do trabalho do fisioterapeuta em suas inter-relações com médicos e enfermeiros atuantes em UTI. Não se tem por objetivo descrever e analisar cada UTI que se teve acesso pelas entrevistas e pela observação direta, mas as relações de trabalho que os fisioterapeutas têm vivenciado no processo de construção da identidade no trabalho e profissional.

É inspirado em Abbott (1988) que se inicia a análise dos dados empíricos com o foco na divisão do trabalho. Segundo este autor, é nas divisões do trabalho e nas inter-relações entre as diferentes ocupações que se definem as atribuições e responsabilidades no trabalho e por sua vez, os profissionais. Dejours (2007) aponta que a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, ou ainda, a divisão dos homens, é considerado o foco da organização do trabalho. Trata-se da divisão do conteúdo das tarefas e sua prescrição e ainda das relações humanas de trabalho marcadas pelas responsabilidades assumidas, pelas relações hierárquicas e pelos controles dos processos.

4.3.1 Distribuição do trabalho, produtividade e remuneração dos fisioterapeutas

Durante o período da coleta de dados deste estudo, por lei competia à UTI ter um fisioterapeuta que respondesse por cada dez pacientes nos turnos da manhã e da tarde. Contudo, não se apresenta de forma explícita na Portaria MS/GM Nº 3432/GM então vigente que o fisioterapeuta devesse ser exclusivo da UTI. Desta forma, das 14 UTIs que se fez contato neste estudo, oito delas não ofereciam fisioterapeutas exclusivos. Ou seja, os fisioterapeutas que atendiam na UTI também o faziam em outros setores de internação deixando a UTI eventualmente em descoberto na sua ausência. Conforme relato dos fisioterapeutas, pode ser explicada esta organização como uma estratégia administrativa para garantir o pagamento do salário deste profissional, como é percebido no relato a seguir:

Não é possível ter só um fisioterapeuta na UTI pela questão financeira por ter apenas sete leitos e ainda, nunca está cheia. Então o fisio tem que atuar na enfermaria para poder se pagar. Cada turno tem o fisioterapeuta que é atuante na UTI, que é a referência na UTI, mas que também circula na enfermaria. Se a UTI passar para dez leitos, vai dar para aumentar, teria demanda para justificar a exclusividade na UTI. Porque todos os que baixam na UTI, com exceção dos que estão instáveis, fazem fisioterapia. (F9)

O que de fato fica claro é que a distribuição dos fisioterapeutas no hospital está relacionada a uma necessidade de cumprimento de determinada produtividade de forma a se justificar esta contratação, como pode ser visto:

O fisioterapeuta tem que cumprir uma média de atendimentos até o final do dia para se pagar. Como o número de pacientes no hospital é variável, existe uma média de atendimentos, não tem como determinar um número exato de atendimentos por dia. Então, como na UTI tem 20 leitos, se todos os pacientes têm indicação de fisioterapia e a tua média é de 8 a 9 atendimentos, então fica dois fisioterapeutas por turno na UTI, porque a UTI é prioridade. Senão, se apenas a metade dos pacientes internados na UTI tiverem prescrição de fisioterapia, fica apenas um fisioterapeuta por turno. (F3)

Como resultado desta estratégia de distribuição dos fisioterapeutas no hospital é gerado no fisioterapeuta o sentimento de não pertencer a UTI e sim ao serviço de fisioterapia que presta serviço à UTI. Portanto, este profissional não se sente pertencente à equipe básica da UTI e tende a não vivenciar a idéia de coletivo.

Outro fator determinante para a distribuição dos fisioterapeutas no hospital está relacionado ao número de pacientes internados com prescrição de fisioterapia e fisioterapeutas contratados para trabalhar no hospital. Ocorre que em alguns hospitais não há o limite de atendimento de dez pacientes por fisioterapeuta por turno, conforme a Portaria MS/GM N° 3432/GM, como consequência de um número reduzido de profissionais contratados. Ou seja, em alguns hospitais os fisioterapeutas acabam atendendo o excedente de dois a vinte pacientes por turno de trabalho, conforme o relato de F12:

Hoje eu faço UTI e andar, mas antes eu era exclusiva da UTI por muitos anos. Mas o que aconteceu: diminuição do número de fisioterapeutas e então devo atender tudo, não apenas UTI, mas também andar, trabalho que era realizado pelos colegas dispensados. Então nos dias de semana atendo em torno de 20 a 21 pacientes e no final de semana, no plantão, atendo pelo menos 30 pacientes. (F12)

E como consequência deste elevado número de pacientes por fisioterapeuta, conforme M6, os fisioterapeutas, por terem dificuldade em cumprir o número de atendimentos prescritos, acabam sendo pressionados a não deixar de atender a demanda de pacientes para aquele turno de trabalho:

Já aconteceram situações conflitos entre médicos e fisioterapeutas de não atendimento de pacientes. Eles às vezes não têm tempo, não dão conta de tantos pacientes e recebem queixas formais do não atendimento. Estas queixas vão para as chefias deles. (M6)

Segundo F16, a cobrança se torna diária e constante para dar conta do número de prescrições do turno. O hospital onde F16 trabalha oferece um telefone celular com um ramal móvel para o fisioterapeuta de forma que seja possível a troca de informações deste profissional com todos os setores, mas no final este ramal é utilizado para pressionar o fisioterapeuta a dar conta da demanda:

No dia-a-dia com os profissionais a troca de informações acontece pelo ramal – um telefone celular que a gente recebe do hospital para a gente ser localizado com mais facilidade. Tem troca de informação, mas acontece mais a cobrança... em especial do médico assistente. Eles querem o atendimento... raro quererem interferir no atendimento. A reclamação que a gente recebe hoje é através da chefia porque a gente deixou de atender um paciente. Mas isso acontece porque a gente não dá conta de tudo no turno. (F16)

É possível que com a Resolução - RDC N°7 de fevereiro de 2010, em um prazo de até três anos, as UTIs venham a cumprir a adequação estabelecida de oferecer pelo menos um

fisioterapeuta para cada dez leitos presente na UTI por um período de 18hs. Desta maneira, deverá sempre haver um fisioterapeuta na UTI, não ficando este setor em descoberto de assistência fisioterapêutica. Percebe-se que, possivelmente, em um futuro próximo, os critérios para definição da produtividade dos fisioterapeutas, bem como a lógica de remuneração do fisioterapeuta venham a ser alteradas por esta Resolução, transformando também o sentimento de pertença do fisioterapeuta a UTI.

Dos 20 fisioterapeutas participantes deste estudo, 18 foram contratados para trabalhar de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e dois como concursados públicos, contudo, dentre os contratados pela CLT, houve relatos diferentes na lógica de definição do valor da remuneração pelo trabalho realizado. Dos 18 contratados pela CLT, 13 têm o valor de seus salários diretamente relacionados ao valor que os convênios (público e privados) pagam pelo serviço. Como os convênios pagam valores muito baixos pelos serviços de fisioterapia, a remuneração dos fisioterapeutas acaba sendo proporcionalmente baixa, gerando um descontentamento destes profissionais, como pode ser visto no relato a seguir:

Não temos qualquer problema com este hospital, e sim com os convênios, que pagam muito mal. Somos reféns destes convênios. [...] porque não se está levando em consideração nossa formação, nosso conhecimento [...]. (F11)

Já os outros cinco fisioterapeutas contratados por CLT não têm os salários definidos pela relação direta com os convênios, mas pela política de remuneração do hospital de profissionais de nível superior da saúde, da mesma forma que os dois fisioterapeutas concursados públicos que também são remunerados de acordo com a política pública de remuneração dos profissionais de nível superior da saúde. Em alguns locais, inclusive, os fisioterapeutas podem vir a ser beneficiados por uma revisão de planos e cargos:

Inclusive estão planejando um plano de cargos e salários, se implementarem, os fisioterapeutas terão até 40% de aumento, ou seja, pode chegar a até R\$ 5.500,00. E isso é muito bom para 30hs, para atender pacientes, na assistência, não cargo de chefia. (F6)

Nos hospitais em que o salário dos fisioterapeutas está atrelado aos convênios de saúde, é exigido destes profissionais que carimbem o prontuário do paciente como forma de comprovar que realizaram o atendimento que havia sido prescrito. O ato de carimbar é considerado pela enfermagem, por vezes, um ato de menor valor, já que o fisioterapeuta parece perder o foco da assistência e se preocupar com a remuneração. Ocorre que se o

fisioterapeuta esquecer-se de carimbar, é considerado um atendimento realizado a menos, ou seja, sua produtividade deixa de ter visibilidade para o setor administrativo do hospital, não justificando a permanência deste profissional no hospital. Traduz-se a postura da enfermagem pela não compreensão da lógica de remuneração dos fisioterapeutas de alguns hospitais, já que os salários dos enfermeiros não estão atrelados ao pagamento de convênios.

Nos relatos da enfermagem a seguir, que foram ditos em tom irônico, percebe-se a rotina de atendimento do fisioterapeuta que tem que dar conta de um número de pacientes que esteja de acordo com a produtividade esperada no dia e que ainda não pode esquecer-se de carimbar o prontuário do paciente:

Mas é tudo muito corrido, eles não dão muita atenção aqui para a UTI, para as necessidades da UTI, porque eles têm outros pacientes a atender. Agora os carimbos para ser feito o pagamento eles não deixam de fazer.... (E5)

O que eu vejo, além de atenderem e saírem logo, é a preocupação em colocar os carimbos de fisio respiratória e motora para gerar o pagamento. (E4)

4.3.2 Prescrição da fisioterapia

Na rotina de UTI, compete ao médico a prescrição da fisioterapia ao paciente em prontuário, que determina se o paciente necessita de atendimento fisioterapêutico respiratório e/ou motor. Se o médico assistente⁷ do paciente já não tiver prescrito, o médico intensivista o faz assim que realiza contato com o paciente. Caso a equipe médica ainda não tenha prescrito e o fisioterapeuta visualizar a indicação desta assistência para algum paciente, este profissional tem liberdade em fazer contato com a equipe médica e solicitar a prescrição em prontuário. O mesmo ocorre com a enfermagem, se perceber que tem um paciente sem a prescrição e com a indicação da fisioterapia, faz-se contato com a equipe médica para a formalização em prontuário. A prescrição médica do serviço da fisioterapia é uma realidade atual em especial pelo sistema de cobrança dos convênios (público e privados) que reconhecem apenas a solicitação médica como válida para o pagamento do serviço ao

⁷ Médico assistente é aquele profissional que já acompanha o paciente anteriormente a internação da UTI e que recomenda esta internação. Costuma atuar em parceria com o médico intensivista que trabalha na rotina da UTI e que acompanha o paciente diariamente, diferentemente do assistente que visita o paciente para acompanhar sua evolução.

hospital. Contudo, não necessariamente em todas as UTIs o fisioterapeuta necessita esperar pela prescrição médica para dar início à assistência fisioterapêutica. Em algumas UTIs o fisioterapeuta atua assim que o paciente interna neste espaço de assistência e a prescrição médica em prontuário é realizada apenas como uma atividade burocrática contínua exigida pelos convênios, como pode ser visto na fala de F6:

Ele é prescrito, mas o atendimento não está condicionado a uma prescrição. A solicitação pode ser feita de forma inclusive informal. A necessidade da prescrição é pela necessidade de formalização da prescrição para gerar o pagamento do atendimento, é uma questão institucional. Se não houver a prescrição, vai haver fisioterapia igual, porque não se tem uma vinculação do nosso atendimento com a prescrição. Então existe uma preocupação de que todos os pacientes, a priori, sejam prescritos para a fisioterapia. E ainda, que os médicos nos avisem quando não está prescrito, porque a gente entende que baixou na UTI tem fisioterapia. (F6)

Flexibilidade também existe em relação ao número de atendimentos fisioterapêuticos realizados em cada paciente por dia, ou seja, mesmo se o médico prescrever cinco vezes ao dia, o fisioterapeuta pode realizar o número de vezes que achar necessário, conforme sua própria avaliação. F4 explica:

O atendimento fisioterapêutico é prescrito pelo médico, mas existe a liberdade de se achar que se o paciente tem necessidade e que não foi pedido, de se pedir e inclusive o número de prescrições. O médico pede, quero quatro, cinco vezes, mas se a gente acha que o melhor é menos vezes, a gente faz o que precisa apenas. A prescrição do médico é uma formalidade de convênio em função do pagamento, já que é um hospital privado, com fins lucrativos. Mas existe total liberdade de fazer e de não fazer fisioterapia para o paciente. (F4)

A rotina de prescrição se mostrou diferenciada em uma UTI que trabalha também com o médico fisiatra. Quando o médico intensivista e/ou assistente prescrevem o atendimento fisioterapêutico, nesta UTI o fisiatra é chamado inicialmente para uma consultoria antes do atendimento propriamente dito. Nesta consultoria, o fisiatra, que não fica na UTI, mas no setor de fisioterapia em outro andar, se desloca para avaliar o paciente. Nesta avaliação, o objetivo dele é validar a solicitação de seu colega médico da necessidade de atendimento fisioterapêutico. Após esta validação, o fisioterapeuta, que é exclusivo nesta UTI, ou seja, que passa o turno todo dentro do espaço físico da UTI, é autorizado a avaliar o paciente e iniciar a assistência fisioterapêutica. O resultado desta organização do trabalho é a falta de agilidade de início de assistência fisioterapêutica ao paciente internado na UTI, como pode ser visto a seguir:

Nós pertencemos à fisioterapia, mas estamos alocados na UTI. Então, sempre que se tem indicação de fisioterapia, percebida pelo intensivista, é pedida uma consultoria para a fisioterapia, para então ser prescrito. O fisiatra residente vem, avalia e prescreve. Então acaba que muitos não são atendidos porque a coisa se perde. É coisa que tranca o andamento da UTI por causa disso. Seria muito mais fácil se fosse direto conosco. A burocracia acaba piorando a rotina, porque eles percebem a necessidade, mas só no outro turno que consegue parar para fazer o pedido de consultoria, e até vir o fisiatra, o paciente já ficou um tempo sem fisioterapia. Daí quando o intensivista consegue sentar no computador para pedir a consultoria, ele acaba pedindo para dez pacientes, daí vira uma loucura ao mesmo tempo para a gente. Porque nós somos os quatro fisioterapeutas para os dois turnos, não tem mais ninguém para auxiliar. Assim como a gente não desce para ajudar nos andares, eles também não nos ajudam, então às vezes vira correria. Pelos intensivistas, a gente atenderia todos os pacientes, dificilmente o intensivista tenha um paciente que não queira a atuação da fisioterapia, só quando for casos graves, muito instáveis. Mas estar em ventilação mecânica já é uma indicação para a fisioterapia. (F5)

Em outra UTI que anteriormente também vivenciou a necessidade de passar pela consultoria do fisiatra percebe-se através do relato de M1 que a relação direta do médico intensivista com o fisioterapeuta favorece a rotina, beneficiando o paciente que inicia o atendimento fisioterapêutico logo que interna na UTI:

O médico intensivista que decide. Hoje o paciente interna e é automático o pedido de fisioterapia. Antes tinha um pedido de avaliação, o fisiatra que avaliava, demorava para dar retorno. Hoje a gente coloca em prescrição e é ato contínuo a prescrição. (M1)

No relato de um fisioterapeuta formado já há 25 anos, compreende-se que o fisiatra era um profissional que estava inserido nos hospitais, incluindo as UTIs, e que controlava o processo de recuperação dos pacientes ao lado do médico intensivista e assistente. Este fisioterapeuta relata que a fisioterapia foi gradualmente se distanciando da UTI e perdendo espaço para o fisioterapeuta que passou a conduzir a recuperação e o cuidado dos pacientes internados.

O primeiro local que eu entrei neste hospital foi na UTI há 25 anos, neste hospital não tinha fisioterapeuta. O gestor me contratou direto para a UTI. Ele disse que não queria fisiatra aqui. Naquela época o fisiatra tinha muito mais espaço. Eles dominavam todos os espaços, os hospitais eram deles. Hoje eles não atuam de fato na UTI. (F9)

O papel do fisiatra, diferentemente do papel do fisioterapeuta, não era de realizar o atendimento do paciente, mas de avaliar e indicar a técnica a ser feita. Os executores eram auxiliares de enfermagem ou até fisioterapeutas que recebiam as determinações terapêuticas e

aplicavam nos pacientes. Ocorre que à medida que a fisioterapia foi se consolidando como profissão, passou a se especializar e a assumir as determinações terapêuticas. Na UTI que este estudo teve acesso e que ainda trabalha com fisiatra, as determinações terapêuticas são realizadas pelos fisioterapeutas. O papel do fisiatra hoje nesta UTI é de apenas validação de uma prescrição realizada por um colega médico.

A tarefa prescrita pela equipe médica ao solicitar o atendimento fisioterapêutico não é a mesma em todas as UTIs, ela está vinculada à relação existente entre estes profissionais e não a uma padronização de rotinas entre UTIs. E ainda, nem sempre a tarefa prescrita se traduz na atividade realizada⁸.

Na figura 8 (p.85), no subcapítulo referente às atribuições do fisioterapeuta na UTI, é possível perceber que nem todo ato dito realizado pelo fisioterapeuta é visualizado pelo médico. Portanto, a título de exemplificação, quando 15 médicos afirmam que o fisioterapeuta atua no posicionamento do paciente, significa dizer que estes médicos, ao prescreverem fisioterapia esperam por este ato. Mas quando os outros dois médicos entrevistados não referiram ser este um ato do fisioterapeuta, eles não imaginam que os fisioterapeutas realizem o posicionamento do paciente. Ocorre que todos os fisioterapeutas entrevistados relataram realizar esta atividade e ainda afirmam que o adequado posicionamento do paciente no leito é necessário para a realização de outras técnicas fisioterapêuticas. Trata-se, portanto, de uma atividade realizada, mas não necessariamente uma tarefa prescrita.

Ainda analisando os resultados encontrados na figura 8, percebe-se que a mobilização articular do paciente, a mobilização de secreção pulmonar e a aspiração destas secreções são considerados atos do fisioterapeuta na perspectiva tanto dos fisioterapeutas como dos médicos e enfermeiros entrevistados. Trata-se dos atos de maior visibilidade na equipe e que pode ser interpretado como tarefas prescritas, ou seja, sempre que a equipe médica prescreve ou

⁸ Segundo Laville, Teiger e Daniellou (1989), tarefa é aquilo que se deseja obter ou que se deve fazer, já atividade é, em face da tarefa, aquilo que é realmente feito pelo trabalhador para chegar o mais próximo possível dos objetivos fixados pela tarefa. Percebe-se, portanto, que existe uma diferença entre o que é prescrito, ou melhor, a tarefa prescrita e o que é real. O real é aquilo sobre o qual a técnica fracassa depois que todos os recursos da tecnologia foram corretamente utilizados. Desta forma, o real está ligado ao revés do trabalho, pois é aquilo que nos escapa e que se transforma em um convite para prosseguir no trabalho de investigação e descoberta. Portanto, o real não decorre do conhecimento, mas daquilo que está além do domínio de validade do conhecimento e do *savoir-faire* atuais. O real se apreende sob a forma de experiência vivenciada. E a tarefa prescrita, é aquilo que se deseja fazer, mas que jamais pode ser exatamente atendida, pois sempre se deve rearranjar os meios para se alcançar os objetivos, se não tiver ainda que alterar os objetivos fixados no início da definição da prescrição.

quando a enfermagem sugere ao médico a prescrição da fisioterapia, espera-se que o fisioterapeuta realize estas técnicas. Todavia, os fisioterapeutas não realizam apenas estes atos, de fato, possuem um rol de atividades que são elencadas por eles próprios para responder a uma necessidade do paciente, mas que nem sempre tem a visibilidade da equipe.

Os protocolos assistenciais foram descritos como uma opção de organização das rotinas de várias UTIs. Neles consta o papel de cada profissional para situações rotineiras na assistência ao paciente, de forma a padronizar a assistência. A importância dos protocolos na saúde corresponde à intenção dos profissionais da saúde em atuarem conforme os achados científicos e como uma tentativa de facilitar o atuar em equipe. Na ausência destes protocolos, os profissionais da saúde dependem de se conhecer mutuamente muito bem a ponto de saber como cada um costuma atuar para conseguir trabalhar em equipe. Como a equipe médica é responsável legal pelo paciente internado e o plano de tratamento costuma ser idealizado por esta equipe, na ausência de protocolos, enfermeiros e fisioterapeutas dependem sempre da autorização dos médicos para algumas ações dentro da UTI. Na perspectiva das relações entre médicos, mediante a ausência de protocolos, os médicos intensivistas referem dificuldade de atuar, pois desta forma compete a este profissional conhecer como cada colega médico seu trabalho para atuar de maneira harmoniosa. Como exemplo desta situação, a seguir o relato de M2:

Tinha protocolos na UTI, mas nem sei onde estão. A gente já incorporou a rotina toda a partir do consenso entre todos. Claro que tem médicos que agem de forma diferente, então a gente tem que saber como cada equipe atua para saber conviver em harmonia. E é só a enfermagem e a fisioterapia virem conversar comigo quando estou de plantão que oriento como proceder. (M2)

Em situações como esta, de ausência de protocolos, o que garante uma boa rotina de trabalho é a possibilidade de uma boa integração entre os profissionais. No relato de M2, observa-se que o fisioterapeuta tem se dedicado a conhecer como cada equipe médica atua de maneira a buscar uma integração favorável a rotina de trabalho:

A relação com os fisioterapeutas é excelente, de parceria. Os fisioterapeutas sabem lidar com as situações de relação com as diferentes equipes médicas. Porque no final cada uma tem um jeito diferente de atuar. E isso facilita muito. (M2)

Entende-se que o uso dos protocolos assistenciais nas rotinas da UTI, com a intenção da padronização da assistência, pode ser traduzido por tarefas prescritas em comum acordo

pela equipe. Contudo, tais tarefas prescritas não necessariamente foram realizadas em equipe, nem tampouco são totalmente seguidas à risca. No relato de F4, percebe-se a valorização do cumprimento dos protocolos incorporados na rotina de trabalho ao mesmo tempo em que aponta a realidade vivenciada da não adesão aos protocolos:

Os protocolos são seguidos na UTI, mas não 100%. E nem todo mundo participa da elaboração deles. Por exemplo, os pacientes tem que trocar de posicionamento de 2 em 2 horas, mas isso não é seguido. Mas de uma forma geral funcionam bem, mas principalmente pela questão de ser uma UTI, então não pode errar, então tem que cumprir. Mas não que os protocolos sejam discutidos em equipe, é porque tem que cumprir. (F4)

É possível questionar-se o porquê de não serem seguidos os protocolos na íntegra. Ocorre que nem sempre é possível executar o passo sugerido pelo protocolo. Compete ao profissional avaliar a situação e identificar se o melhor a fazer é seguir o protocolo ou não, e o resultado desta análise resulta em uma atividade possível de ser realizada para alcançar os objetivos anteriormente propostos e não necessariamente na implementação da tarefa prescrita.

4.3.3 Envolvimento do fisioterapeuta em questões não-assistenciais

O fisioterapeuta participa essencialmente das rotinas assistenciais da UTI, ou seja, da rotina que está relacionada ao atendimento do paciente. A enfermagem relatou neste estudo que a fisioterapia não costuma se envolver em questões relativas a controle de infecção e administrativas e sente-se responsável pela supervisão do fisioterapeuta para tentar garantir o controle de infecção, como pode ser visto a seguir:

O fisioterapeuta está preso na assistência, não entende a rotina organizacional da UTI. Então a gente está por perto para ajudar nisso. (E1)

Eu sou bem chata no controle de infecção e se vejo que a fisio, assim como a medicina não se dedica muito a isso, eu pego no pé, porque senão, a gente sabe, né? Acaba estourando sempre no lado mais frágil, na enfermagem... Se tem algum problema de infecção, é porque a enfermagem não cuidou o suficiente, mas e o resto do pessoal? Então eu fico em cima! (E3)

A percepção da enfermagem em relação ao precário envolvimento administrativo dos fisioterapeutas vai ao encontro do relato de alguns fisioterapeutas que apontam esta postura de sua classe como uma realidade freqüente, como pode ser percebida na fala de F6:

Em relação a questões organizacionais do hospital o fisioterapeuta não tem a noção completa. Em relação a UTI, só sabe também até onde interfere no seu processo. A visão é limitada. O conhecimento é técnico assistencial. E isso pode vir a dificultar a profissão, porque não tem a noção de como defender sua profissão no hospital. Frequentemente vejo que não sabem a lógica de central de custos. (F6)

Ocorre que estes mesmos profissionais fisioterapeutas que apontam a baixa participação da classe no envolvimento administrativo diferenciam-se de seus colegas ao assumir responsabilidades de controle da produtividade, do correto preenchimento dos documentos que geram o faturamento dos atendimentos fisioterapêuticos e de envolvimento nos processos de controle de qualidade:

O fisioterapeuta além da questão técnica aqui tem que entender de várias outras questões, de acreditação hospitalar, de convênios – cobrança, controles, preenchimento dos papéis. Toda a questão organizacional, administrativa, financeira a gente tem que se envolver. (F11)

Aqueles fisioterapeutas que não participam voluntariamente das questões administrativas, relataram ser cobrados pelo hospital por esta postura para que possam atingir os objetivos do hospital em termos de faturamentos e de auditorias de controle de qualidade, como pode ser visto no relato a seguir. Contudo, na fala transparece uma desvalorização destas cobranças, já que estes profissionais se identificam fundamentalmente com a assistência, reforçando a percepção da enfermagem:

Acho que a gente tem essa outra visão fora da assistência, isso porque a gente tem auditorias para premiações. Então a gente acaba perdendo muito tempo com treinamentos de até duas horas sobre “8S”, das metas internacionais de segurança do paciente, claro que isso é importante, mas a cobrança aqui acaba sendo maior do que outros hospitais. Somos obrigados a dar conta de entender como o hospital funciona, por obrigação imposta do hospital. (F16)

Uma vez mapeado como os fisioterapeutas entrevistados têm atuado nas UTIs, a seguir será apresentado por meio dos relatos dos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas como o fisioterapeuta tem vivenciado nas UTIs as percepções de reconhecimento do trabalho, as relações de cooperação entre os profissionais e ainda a autonomia do fisioterapeuta frente aos

demais profissionais. E ainda, será apresentada e analisada a questão do conhecimento profissional do fisioterapeuta na UTI.

4.3.4 Percepções de reconhecimento do trabalho do fisioterapeuta

Para analisar as percepções de reconhecimento nas falas dos entrevistados deste estudo, opta-se pelo conceito de Dejours (1997) acerca do reconhecimento como uma forma de retribuição moral-simbólica dada ao ego do indivíduo, como compensação por sua contribuição à eficácia da organização do trabalho, ou seja, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência. O reconhecimento da qualidade do trabalho e da contribuição deste à gestão e à evolução da organização do trabalho é conferido através do julgamento de utilidade e de beleza do trabalho realizado.

O julgamento de “utilidade” corresponde ao olhar daqueles que ocupam uma posição hierárquica superior ao trabalhador e dos clientes a que este trabalhador presta o serviço atribuindo ao ato técnico do trabalhador o valor de útil na esfera do trabalho. Já o julgamento de “beleza” é conferido pelo olhar de seus colegas que oferece ao trabalhador o sentimento de pertença, de ser um indivíduo trabalhador como os outros e de ser capaz de realizar um trabalho com distinção, garantindo o reconhecimento de sua identidade singular ou de sua originalidade, ou melhor, de que nenhum outro poderia realizar tal trabalho da mesma forma, tamanha sua originalidade.

Os entrevistados deste estudo compõem a equipe básica de profissionais de nível superior da UTI e que são, portanto, parceiros de trabalho. Contudo, a relação entre médicos e fisioterapeutas oscila de parceiros para eventualmente chefe e subordinado, respectivamente. Esta situação ocorre em decorrência das responsabilidades que o fisioterapeuta por vezes assume junto ao médico e dos momentos que o fisioterapeuta deve se reportar ao médico quando este assume sozinho a responsabilidade. Assim sendo, o julgamento de “beleza” dos fisioterapeutas nas UTIs é feito pelos médicos, enfermeiros e outros fisioterapeutas que atuam juntamente a este profissional. E o julgamento de “utilidade” é conferido essencialmente pelos médicos.

No julgamento de beleza da enfermagem, E9 reconhece o fisioterapeuta como um profissional que deve pertencer à equipe de UTI e que contribui com um trabalho que apenas a fisioterapia poderia realizar na assistência ao paciente:

Eu acho super importante para o bem estar do paciente. Ainda mais que o nosso paciente é super restrito ao leito. Não tem como não ter um fisioterapeuta. E aqui tem que ter uma equipe, tem que ter todo mundo, senão não tem um bom resultado. Eu já trabalhei aqui sem fisioterapia, não tem comparação. E antes tinha só um fisioterapeuta que não dava conta, hoje tem mais gente para atender. Tem um número menor de complicações pulmonares que são atribuídas ao fisioterapeuta aqui. (E9)

Na contradição de F11 ao dizer que os médicos solicitam dos fisioterapeutas por vezes mais do que se pode oferecer e ao mesmo tempo achar isso uma satisfação muito grande, percebe-se que eventualmente o médico se coloca ao lado do fisioterapeuta e compartilha responsabilidades, atribuindo desta forma um julgamento de beleza:

Hoje temos médicos que valorizam, demais até, porque nem se arriscam a dizer o que fazer e passam toda a responsabilidade para a fisioterapia, porque não se sentem seguros. O que está errado, porque eu não domino totalmente a clínica. Claro que isso me faz eu me sentir valorizada, ele confia em mim. Então somos valorizados em relação a nossa função, somos muito solicitados, às vezes muito mais do que conseguimos dar conta, o que gera uma satisfação muito grande. (F11)

Assim como o julgamento de utilidade dos médicos em relação ao trabalho dos fisioterapeutas é percebido no relato de F17:

O reconhecimento é muito grande lá dentro da UTI. Quando eu entrei eu tive dificuldade, mas me empenhei e a gente começou a ser reconhecido. Os médicos valorizam muito, existe o reconhecimento da chefia médica. Eles acreditam que a gente tenha que estar lá 24hs na UTI. Ainda acho que tenham coisas a crescer mais, mas a gente já cresceu bastante. Já teve algumas reuniões com o controle de infecção e como a gente já reduziu muito as infecções – as pneumonias associadas à ventilação mecânica - e isso foi enaltecido pelo chefe da UTI perante todos, no grande grupo multidisciplinar. Ele disse que depois que a fisioterapia começou a funcionar na UTI a gente diminuiu drasticamente as pneumonias associadas à ventilação. Ele disse que a fisioterapia funciona, mas que se não fosse o empenho da gente, atuando de forma eficaz, as coisas não estariam acontecendo. (F17)

Outra via de reconhecimento pelo julgamento de “utilidade” do fisioterapeuta seria através dos clientes, isto é, através dos pacientes internados e de seus familiares. Ocorre que nas relações de trabalho em UTI, tem-se por característica estes pacientes apresentarem comprometimento de suas consciências em decorrência de seus adoecimentos, ou ainda

estarem entubados e ligados à ventilação mecânica, dificultando a interação do profissional com o paciente e impedindo a capacidade de julgamento do serviço dos fisioterapeutas. E como a relação com os familiares do paciente internado em UTI costuma tradicionalmente ocorrer através do médico e/ou do enfermeiro, a possibilidade de julgamento e, por sua vez de reconhecimento dos fisioterapeutas pelos pacientes e familiares, se torna dificultada.

Nos relatos abaixo é possível visualizar que eventualmente, quando o paciente tem condições de avaliar o serviço, ele é capaz de reconhecer o trabalho do fisioterapeuta, assim como também de forma eventual o familiar do paciente, mas que o médico corresponde àquele com melhores condições de conferir valor ao trabalho feito:

O paciente que melhora, que te olha, que te espera para fazer a fisioterapia. Porque tem aqueles que não estão entubados, então conseguem se comunicar e se mostrar gratos. Eu poderia dizer que o retorno dos familiares também é importante. Mas o do médico, que gosta do atendimento da fisio.... Este elogio do colega de alguma forma tem mais poder que o paciente ou o familiar de trazer este retorno direto. Isso é uma valorização. (F1)

Gera valorização é ser chamada pelo médico para ajudar a decidir alguma coisa sobre o planejamento do tratamento do paciente. A participação no tratamento, no planejamento, é que gera a valorização. Outra coisa é a valorização do paciente, quando o paciente entende o quanto a gente é importante para ele, que é muito bom, mas na UTI não tem isso, porque quando começa a interagir com a gente, já tem alta. E saem dizendo que querem sair de lá esquecendo aquela fase de UTI, porque é claro que é ruim ficar em uma UTI. Mas ao esquecer esta fase, esquece junto a nossa atuação, esquece o que fez bem para ele. De familiar também é muito difícil, porque pouco se entra na UTI, apenas nos horários de visita, que a gente não vai fazer fisioterapia no horário da visita. Neste ano acho que apenas recebi um ou dois reconhecimentos de paciente e familiar, de tão difícil que é isso. Do paciente não se pode então receber este retorno, então se espera receber este retorno da equipe. Que a equipe reconheça o quanto somos importantes para o serviço. (F16)

O papel da medicina no processo de valorização da fisioterapia demonstrou-se neste estudo de maneira importante para o crescimento desta profissão na UTI em decorrência do julgamento de utilidade que a medicina confere à fisioterapia. A enfermagem também atribui valor ao fisioterapeuta, mas é a medicina que demonstra entender melhor o papel do fisioterapeuta na UTI e desta forma consegue valorizar mais a fisioterapia. Em alguns relatos da enfermagem, foi atribuído aos médicos o mérito da fisioterapia estar compondo a equipe básica da UTI, já que eles defendem a contratação de fisioterapeutas e a permanência na UTI de forma exclusiva e estendida, ou seja, que não saiam da UTI para atender pacientes de outros setores de internação do hospital e que permaneçam o maior tempo possível dentro da UTI para conseguir de fato acompanhar os pacientes, como pode ser visto no relato de E1:

Antigamente quase não tinha fisioterapeuta no hospital, agora muito pelos médicos que solicitam a presença do fisioterapeuta, temos muito mais profissionais, está bem mais presente. Os médicos pressionaram muito já pela profissão da fisioterapia aqui no hospital. (E1)

Igualmente à percepção da enfermagem, alguns fisioterapeutas relataram que a medicina teve um papel importante na abertura de espaço de trabalho para o fisioterapeuta na UTI, como pode ser visto do relato de F10:

E a minha vitória está relacionada a esta UTI, às chances que me deram, que foi conquistada por toda a equipe. Os médicos foram acreditando na gente e nos dando muito espaço e eu devo muito a eles. Atrás de um grande fisioterapeuta de hospital, normalmente tem um médico que abriu a porta para ti. Sem ele a barreira é muito grande, tu não consegue, alguém abre e tu está feito desde que tu te mantenha. Eu acho que eu tenho muito mais reconhecimento dos médicos do que dos meus pares. Aqui dentro os meus colegas me valorizam, mas fora do hospital sou valorizado, fora do estado e/ou por médicos. (F10)

Quando F10 se refere aos pares, ele está se referindo a colegas fisioterapeutas que valorizam o seu trabalho, mas que não se compara ao impacto do reconhecimento médico na percepção de vitória que ele tem ao atuar naquela UTI. A importância do reconhecimento médico está associado ao peso do julgamento de utilidade que este profissional confere ao fisioterapeuta, diferentemente de seus pares, que conferem apenas o julgamento de beleza. No entanto, não basta a medicina abrir as portas, tem que saber se manter, diz F10. Para ser valorizado nas relações de trabalho, cabe ao fisioterapeuta conquistar este reconhecimento através de sua competência profissional. Mesmo o médico que menos demonstrou conhecer as atribuições da fisioterapia na UTI e que, portanto, menos reconhece seu papel, ainda assim valoriza a presença do fisioterapeuta na UTI, pois, segundo ele:

Houve um momento na UTI que não existiam profissionais de fisioterapia e com certeza a gente tinha uma dificuldade maior no afastamento dos pacientes da ventilação mecânica. Nós tínhamos um número excessivo de atelectasias⁹ nos pacientes de trauma de tórax ou pacientes de DPOC com bastante dificuldade respiratória. Mas isso não é uma informação objetiva, mas subjetivamente a gente percebe isso. Possivelmente se a gente pudesse objetivar, seria, por

⁹ Atelectasia pulmonar - As atelectasias são alterações pulmonares frequentes em unidades de terapia intensiva e salas de recuperação pós-cirúrgicas, com predisposição à complicações infecciosas e necessidade de maior suporte ventilatório [oxigenoterapia, ventilação pulmonar mecânica (VPM) invasiva e/ou não-invasiva]. Elas devem ser prevenidas, reconhecidas e tratadas para se evitar as suas complicações e conseqüente morbidade. Trata-se de um colapso de um segmento ou lobo pulmonar decorrente de uma obstrução ou compressão brônquica ou diminuição da complacência pulmonar (JOHNSTON; CARVALHO, 2008).

exemplo, o número de fibrobroncoscopia que com certeza isso é um dado que a direção deve ter porque caiu o número de solicitação deste exame. Foram resolvidas, por exemplo, as atelectasias e não precisaram mais da fibro. (M1)

É possível compreender por que a equipe médica valoriza mais a fisioterapia em decorrência da origem desta profissão. Como foi visto no capítulo 3, a origem da fisioterapia deu-se de uma necessidade da medicina em recuperar pacientes lesionados com a intenção de reinseri-los na sociedade. Desta necessidade evoluiu a profissão de fisioterapia que seguiu parceira da medicina desde seu surgimento. A medicina, por ter inspirado a formação da fisioterapia, identifica sua contribuição e aponta a necessidade de inserção nos segmentos de assistência à saúde, a exemplo da inserção do fisioterapeuta na UTI.

E é em relatos como o de M8 que se torna possível perceber a participação da equipe médica na conquista do espaço do fisioterapeuta na UTI, representando a valorização do trabalho realizado pelo fisioterapeuta:

À medida que a gente conseguiu, após muita luta, um fisioterapeuta por turno, fixo na UTI geral. A gente vinha pedindo há bastante tempo, já faz uns três anos que isso vem acontecendo. Desde então a gente vem com melhores condições de extubação dos pacientes, por exemplo. A residência em fisioterapia ajudou muito, pois aumentou o número de profissionais atuando na UTI. Esse é o resultado da permanência do grupo da fisioterapia na UTI. A convivência é muito eficiente e tem um bom relacionamento com toda a UTI. (M8)

A conquista da classe de fisioterapeutas com a Resolução - RDC N°7 de 2010 ao definir um fisioterapeuta para cada dez leitos por 18hs na UTI está em consonância com o que pensam os médicos entrevistados neste estudo em relação à fisioterapia. Pois, conforme estes médicos há a necessidade de se ter fisioterapeutas exclusivos na UTI e que permaneçam, de preferência, 24hs na UTI ou um mínimo de 18hs, número que foi definido na Resolução. Um dos motivos que se alega para ter o fisioterapeuta exclusivo e por mais tempo na UTI é a necessidade de harmonização das rotinas de UTI entre os profissionais que apenas é possível na convivência, conforme o relato de M6:

Eu acho que é fundamental a fisioterapia. O que tem que estar presente é o fisioterapeuta da UTI, exclusivo. Hoje, pela diminuição do número de fisioterapeutas no hospital, tem aqueles que vêm na UTI que não são exclusivos, atendem e vão nos andares. Isso não é bom, não tem relação conosco, não conhecem as rotinas. Deveriam estar presentes, exclusivos, a maior parte do tempo, não digo 24hs por dia, porque é desnecessário, seria daí uma questão de mais urgência que o médico pode dar conta. Mas poder ficar, como é aqui, até às

23hs, acho muito bom, porque depois disso é horário de descanso dos pacientes.
(M6)

Outro motivo apontado pelos médicos para a permanência do fisioterapeuta na UTI está relacionado às atribuições da fisioterapia na UTI. Foi demonstrado que o fisioterapeuta já tem alicerçado em várias das UTIs analisadas seu espaço de atuação e que na sua ausência, a incumbência de determinadas tarefas acaba sendo da medicina e da enfermagem, que por sua vez, não se sente apta para assumir, nem é reconhecida como capaz. No relato de M2, é possível perceber a visão médica:

Deveria ter um fisioterapeuta 24hs porque só temos durante o dia. Eu vejo que o fisioterapeuta tem no modo de aspirar um maior cuidado que a enfermagem – porque quem aspira são os técnicos no final, que não têm conhecimento quase nenhum, então eles não sabem aspirar, mesmo os mais antigos. Eu vejo os técnicos ficarem muito tempo aspirando e colocando o paciente em sofrimento, sem conseguir respirar. Então, quando tem um tampão mucoso, a fisioterapia resolve sozinha o problema, coisa que a enfermagem não faz e que nos chama. No final a enfermagem já chama a fisioterapeuta para ajudar. No final a gente chama a fisioterapeuta para lidar com situações complicadas que não têm uma saída pronta. A gente é chamado quando a fisioterapia não está por lá, porque está no andar. Porque este é um problema, antes a fisioterapeuta só ficava lá, mas por uma questão de pessoal, ela tem que sair e atender no andar também agora. (M2)

A opinião da enfermagem converge em relação à percepção da medicina sobre a permanência do fisioterapeuta na UTI pelo maior tempo possível, como pode ser visualizado no relato de E2:

Eu acho fundamental, essencial. Sem fisioterapia, os pacientes não sairiam nunca do tubo, principalmente a parte ventilatória, que é o mais agudo, mas é claro que a parte motora também, porque depois de um tempo a musculatura vai se acabar. Sem a fisioterapia, o índice de mortalidade aumenta “n” vezes. Mas não sou apenas eu que acho, trabalhos dizem isso. Quando depois das 23hs eu não tenho mais como contar com ele, eu tenho dificuldade em algumas situações. Quando o paciente tá cheio de secreção, eu aspiro, meu técnico aspira, mas a gente não sabe mobilizar esta secreção, a gente não domina as técnicas, eu não sou fisioterapeuta. Quantas vezes eu instalei ventilação não invasiva na ausência deles. Porque tem que saber outras coisas além de ligar a máquina e colocar a máscara, tem o ajuste fino que eles que sabem fazer. Eles vêem curvas que a gente não vê. (E2)

Segundo esta enfermeira, a fisioterapia deveria permanecer por 24hs, pois após as 23hs, acaba competindo à enfermagem a resolução de situações problema que normalmente são conduzidas por fisioterapeutas. Ocorre que na rotina da UTI o médico plantonista na madrugada, quando todos os pacientes estão estáveis e não existem intercorrências clínicas, se

dirige para uma sala onde repousa. Cabe à enfermagem chamar o colega médico em situações críticas que exijam sua presença. Na ausência do fisioterapeuta e do médico, cabe à enfermagem conduzir determinadas situações que não necessariamente são classificadas como críticas, mas que envolvem determinadas competências que a enfermagem não dispõe. Da mesma forma que E2, E6 relata a importância da fisioterapia no turno da noite pela questão respiratória do paciente:

Tem muita contribuição, é fundamental. Um dos decréscimos que a gente vê é que a fisioterapia só fica até às 22hs. Porque daí se perde todo o trabalho de um dia na noite, porque pela noite se mobiliza pouco, se aspira pouco. O fisioterapeuta deveria ficar na UTI 24hs que nem a enfermagem, porque a parte respiratória é fundamental na UTI.

E ainda, conforme E5 e E10, se os fisioterapeutas fossem fixos na UTI, não seria necessário ligar para o telefone móvel do fisioterapeuta para chamar em situação de intercorrência do paciente e seria possível ter um profissional mais disponível e integrado às rotinas da UTI:

Eu tenho que estar ligando e negociando o fato de eu ter um paciente crítico para fazer eles irem na UTI com prioridade, então não acho legal não ter um fisioterapeuta fixo para trabalhar com a gente. São muito poucos para uma demanda enorme. Não tem a referência da UTI, acabam não conhecendo as rotinas. Eu fico com o celular da pessoa, o que eu acho bem ruim. (E5)

Acho que contribuem, mas poderia ser bem melhor. Sei de outras UTIs que a coisa funciona muito melhor. Tenho colegas que trabalham em outros hospitais também e que me contam. Não sei como fazer para melhorar. Mas é claro que é muito melhor com elas por perto, o problema é que elas não estão aqui quando a gente precisa, então tem que correr atrás delas e isso é ruim, desanima. (E10)

De fato, a enfermagem que valoriza o papel da fisioterapia o faz referenciando o fisioterapeuta como um profissional melhor qualificado para dar conta de determinadas situações que anteriormente a enfermagem realizava sem necessariamente ter a melhor qualificação para tal, a exemplo do que E8 relata:

Eu acho que trabalhar com fisioterapeuta nos dá segurança. Porque antes tudo era com a enfermagem, então quem faz tudo no final não faz nada, né? Então eles nos auxiliam muito. Se tiver alguma intercorrência ventilatória eu só chamo a fisioterapia e resolvemos este problema na hora. Eles só contribuem, só têm a acrescentar. Não consigo ver uma UTI sem a fisioterapia. Se eles tinham como objetivo provar sua importância na UTI, já conseguiram, tá mais que aberto o caminho. Eles já dominaram muito espaço. (E8)

Em contrapartida, o sentimento de desvalorização do serviço de fisioterapia também se fez presente neste estudo. Outras enfermeiras entrevistadas demonstraram que a fisioterapia não faz diferença no serviço e que, portanto, não é necessária a sua permanência na UTI, como pode ser percebido:

O pedido de fisioterapia vem dos médicos, tanto da chefia como dos residentes. Mas nem todos pacientes têm indicação de fisioterapia, então é feita a seleção por eles. Temos um fisioterapeuta por turno que passa pela UTI para atender os pacientes prescritos. Não vejo a necessidade de ter um exclusivo para a UTI porque a UTI é pequena, nem todos pacientes são prescritos e eles atendem relativamente rápido... além do que o que eles fazem a gente pode fazer, que é aspirar o paciente. (E11)

A percepção desta enfermeira está diretamente relacionada à vivência que ela tem com os fisioterapeutas da UTI onde trabalha. Foi percebido neste estudo que as atribuições dos fisioterapeutas nas diferentes UTIs se mostraram diversas no que se refere à complexidade de seus atos. Em algumas UTIs os fisioterapeutas executavam técnicas que exigem maior conhecimento na área, em contrapartida a outras UTIs que foram entrevistados fisioterapeutas que descreveram suas atividades com menor grau de exigência de conhecimento. Contudo, em algumas UTIs a descrição dos fisioterapeutas em relação às suas atividades não condissse com o relato de médicos e enfermeiros. Ou seja, em algumas UTIs os fisioterapeutas realizam técnicas consideradas de maior complexidade, mas não têm visibilidade da equipe médica e da enfermagem.

Observa-se que na medida em que a enfermagem não entende a contribuição da fisioterapia na UTI ou que reduz a fisioterapia a técnicas de baixa complexidade, tende a não aderir à idéia de ter um fisioterapeuta pelo maior tempo possível como seu colega de equipe. Em contrapartida, se o profissional que trabalha com a fisioterapia compreende e valoriza a contribuição do fisioterapeuta na rotina, tende a solicitar sua permanência na unidade.

A percepção de desvalorização da atuação da fisioterapia foi demonstrada em três das 14 UTIs que este estudo teve acesso. Em uma das três UTIs, atribui-se ao fato de os atendimentos serem realizados por alunos da graduação e que não teria como manter uma boa relação de trabalho com eles, mesmo que sob supervisão de um fisioterapeuta, visto que não se trata de profissionais prontos e capazes para a atuação em UTI, como pode ser visto nos relatos:

Acho muito ruim, tu não pode contar com os fisioterapeutas, que na verdade são alunos ainda. Na verdade eles mais atrapalham que ajudam. Acho que daria para melhorar, claro, mas,... Eles não sabem o que a gente está fazendo e a gente não sabe o que eles fazem. Coisas distintas, sem integração. (M7)

Lá tem ensino, então tem os alunos de graduação e a relação é complicada. Não tem maior relação com o professor, acaba sendo com o aluno mesmo, que é bem difícil. Tem muita rotatividade, a gente acaba não conhecendo ninguém. Temos que ir atrás para saber quem está atendendo naquele dia o paciente tal para ter alguma informação, mas é difícil a maioria das vezes. (M5)

E nas outras duas UTIs é possível traduzir que o sentimento de desvalorização dos fisioterapeutas se encaixa na percepção dos profissionais médicos e enfermeiros de que o trabalho dos fisioterapeutas é desprovido de rigor científico. Nos relatos dos médicos abaixo fica clara a desvalorização da atuação do fisioterapeuta:

O papel do fisioterapeuta nesta UTI é secundário. Claro que ele auxilia, mas não é necessário. Não existe maior integração e quando há uma tentativa, vejo que existem limitações. Mas a gente se dá bem com eles... (M13)

Temos por hábito prescrever a fisioterapia, isto porque existem estes profissionais aqui e algo eles podem ajudar. Entendo que a princípio mal não fazem ao paciente. Sempre é um cuidado a mais. Mas não tenho maior relação com eles. Quase não costumamos conversar, muito porque eles só passam por aqui. (M16)

Da mesma forma a enfermagem nestas UTIs se declarou desvalorizar o papel do fisioterapeuta como pode ser percebido nos relatos:

Temos dificuldade para trabalhar eventualmente com a fisioterapia. A impressão que dá é que às vezes eles não sabem do que se trata... falta conhecimento de UTI, entende? Eu costumo ficar por perto para ver se não vai sair besteira... (E17)

A gente se dá super bem com eles, é gente muito boa. Então assim... como eu posso dizer, eu gosto deles, mas não sei o quanto eles contribuem, entende? O que a gente conversa é mais coisa fora do serviço. Claro que a gente fala quando é para eles cuidarem mais porque o paciente tá um pouco instável, mas a gente não discute com eles os casos. Chato dizer isso porque a gente se dá super bem com eles, claro, com alguns em especial. (E11)

Os fisioterapeutas destas duas UTIs declaram o sentimento de desvalorização que os médicos e enfermeiros transparecem em relação ao trabalho da fisioterapia. O sentimento é de não fazerem falta ou ainda de não serem percebidos, como pode ser visto a seguir:

O fisioterapeuta tem o mesmo nível de capacidade de trabalho que os outros, mas não vejo o fisioterapeuta com algo específico. O fisio não faria falta nesta UTI se estivesse ausente. Não tem ninguém que seja decisivo ou definitivo para esta UTI. Também não tem reclamação, e isso já é uma coisa boa. (F8)

O fisioterapeuta para atuar na UTI deve ter mais segurança, pois se atende um paciente mais complexo, que exige maior responsabilidade. Deve-se ter mais cuidados com os pacientes. Eu não vejo os profissionais daqui nos cobrar muito da nossa parte. Tanto que os colegas que vem de fora ficam impressionados que a gente não mexe nos respiradores e parecem que desdenham da gente não fazer isso. Mas eu sei que esse é o ideal, só que para tu atuar no desmame e na ventilação mecânica, tu tem que além de ter formação, ter tempo para poder ficar com o paciente durante o atendimento, para poder fazer um manovacuômetro, colocar no ayre.... Porque hoje eu atendo um e vôo para atender outro em outra unidade, então não vejo a evolução daquele primeiro. Eu tenho que ter um tempo maior para cada paciente... e não ter isso me frustra, porque eu não posso fazer um bom atendimento. Então, ver a realidade de outros hospitais que oferecem toda a estrutura para o fisioterapeuta trabalhar não é a minha realidade, e isso é uma pena e me frustra. (F13)

O que se analisa nestes relatos é o fato dos fisioterapeutas acima não terem realizado alguma formação continuada que contribuísse efetivamente para a assistência em UTI. Logo, a percepção da enfermagem de que não há maior conhecimento formal para responder pelos seus atos pode ser uma justificativa pela falta de valorização destes fisioterapeutas. Quando o médico relata que “mal não faz” a fisioterapia para o paciente, transparece um sentimento de que qualquer procedimento que possa ser feito não teria efeito algum no paciente. Ou seja, é tão deficiente de contribuição que nem consegue fazer o mal.

Todavia, não apenas nestas três UTIs houve relatos de desvalorização do trabalho do fisioterapeuta. Ocorre que nas demais 11 UTIs, apesar de constar que pelo menos eventualmente médicos e enfermeiros valorizavam a fisioterapia, também demonstraram ter críticas e restrições que colocava em cheque o valor do serviço. Da mesma forma, os fisioterapeutas também manifestaram que em determinados momentos o sentimento de desvalorização surgia na rotina, apesar de saberem que havia também o reconhecimento do trabalho. Este sentimento dúbio do fisioterapeuta que oscila entre a valorização e a desvalorização do seu trabalho pode ser percebido no relato abaixo:

Já me senti valorizada e desvalorizada. Assim, táva em casa, numa época que não tinha fisioterapia pela noite, e o médico me ligava para casa e me chamava. Ele dizia, se precisar, eu assino um papel. E depois dizia, quero que tu fique com este paciente. Ou ainda, de ouvir do médico que bom que tem alguém bom junto com este paciente. Então já me senti super valorizada, como já me senti desvalorizada, como por exemplo, quando o médico responde que ele é que decide como é que vai ser feito. Tu não tem voz agora, quem decide sou eu. Mas só do fisio poder extubar o paciente, já é uma super valorização. Na

balança, me sinto mais valorizada do que desvalorizada. Mas é que a sensação de desvalorizada é mais forte, então a gente não esquece, marca mais. (F3)

Dentre as situações descritas pelos fisioterapeutas que geram o sentimento de desvalorização, destaca-se aquela em que o fisioterapeuta não participa do planejamento do tratamento do paciente. Observou-se neste estudo que mesmo nas UTIs que apresentam uma boa relação de trabalho em equipe entre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, existem situações que o fisioterapeuta não é consultado e passa a ser um prestador de serviço, como pode ser percebido nos relatos a seguir:

Eu me sinto valorizada, mas acho que poderia ser mais. Gera valorização é ser chamada pelo médico para ajudar a decidir alguma coisa sobre o planejamento do tratamento do paciente. A participação no tratamento, no planejamento, é que gera a valorização. [...] Agora, se o médico vai lá e extuba sem vir falar com a gente, eu me sinto mão de obra barata para tirar catarro de paciente. Porque eu fiz uma faculdade de cinco anos não para apenas aspirar um paciente, eu tenho opiniões, eu sei opinar sobre ventilação mecânica, sobre como o paciente pode ficar melhor ventilado, enfim, sempre tem os dois lados, a valorização e a desvalorização. (F16)

O não participar da ventilação mecânica e dos *rounds*, de tomada de decisão dos pacientes, que me leva a um sentimento de pouca valorização. A equipe médica nunca transparece a importância da participação da fisio nos *rounds*. Desvalorizada é uma palavra muito forte, acho que isso nunca, mas pouco valorizada. (F4)

O planejamento do tratamento dos pacientes em muitas situações, quando existe tempo hábil para tal, é realizado nos *rounds*. Neste espaço de discussão sobre os casos, os profissionais de saúde manifestam suas percepções, conhecimentos e experiências para que de forma coletiva seja feita a tomada de decisão em relação à melhor opção terapêutica para os pacientes. No relato de F4 acima, a queixa está justamente na falta de oportunidade em manifestar-se nos *rounds* e de não ser valorizada pela equipe médica nestes espaços de troca. Contudo, esta mesma fisioterapeuta relata ter uma boa relação com a equipe médica no dia-a-dia da assistência e que se sente valorizada pelo trabalho realizado e identificado pela equipe médica como eficiente, já que sabe conduzir a fisioterapia de maneira a alcançar os objetivos propostos para os pacientes.

O que se observa é que mesmo nas UTIs onde existe uma boa relação entre os profissionais da equipe básica e que há algum reconhecimento da contribuição de cada profissional para a UTI, ainda persiste a dificuldade de comunicação para gerar o planejamento do tratamento do paciente. O médico ainda é o profissional que tende a

centralizar a tomada de decisão e nem sempre, ou raramente, inclui os demais profissionais para construir junto a decisão. E é neste momento que é gerado o descontentamento do fisioterapeuta por não ser valorizado como capaz de contribuir neste processo.

A exemplo desta dificuldade de comunicação entre médicos e fisioterapeutas, em uma das UTIs observou-se que a medicina não tomou conhecimento do quanto os fisioterapeutas têm se dedicado a se integrar na rotina da UTI na iniciativa de elaboração de protocolos assistenciais. Nesta UTI, o fisioterapeuta é valorizado pelo resultado de seu trabalho, mas o médico demonstrou não ter conhecimento de como o atendimento fisioterapêutico é construído. Este médico acredita que:

A participação em protocolos deles é nula na UTI. E também porque a UTI não tem a característica de se organizar em termos de protocolos e eles seguem este perfil. (M1)

Contudo, no relato do fisioterapeuta colega de M1, encontra-se a seguinte realidade:

A gente faz protocolos de desmame, aspiração, treinamento muscular. E eles são implementados, funcionam. Tem os específicos da fisioterapia e aqueles que a gente faz associado com o pessoal da UTI, como o de desmame e de prevenção de pneumonia associado à ventilação mecânica. E específico da fisioterapia é o de treinamento muscular, manobras de higiene brônquica. Uma das metas do hospital é que a cada unidade tem que criar no mínimo dois protocolos por ano. No protocolo de desmame ta dito que o fisio deve discutir com o médico antes de iniciar o processo de desmame. Mas não tem um protocolo de ventilação mecânica invasiva, e sim só de desmame. (F2)

Ou seja, não existe de fato uma integração suficiente que permita uma verdadeira valorização do serviço de fisioterapia. A valorização existente neste caso está limitada à melhora do paciente que é identificada pelo médico como mérito da fisioterapia. E esta melhora do paciente, possivelmente esteja ocorrendo justamente pelo empenho dos fisioterapeutas em se integrarem às rotinas da UTI, apesar de não haver a visibilidade da equipe por tal empenho.

Ademais da retribuição moral-simbólica que Dejours (1997) aponta como fundamental pela contribuição do engajamento do trabalhador em prol da eficácia da organização do trabalho, Eisenberg et al (2004) destacam dentre outros recursos, os benefícios tangíveis como o salário e seguros de saúde, que podem ser nomeados de retribuição material, como elemento importante para que haja o comprometimento do trabalhador em prol dos objetivos da organização. A retribuição material passa pela percepção do trabalhador que avalia se o

suporte da organização corresponde às suas expectativas de remuneração e benefícios ou não, ou seja, cabe ao trabalhador avaliar se tais recursos são justos ou não em contrapartida ao trabalho oferecido à organização.

A maioria dos entrevistados referiu haver uma percepção de desvalorização de seu trabalho em decorrência da remuneração atribuída à sua função na UTI. Muitos relataram a necessidade de completar a renda mensal com trabalhos realizados fora da UTI, ou seja, concomitante ao trabalho da UTI seguem com mais duas jornadas de trabalho. Alguns trabalham na UTI pela noite (até as 22 ou 23hs), mas pela manhã e tarde atuam em outros lugares para compor uma renda mensal final considerada satisfatória por eles próprios. E ainda, associada à percepção de baixa remuneração, está o alto grau de exigência que os fisioterapeutas entendem ser cobrados, aumentando a insatisfação nas relações de trabalho, como pode ser visto a seguir:

Acho que desvalorizado pelo salário, porque é muito baixo para um padrão que nos é exigido. É óbvio que o padrão é bom, mas deviam nos valorizar mais. A gente atende pessoas importantes e tudo mais, mas a gente recebe muito pouco. Outra coisa também é a sobrecarga de trabalho com o padrão exigido, não é fácil. Se pelo menos a gente ganhasse um pouco mais... (F15)

Ou então, associada à baixa remuneração, foi relatado a percepção de que se trata de uma mão-de-obra barata para executar tarefas sem necessariamente maior qualidade, produzindo no trabalhador a sensação de desvalorização de seu trabalho:

A desvalorização é a financeira. A chefia não valoriza muito, é mais a questão de mão de obra barata mesmo. Não interessa se tu atende a quatro pacientes muito bem atendidos, o melhor é que tu atenda dez pacientes bem mal atendidos. (F1)

4.3.4.1 Valorização da fisioterapia respiratória na UTI

O fisioterapeuta é reconhecido tanto pela equipe médica como pela enfermagem como o profissional que atua na UTI com o foco em especial no aspecto respiratório do paciente internado. Não é negada a atuação do fisioterapeuta nas questões motoras do paciente, apenas reconhece-se que este profissional dedica-se mais às funções pulmonares, como é percebido nos relatos:

É inegável. O índice de infecção pulmonar relacionada à ventilação mecânica não diminuiu, mas o tempo de ventilação mecânica diminuiu muito. A qualificação da fisioterapia motora também melhorou muito. [...] Mas é claro que a fisioterapia motora é secundária. Na verdade funciona assim, tem o pulmão João, o pulmão Ana,... os pacientes no fundo são grandes pulmões para a fisioterapia. (E7)

A principal contribuição da fisio é na parte respiratória, na higiene brônquica, na melhora do RX. Só com o trabalho da fisio se vê que se abre uma atelectasia. (E6)

E a contribuição nos aspectos respiratórios pode ser descrita como de baixa ou de alta complexidade conforme os atos realizados pelos fisioterapeutas em cada UTI. Caso o fisioterapeuta se limite a realizar a higiene brônquica sem a utilização de recursos tecnológicos que geram pressão positiva, por exemplo, a enfermagem compreende que sejam atos que os técnicos de enfermagem poderiam fazer. Contudo, mesmo a assistência sendo de baixa complexidade, a enfermagem também entende que os fisioterapeutas teriam maior conhecimento para lidar com situações problema relacionados ao paciente em atendimento e que teriam, portanto, maior competência para realizarem o procedimento, como pode ser visto nos relatos a seguir:

Eu diria que a contribuição é muita, porque se o paciente está em ventilação, se ele só for fazer uma higiene brônquica, uma boa fisioterapia com uma boa aspiração, ele já me auxilia no manejo do paciente. Porque daí a gente já pode fazer outras coisas, uma medicação, uma outra higiene. Porque os técnicos não têm essa visão de como lidar melhor com o paciente em ventilação, o fisio sabe aspirar na hora certa, sabe ofertar o oxigênio, desligar o alarme, enfim, os técnicos são bem intencionados, mas não têm o conhecimento que o fisio tem, então eu prefiro que eles assumam a higiene brônquica, porque daí eu tenho a tranquilidade de que o paciente não vai dessaturar. (E3)

A contribuição deles é boa para a UTI, porque eles aspiram melhor que a enfermagem os pacientes. Então, sempre que eles vêm na UTI a gente não precisa aspirar. O RX dos pacientes sempre melhora com a higiene brônquica deles. (E11)

Contudo, se o fisioterapeuta realiza técnicas de maior complexidade, com o foco, por exemplo, na adequação dos volumes pulmonares através do manuseio da ventilação mecânica invasiva e não-invasiva e a utilização de pressão positiva para realizar a higiene brônquica, a enfermagem passa a valorizar ainda mais, atribuindo a este profissional a capacidade de lidar com situações que a enfermagem não saberia conduzir, como pode ser visto no relato de E8:

É enorme, né? 110%! A gente tem feito acompanhamento e a gente sabe que o paciente sai mais rápido do leito, a ventilação mecânica não fica imexível 24hs, porque eles ficam o tempo todo ajustando, então o paciente fica melhor ventilado. Higiene brônquica é melhor feita, porque a enfermagem vai lá e não consegue aspirar nada, chama a fisioterapia, eles mobilizam e conseguem tirar a secreção. Ou ainda, fez uma atelectasia, chama o fisio que sabe que se vai abrir, na maioria das vezes. (E8)

Na perspectiva da equipe médica, a contribuição do fisioterapeuta na assistência respiratória se apresenta de forma clara desde um procedimento mais simples de higiene brônquica até um procedimento mais complexo envolvendo a ventilação mecânica invasiva e não-invasiva, bem como nos processos de desmame e extubação do paciente, como pode ser visto nos relatos a seguir:

Na ventilação não-invasiva, acontece da seguinte forma: o médico percebe a indicação deste modo de ventilação, aciona o fisioterapeuta e ele assume o procedimento. A fisioterapia atua bem mais na ventilação não-invasiva, tem mais habilidade e tem bem mais noção de como lidar com os aparelhos do que o médico. (M8)

O fisioterapeuta é capaz de contribuir fortemente para a evolução mais rápida do paciente em ventilação mecânica. Porque ele auxilia na tomada de decisão do desmame e da extubação, fora a diminuição de pneumonias por ventilação mecânica. É muito importante, já faz parte da equipe. Pena que tem hospitais que ainda não têm o fisioterapeuta exclusivo para a UTI, porque é só dessa forma que é possível fazer esta contribuição mais evidente. (M10)

Como exemplo da valorização da ação do fisioterapeuta nos aspectos de terapêutica respiratória dos pacientes internados, em uma UTI que o fisioterapeuta está atrelado ao setor de fisioterapia, quando o médico intensivista precisa do fisioterapeuta para a instalação de uma ventilação mecânica não-invasiva ou ainda de sua contribuição no desmame e extubação de um paciente, a regra da consultoria da fisioterapia é “burlada” e instituída uma ação fisioterapêutica a partir de uma solicitação direta do médico intensivista, como pode ser visto no relato de F5:

As exceções acontecem, ou seja, estamos fora da consultoria quando a gente instala a ventilação não-invasiva, que é a gente que faz isso, ou para desmamar e extubar o paciente, porque isso é urgência em uma UTI. Se for a instalação de ventilação não-invasiva, esse paciente passa a ser nosso mesmo sem consultoria, então eu faço a passagem dele para o outro turno, mas o paciente que eu apenas fiz o desmame e extubação não quer dizer que seja meu paciente que eu passe para o outro turno. Eu apenas faço o atendimento completo de fisioterapia se for paciente que está na lista das minhas prescrições. Eu acredito que estamos em franco processo de independência da fisioterapia, porque todos os profissionais daqui nos respeitam, nos escutam, então o que

acaba nos trancando é isso, a burocracia, que acaba não agilizando o serviço. Então acaba o serviço pressionando por esta melhora. (F5)

Em acordo com os relatos da equipe médica e de enfermagem, os fisioterapeutas sinalizaram neste estudo que o foco da assistência fisioterapêutica na UTI está no aspecto respiratório do paciente. Alguns se dedicam também aos aspectos motores, mas é exceção em relação à regra dos entrevistados. No relato de F5 é possível visualizar o foco do fisioterapeuta na UTI e a satisfação do profissional pela percepção de ser reconhecido pelos aspectos respiratórios nos seus atos:

Identifica mais as questões respiratórias, né... aspectos da secreção, se o paciente está fazendo uma infecção, na ventilação, o grau de força, sensibilidade, movimentos. Podemos perceber muitas coisas, mas os médicos também podem perceber, porque eles estão em cima, avaliando sempre. Mas higiene brônquica e reexpansão pulmonar é certo que é da fisioterapia. Por exemplo, atelectasia é certo que é da fisio. Posso colocar só uma ventilação não-invasiva, mas o ideal é fazer a fisioterapia, vou reverter o quadro muito mais rápido e eficientemente. Depois posso colocar a não-invasiva que vai ficar show. Então, chegou o raio, viu a atelectasia, chama a fisio. A equipe reconhece este papel muito.

Então eu gosto de ser a referência na disfunção respiratória. Tu tá atendendo um paciente e te chamam. O pessoal não te vê como aquele dobrando esticando e vai embora. Eles já acostumaram que a fisioterapia é um processo de continuidade dentro da UTI e que é importante para o paciente. Se eu chegar e pedir para o técnico para fazer fisioterapia, ele interrompe o que está fazendo para a gente fazer o trabalho e se o paciente que eles atendem não tem fisioterapia eles perguntam, e esse aqui não tem fisioterapia? E eu digo, bah, não tem... e eles ficam assim... porque eles sabem como é a recuperação do paciente com a fisioterapia. Tem este reconhecimento da equipe. (F5)

Sem dúvida a fisioterapia respiratória é a chave de acesso à valorização do fisioterapeuta na UTI, apesar de haver prescrições médicas de realização de fisioterapia motora em pacientes internados na UTI. A fisioterapia motora, talvez pela precariedade de estudos que comprovem seus efeitos em pacientes de UTI, tem sido associada a uma prática com menor valor. Culturalmente, o atendimento da UTI atribuído de valor é aquele que busca a manutenção da vida e todo aquele atendimento que não tem este foco acaba sendo discriminado como secundário. A fisioterapeuta F7 reforça esta impressão quando afirma:

Eu acho que os fisioterapeutas da UTI são vitais. Porque se os pacientes precisam do meu trabalho, nós somos os mais importantes. De fratura não se morre, mas se morre de uma infecção pulmonar. Então a fisio respiratória se torna vital e a motora não. (F7)

Embora seja percebida a fisioterapia motora como uma prática de menor valor em comparação à respiratória, alguns poucos fisioterapeutas neste estudo relataram ter se preocupado com esta abordagem terapêutica. Estes profissionais entendem que não basta realizarem alguma técnica e permanecer na invisibilidade, é necessária a busca pela valorização e a garantia da cientificidade dos atos fisioterapêuticos, como pode ser visto a seguir:

Nosso próximo passo é buscar a valorização da fisioterapia motora e regulamentar toda a assistência. A gente já deambulou com paciente entubado em ventilador, com bateria, de transporte, com rodinhas. Isso foi uma super novidade para todos os outros. Mas isso é uma questão de qualificação, a gente tem que provar algumas coisas. (F6)

Agora iniciamos uma nova pesquisa com ciclo ergômetros para membros superiores com a idéia experimental de ver os resultados da mobilização precoce dos pacientes. Estamos fazendo algumas coletas e veremos se terá aplicabilidade ou não para implementar um protocolo de fisioterapia motora na UTI. (F14)

Os médicos entrevistados sempre que falaram sobre as contribuições e papéis do fisioterapeuta se referiram à abordagem respiratória. Não foi citado por nenhum entrevistado médico a importância e o valor da fisioterapia motora, mesmo assim, todos disseram que eventualmente prescrevem a fisioterapia motora associada à respiratória. A prescrição da fisioterapia motora por parte da equipe médica está mais associada a um hábito do que a uma convicção. Empiricamente eles parecem valorizar, mas como não tem acesso a dados científicos dos resultados desta terapêutica em relação ao tempo de internação ou na prevenção de algum comprometimento maior, acabam por não dar o mesmo peso de valorização da terapêutica respiratória. A fisioterapia motora está incluída, ao que se atribui dentro da UTI, nas rotinas de cuidados e não de terapêuticas e, portanto, não apresenta o mesmo status que a busca pela cura oferece. O que se busca oferecer com ela é o maior conforto ao paciente na prevenção de deformação e rigidez articulares, encurtamentos e dores musculares, lesões de pele e tromboembolismo em função do imobilismo de paciente presos ao leito e à ventilação mecânica.

Neste sentido, a enfermagem que é reconhecida por se dedicar aos cuidados do paciente da UTI, ademais da terapêutica, valoriza quando os fisioterapeutas tomam iniciativas de cuidados e de atenções aos aspectos motores:

Outra coisa que eu gosto é que eles tiram o paciente do leito ou da poltrona aqueles que não estão em ventilação mecânica, e caminham com eles

dentro da UTI. Isso eu gosto, porque para o paciente é muito bom, acho dez! E eu sei que não é em todos os hospitais se faz isso e que aqui fazem! (E3)

Da mesma forma E7 entende que a atuação do fisioterapeuta não pode se limitar aos aspectos respiratórios e deve também se dedicar aos aspectos motores, não obstante de ter consciência de não ser este o enfoque da fisioterapia:

[...] A qualificação da fisioterapia motora também melhorou muito. Uma vez eu vi um paciente caminhando entubado na UTI. Eu cheguei a chorar na UTI. Eu vejo eles ensinando o paciente a escovar o cabelo... Mas é claro que a fisioterapia motora é secundária. [...].(E7)

A visão da enfermagem em relação à rejeição do fisioterapeuta de tudo que possa estar atribuído ao cuidado e não à cura é traduzida como uma discriminação do fisioterapeuta em relação ao trabalho do enfermeiro, já que este é reconhecido por oferecer o cuidado ao paciente. No relato de E7 percebe-se que esta enfermeira interpreta a falta de dedicação aos cuidados do paciente como uma falha na formação do fisioterapeuta:

Eu acho que deveria ter uma formação específica. Todo profissional que vai para terapia intensiva tem que ter um preparo. Mas devemos ter um cuidado para não ser apenas um conhecimento técnico, que é muito importante, mas o cuidado é fundamental. E o cuidado tem sido deixado de lado. Porque o cuidado e o curar são coisas que podem se assemelhar, mas que se separam em determinado momento, porque não se sabe fazer uso disso. E eu vejo isso. Então a especialização não é só de conhecimento, mas também de ensinar a se integrar a como lidar com o sofrimento, com a morte. O fisioterapeuta, quando o paciente está muito grave, não é mais paciente dele, não é mais objeto de trabalho dele. Neste momento a enfermagem cuida dele. A fisioterapia é a mais ausente neste processo de terminalidade dentre todas as equipes de saúde. A fisioterapia entende que o paciente não é merecedor do seu tempo de trabalho quando não se tem mais o que se investir, quando é terminal. Se eu tenho como missão a cura e ali não existe mais cura, não tenho mais o que fazer, então daí a enfermagem cuida. O cuidado não é considerado um trabalho qualificado. Tem enfermeiros que também não gostam disso... porque não gostam de ser rotulados como menos importantes. (E7)

Apesar dos cuidados fazerem parte da UTI, são considerados de menor valor, pois não são imbuídos de achados científicos com vistas à cura do paciente. E no momento que o fisioterapeuta rejeita a idéia dos cuidados acaba por despertar um sentimento de não-reconhecimento mútuo entre estes profissionais. A enfermagem perde a confiança na fisioterapia, pois não vê neste profissional os mesmos valores morais, e a fisioterapia não reconhece o trabalho da enfermagem como científico e, portanto, de valor.

Cabe lembrar que em função da fisioterapia ter surgido da medicina, o atual comportamento da fisioterapia de valorização de tudo aquilo que é científico corresponde à herança da medicina que parte da premissa máxima que todo ato deve ser realizado tendo como base evidências científicas previamente determinadas. A fisioterapia neste sentido demonstra total identificação com o modelo biomédico e tende a reproduzi-lo. No relato de F9 a seguir, percebe-se que o fisioterapeuta valoriza a UTI como um local de projeção social dentre os profissionais da saúde, pois é lá que se tem acesso ao conhecimento científico em detrimento de outras áreas, mesmo hospitalares, que não tem o mesmo peso de valorização:

A UTI valoriza por algumas questões: como o ambiente de área física restrita, tu convive com várias pessoas, que pode ter conflitos, mas tu faz várias trocas, tu passa conhecimentos, recebe outros, tu tem que tá sempre em dia com as questões técnicas e científicas, e o elogio chega com mais freqüência. Quem trabalha em hospital e passa pela UTI sente que é um local mais nobre, onde as coisas acontecem de uma maneira mais legal, essa coisa do conhecimento, da tecnologia ao teu alcance, do convívio social e científico legal. (F9)

No mesmo sentido, F6 aborda a diferença de tratamento entre colegas fisioterapeutas que atuam em UTI e os que não atuam em UTI. Os que atuam em UTI se consideram mais valorizados, pois desenvolvem competências técnicas calcadas na cientificidade que segundo eles, não ocorre com os demais fisioterapeutas:

Tem uma relação dentro da UTI e a relação dos fisioterapeutas fora da UTI. Existe uma sensação de superioridade do fisioterapeuta da UTI em relação ao do andar. O fisioterapeuta fala para o médico: não manda para o andar porque não vai ter o mesmo atendimento da fisioterapia. Como o fisioterapeuta que atua na UTI se sente com uma competência desenvolvida dentro da UTI mais específica e como ele permanece lá, é porque esta competência, esta exigência, tem sido correspondida. A passagem de plantão é quase que festiva, todo mundo se sente muito bem por fazer parte da UTI. O pessoal chega mais cedo e sai mais tarde para poder ter meia hora de passagem de plantão para poder conversar, ter uma discussão, uma qualificação técnica-científica, fazer um planejamento dos pacientes. E existe uma discriminação de fisioterapeutas que atuam em outras UTIs que são menores, por que se supõe que se a UTI é menor, a qualificação técnica deve ser menor também. Porque existe uma cobrança técnica científica, de leitura de artigos já discutidos, de ida a congressos anualmente. Tem que ir aos congressos, senão parece desinteresse. (F6)

4.3.5 Relações de cooperação no trabalho do fisioterapeuta

Para analisar as relações de cooperação do fisioterapeuta com os médicos e enfermeiros deste estudo, os conceitos de Dejours (1997) se mostram pertinentes. Este autor entende que as relações de cooperação são construídas a partir da possibilidade de haver a noção de contribuição-retribuição simbólica fundada nas relações de confiança entre os membros de um coletivo.

Segundo o autor, a confiança não se fundamenta nas competências psicológicas, mas nas competências éticas. Portanto, está associada à palavra dada e ao comportamento que a segue, ou seja, trata-se do respeito à promessa. A partir da relação de confiança, valores são compartilhados na equipe de trabalho, assim como o compartilhar de atividades que produz determinadas normativas de trabalho que sem elas não seria possível haver a cooperação e a idéia de coletivo.

Na UTI se faz necessário ter uma relação de confiança plena entre os integrantes da equipe básica com o propósito do trabalho em cooperação, pois as ações nem sempre são feitas com debate prévio, já que conforme a urgência da situação, a tomada de decisão deve ser imediata. Portanto, para se atuar de forma coletiva, em cooperação, os membros devem confiar no trabalho de seus colegas e saber o que cada colega tem a contribuir. Desta forma, exige-se que saibam o papel e que reconheçam o valor de cada colega no todo do trabalho. E para isto, faz-se necessário a convivência entre os membros da equipe.

Em algumas UTIs foi verificado o trabalho em cooperação entre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Não quer dizer que nestas UTIs exista o trabalho cooperado sempre, mas de fato existe o trabalho cooperado entre alguns profissionais que estabeleceram a relação de confiança. Pois como o trabalho da UTI não pára, é contínuo, existem várias equipes formadas por profissionais com diferentes turnos e escalas, que, conforme a convivência, desenvolvem o trabalho cooperado ou não.

Portanto, sendo a convivência entre os profissionais a condição para o desenvolvimento do trabalho cooperado, entende-se que a presença do fisioterapeuta exclusivo ou com maior tempo de permanência na UTI favoreça a cooperação. No relato de E1 é possível observar a importância do convívio como forma de conhecer as rotinas e os colegas para então poder fazer parte da equipe:

A gente vê que tem pessoas que não têm a menor condição de atender em UTI. Então tem que ter uma visão mais ampla. Não sei se é com treinamentos, se com especialização, se com cadeiras mais específicas na faculdade. E, além disso, tem que ter experiência. Então a fisioterapeuta nova tem que acompanhar a fisioterapeuta mais antiga para pegar a rotina. Tem que conhecer o fisioterapeuta, porque não é só a formação que diz, a relação de confiança é essencial. E isso se aplica para todo mundo. Ninguém, nem médico, nem enfermeiro, nem fisioterapeuta pode entrar atendendo na UTI, tem que fazer um tipo de estágio antes para ter a experiência. Hoje a gente tem as fisioterapeutas que a gente de alguma forma escolheu que ficariam e já estão há muito tempo conosco, porque a gente tem confiança nelas. (E1)

Da mesma forma que a enfermagem, a medicina aponta a importância de estabelecer uma relação de confiança com a fisioterapia como possibilidade de trabalho em equipe. Na UTI XII, onde M2 atua, é comum os médicos solicitarem por algum fisioterapeuta específico para que siga acompanhando seus pacientes. Este movimento existe pela relação de proximidade que se estabeleceu naquela UTI entre profissionais, ou seja, à medida que médico e fisioterapeuta passam a se conhecer melhor nas relações de trabalho, procuram manter a parceria como busca da eficiência da assistência, como pode ser visto no relato a seguir:

Mas a gente tem por hábito não apenas prescrever a fisioterapia, como solicitar um determinado profissional. Porque acontece muito a questão da relação de confiança que é conquistada pela experiência, pelas atitudes mais seguras e pela competência. É valorizada a relação na UTI, de parceria, de eficiência, que tem resultados, que tem benefícios. É fundamental tudo isso para a gente reconhecer o profissional digno da indicação. A fisioterapeuta tem que nos informar, tem que falar com a gente, tem que transmitir as informações, isso faz o vínculo. (M2)

Em consequência da relação de confiança que se estabelece com a equipe de trabalho, os profissionais acabam estabelecendo relações de parceria que não ocorrem com outros profissionais que não adquiriram tal relação de confiança. Os entrevistados recorrentemente apontaram que o que garante a relação de cooperação não é o fato de o trabalhador ter determinada formação, mas de ter uma relação de confiança adquirida na convivência, como pode ser percebido no relato a seguir:

Na prática o médico delega absolutamente para o fisioterapeuta, mas isso porque tem uma relação de confiança no trabalho com aquele fisioterapeuta. Aqui funciona a coisa mais nas pessoas, no fisioterapeuta, e não tanto na fisioterapia, na profissão. Não é consolidado que a fisioterapia pode, mas que o fisioterapeuta “x” e “y” podem. Então, até quem vai para a UTI é meio escolhido a dedo. E às vezes um novo na UTI não pode fazer certas coisas até

provar que sabe mesmo, a não ser que tenha sido residente aqui antes, porque daí já era conhecido da residência, era treinado. O crescimento do fisioterapeuta dentro da UTI está muito mais no fisioterapeuta do que na fisioterapia. (F10)

Através da confiança o trabalhador passa a compartilhar o trabalho com seus colegas de mesma formação ou não. No momento que existe o compartilhar, não apenas se compartilha atividades, mas acima de tudo responsabilidades. Na UTI, quando existe uma relação de cooperação, médico, enfermeiro e fisioterapeuta passam a compartilhar responsabilidades da assistência, como pode ser percebido no relato a seguir:

A relação com outros profissionais se torna muito boa por serem equipes menores. A cada início de turno, se discute o planejamento do dia com a minha enfermeira e o meu médico, de forma dialogada, de todos os pacientes – esse paciente está assim então a gente vai fazer isso. Também existem os rounds, que não são diários. Antigamente existia o round de toda a UTI, hoje são individualizados por equipes. Hoje existe uma divisão de equipes por leitos e por complexidades (alta, média e baixa). Cada equipe (médico, enfermeira e fisioterapeuta) é responsável por se reunir e discutir o planejamento do tratamento de cada paciente que é responsável. (F11)

E a forma de se compartilhar o trabalho é através de canais de comunicação que se abrem entre os distintos profissionais, seja através de *rounds* ou de conversas informais junto ao leito do paciente ou nas mesas de trabalho dos profissionais localizadas normalmente na região central da UTI ou ainda através dos prontuários (manuais ou eletrônicos) dos pacientes. Através do compartilhar de informações e vivências se torna possível compreender como cada profissional traduz a situação de trabalho e possibilita a construção de um plano de tratamento único para o paciente, como pode ser visualizado nas falas a seguir:

Nos últimos dois anos entraram muitos fisioterapeutas e a gente tem uma relação muito boa de troca. A gente trabalha em equipes fixas e roda a cada dois meses. Isso facilita a troca de informações porque a gente trabalha com o mesmo médico, o mesmo fisioterapeuta. No dia-a-dia a gente sempre tenta, na medida do possível, que cada profissional saiba qual seu plano de tratamento para aquele paciente, para isso a gente tenta fazer *rounds* multiprofissionais com a participação dos médicos. O *round* médico sempre tem a cada hora – residente e preceptor – neste *round* a gente tenta se incluir, mas nem sempre dá para participar. Mas senão a gente faz outro encontro. Então a gente está sempre a par de qual é plano de tratamento, se é de desmame ou não, se tira o paciente da poltrona ou não. E a gente dá a nossa opinião e conta quantas vezes tivemos que aspirar pela noite. A gente tenta manter esta troca de informações e participar do plano de tratamento do paciente. (E8)

Muito frequentemente o fisioterapeuta acompanha o paciente todos os dias. Eu sou plantonista, então quem está lá me passa as informações. Porque nem todos os médicos se dedicam muito na eficiência da passagem de informações em prontuário. Então a fisioterapeuta ajuda muito nisso, porque ela

vai me dizer: não doutor, esse paciente não tem condições de desmame, está com a musculatura ainda enfraquecida, não vai agüentar sem a ventilação. As informações dos fisioterapeutas são muito válidas, porque ali tem uma observação melhor neste sentido. As tomadas de decisão então são coletivas, em parceria. Às vezes a gente toma esta decisão sozinhos, mas quando é por causa de uma cirurgia com recuperação rápida, então a gente extuba direto – tira o respirador, coloca em ayre e extuba. Até mesmo a fisioterapeuta pode fazer sozinha, sem nem mesmo vir falar com a gente, porque já sabe que nestes casos a evolução é rápida. Mas nos casos mais complicados, a decisão é coletiva. (M2)

Observou-se nos relatos dos profissionais que atuam de forma coletiva a intenção de construção conjunta do plano de tratamento e do processo de tomada de decisão. O plano de tratamento corresponde às estratégias utilizadas para a recuperação do paciente internado na UTI. Para ser tomada alguma decisão, compete aos profissionais reunir o máximo de informações possíveis acerca do problema para então pensar a causa do adoecimento e a forma de reverter ou manter o quadro clínico do paciente. A partir da definição do plano, parte-se para a ação terapêutica. E ainda, ao longo da intervenção terapêutica, compete aos profissionais envolvidos estarem atentos para alterações clínicas do paciente de forma a saber se existe a necessidade de repensar o plano de tratamento ou não. No relato de M10 a seguir, percebe-se a importância que este médico atribui para a relação com fisioterapeutas no processo de definição do plano de tratamento e intervenção terapêutica uma vez que já vivenciou a comparação de atuar em uma UTI sem este profissional:

Temos uma relação boa, discutimos todos os casos com eles. Não tem como ser diferente. Nós precisamos das informações deles e eles das nossas e assim a gente tem condições de tomar decisões juntos para resolver os problemas dos pacientes. Já trabalhei em outra UTI que o fisioterapeuta não era presente e não tínhamos as informações necessárias para o início do processo do desmame, resultado disso, tínhamos um índice de reintubação muito grande, porque não tínhamos critérios para extubar. (M10)

Alguns profissionais utilizaram a expressão multidisciplinar e interdisciplinar para explicar como era a rotina assistencial na UTI, a exemplo de M9:

O ambiente de saúde é um ambiente interdisciplinar. Cada vez mais temos mais profissionais trabalhando e as decisões e as condutas não são mais como há alguns anos, quando as decisões eram essencialmente médicas. Existe uma série de profissionais na UTI cada um fazendo um pedaço do serviço para tentar resolver os problemas dos pacientes. Eu não gosto do termo multidisciplinar porque o meu trabalho não tem uma fronteira bem demarcada em relação ao do outro profissional. Nós temos campos de interseção, somos então interdisciplinares, trocamos informações. Existem áreas que fazem parte tanto da minha atuação, quanto da atuação do fisioterapeuta. Do fisioterapeuta e do enfermeiro. Do enfermeiro e do nutricionista. Do nutricionista e do médico.

Precisamos interagir com todos os profissionais. E o fisioterapeuta faz parte desta equipe, um profissional treinado, capacitado para atuar junto à gente e chegar a nossa atividade fim que é trabalhar com pacientes graves. Então a tomada de decisão é interdisciplinar. O fisioterapeuta participa do processo de tomada de decisão em relação a parâmetros e modos ventilatórios. Nós fazemos/decidimos em conjunto isso. Da mesma forma nós discutimos das condições do paciente poder iniciar o processo de desmame ou não em conjunto. (M9)

A idéia de trabalho interdisciplinar corresponde a uma maneira de atuar que envolva diferentes profissões (disciplinas científicas¹⁰) de forma integrada. A lógica está na complementaridade dos saberes de cada profissional que contribui para o olhar ampliado sobre o paciente em análise. Já o trabalho multidisciplinar significa a composição de um grupo de diferentes profissionais que não se articulam, que atuam de forma isolada em relação a um mesmo foco (ALMEIDA FILHO, 2005). Traduz-se que a atuação profissional interdisciplinar possa ser equivalente a noção de trabalho cooperado em um coletivo de profissionais. Já o trabalho multidisciplinar poderia ser equiparado a um grupo de profissionais sem compartilhamento do trabalho.

No relato de E8 a seguir, percebe-se que o trabalho interdisciplinar é o objetivo do trabalho em UTI, mas que é difícil de ser alcançado pelas relações entre os diferentes profissionais com diferentes formações e vivências pessoais:

Eu acho que no final é a idéia de grupo, de tolerância, de querer entender a equipe, as fronteiras, se é que elas existem, falta entender o conceito de interdisciplinaridade. Mas esse é o problema de todos os profissionais da saúde. Porque se faz assim: se coloca todo mundo numa sala e se pressupõe que se saiba trabalhar em equipe, se imagina que vão todos sabendo atuar junto, mas não, o que mais tem é a cara feia para ti por qualquer coisa... e isso me incomoda muito. Eu acho que aqui já é uma referência em se tratando de equipe, mas eu sei que muito ainda tem a ser melhorado. Porque as pessoas não sabem interagir. Mas eu vejo que dependendo da pessoa, da formação e da personalidade, talvez, as coisas podem se tornar ainda piores, as pessoas ficam fechadas. Eu entendo que dependendo da “formatação” que tu tiveste na faculdade pode facilitar ou não. Porque como normalmente tu aprende o teu fazer sem a interação, quando tu te forma, tu é largado junto com outros profissionais e não sabe como trabalhar com eles. Ninguém nos ensina a trabalhar em equipe, isso a gente aprende no trabalho, na marra. Eu aprendi na residência, na prática. (E8)

No trabalho cooperado a tomada de decisão em relação a procedimentos assistenciais passa a ser articulada entre os diferentes profissionais. Uma das formas de articular as ações

¹⁰ Disciplina científica, de acordo com Luz (2004), representa um campo particular de afirmações de saber científico, um domínio de enunciados científicos em um campo específico de “objetividades”, ou seja, de construção de objetos de discurso. A multiplicação de disciplinas é a característica mais importante da racionalidade moderna que não apenas procura explicar a realidade, mas também a modelar.

está na elaboração de forma conjunta de protocolos assistenciais. Os profissionais se reúnem previamente e elaboram, com base em achados científicos, procedimentos padronizados para que no momento em que a situação ocorrer já saibam como conduzir. Quando os protocolos são feitos de forma conjunta, naturalmente a assistência se apresenta de forma cooperada, como pode ser percebido no relato de E8 quando descreve a rotina da implementação de um protocolo assistencial:

A gente tem um protocolo de desmame da ventilação mecânica, então isso é muito automático. Como a gente já sabe do round do dia anterior e então já sabe do plano prévio se a infecção tá controlada, se tem sensório ou não, se o balanço tá negativo... e da passagem da noite, a fisioterapia já vai avaliando os pacientes pela manhã. Se a fisioterapia ver a indicação já abre o protocolo. Não acontece da gente chegar, decidir a extubação e o médico chegar depois, isso não acontece. Mas acontece da gente já ter feito todos os testes, ter a liberação dos testes da extubação, e com o aval do médico final a gente extuba. O disparo de início do desmame é da fisio e da enfermagem e a decisão é junto com a medicina. Depois disso cada profissional deve, a partir disso, desempenhar seu papel, o POP (operacionalização padrão), a enfermagem deve ter o cuidado do posicionamento, deve preparar o material para a reintubação. O médico deve ficar ao redor, porque se houver a necessidade de reintubar é com o médico. E o ato de extubar é com o fisioterapeuta. O enfermeiro fica junto com o fisioterapeuta para auxiliar no desinsuflar do balonete, enfim... (E8)

Alinhado ao relato da enfermeira acima, F5 demonstra como é atuar em uma UTI que os protocolos foram idealizados coletivamente, resultando em uma assistência integrada entre os profissionais. Todos sabem seus papéis que foram previamente acordados e atuam de forma coletiva:

Existe essa integração entre equipe. Então, claro que esta não é uma tomada de decisão só nossa da fisio: o paciente está lá, faço o teste, vejo que se pode extubar e extubo. Não, existe uma interdisciplinaridade nisso, todos dão opinião, a enfermeira dá opinião, o médico dá opinião, e a gente também opina e daí a extubação acontece. Isso é formalizado no protocolo, que todos devem participar. (F5)

O uso dos protocolos assistenciais pode ser considerado como o emprego de tarefas prescritivas aos profissionais no trabalho. Contudo, tais tarefas prescritas transformam-se em atividades subversivas no instante que o profissional avalia a necessidade de sair do protocolo. Compete ao profissional que está na implementação do protocolo avaliar se o paciente se enquadra na regra ou não. Caso contrário, o profissional deve reavaliar a ação e reconduzir a terapêutica. Isto apenas é possível de ser feito pelo fisioterapeuta ou enfermeiro na UTI se houver uma relação de confiança entre os integrantes da equipe. Pois a subversão

da regra deve ser apoiada pelos demais colegas para que seja mantido o trabalho cooperado. O que ocorre neste caso é que a equipe confia que o profissional que vivencia o problema tem competência para resolver a situação. Desta maneira, visualiza-se que o trabalho cooperado surge na elaboração coletiva dos protocolos assistenciais, na implementação, e no apoio à subversão deles. Na fala a seguir percebe-se como o F3 vivencia os protocolos assistenciais na rotina de trabalho:

A gente tem protocolo de aspiração, de higiene brônquica, os de posicionamento e os próprios protocolos de atendimento específico fisioterapêutico. E os protocolos de ventilação mecânica, de desmame a gente participa junto na elaboração deles. Os protocolos não são rígidos, mas as rotinas são pré-estabelecidas de pós-operatório, então o paciente é extubado até tal hora, senta tal dia, com as pernas para baixo tal hora, saia da cama, caminha distância tal, medicação no primeiro dia,... Claro, que isso quando está tudo bem, mas se não consegue, por exemplo, ser extubado no período previsto, já sai do protocolo, se torna pessoal. Se tiver alguma complicação, uma paralisia diafragmática, já se torna uma atitude individualmente, de acordo com tua experiência. O protocolo não prevê tudo. Se tem algum problema, a gente que tem que saber como conduzir. A gente participa da elaboração dos protocolos e ela acontece no dia-a-dia. À medida que a gente acha um estudo atual que modifica o que a gente tem feito, se leva a discussão para o grupo. A gente não faz um estudo para poder afirmar, mas a gente discute o que outros estudos nos mostram como fazer, daí a gente tenta implementar, se dá certo a gente segue, mas se a gente acha que não tá dando certo, a gente volta atrás e volta a trabalhar com as indicações anteriores. E é claro que tudo depende de com quem se está trabalhando. Tem médicos mais difíceis de lidar, mas divergentes. Mas mesmo estes tem uma auto-crítica. No outro dia eles voltam e reconhecem, de uma forma constrangida, que aquilo que a gente sugeriu se podia ser feito, já que tinha lido mais sobre o assunto. Então a gente tem uma voz, não é uma total independência, mas um bom relacionamento. Talvez porque eu já tenho mais tempo de UTI, não acontece com quem tem pouco tempo de UTI. É uma relação construída, de estar lá, de participar, de entender o processo que está acontecendo. E acho que quem faz isso hoje em dia tem um caminho aberto para chegar lá, já de muito tempo já está aberto. (F3)

Nos relatos dos entrevistados foi possível perceber que existem várias dinâmicas de trabalho no que se refere à elaboração dos protocolos. Anterior a entrada dos fisioterapeutas na UTI o uso de protocolos estava mais centrado no uso de determinadas rotinas terapêuticas medicamentosas. Desde que o fisioterapeuta passou a ser membro da equipe básica de UTI, outras rotinas passaram a ser protocoladas já que passaram a ser compartilhadas com mais profissionais, ademais de haver certa tendência atual em protocolar as rotinas assistenciais em UTI. Os fisioterapeutas têm se envolvido em vários protocolos, tanto aqueles relacionados às rotinas em comum aos diversos profissionais, quanto a protocolos de aplicação das técnicas fisioterapêuticas que são de aplicação exclusiva destes profissionais, mas que depende do

apoio dos demais colegas para sua aplicabilidade. Nestes últimos protocolos apareceu a tendência em apresentar os protocolos para os demais membros da equipe para aprimorar as interfaces terapêuticas entre os profissionais médicos e enfermeiros antes de implementá-los.

A percepção de alguns médicos que atuam de forma cooperada é que o fisioterapeuta tem participado ativamente na elaboração e implementação dos protocolos contribuindo para a rotina assistencial:

Tem vários protocolos aqui e os fisioterapeutas participam sempre da elaboração. Eu entrei quando eles já estavam prontos e eu sei da participação deles na elaboração. Eu não participei da elaboração. Então eles dominam bem os protocolos, participam da elaboração e da implementação deles. (M3)

Contudo, a visão da enfermagem mostrou-se um pouco diferente, mesmo nas UTIs onde foi demonstrado haver trabalho cooperado, como pode ser percebido a seguir:

A maioria das vezes alguns idealizam o protocolo e depois apresentam para a equipe, porque se a equipe não aderir não tem como funcionar. O protocolo é para todos. Então, por exemplo, o protocolo de ventilação não invasiva foi idealizado pela fisioterapia. E ficou que eles têm muito mais domínio sobre esta técnica. Eu te confesso que eventualmente tem alguns constrangimentos, quando algum enfermeiro ou médico vai fazer alguma coisa e fica um pouco confuso, parece que se tornou só um ato do fisioterapeuta. Que eu penso que não, né? Talvez nesta ânsia da defesa de um espaço... Hoje a partir das 22hs ainda não existe o fisioterapeuta e se a gente não puder manusear a não-invasiva, como faremos com o paciente? Está previsto que o fisioterapeuta vai passar para tempo integral aqui dentro ... Mas esse clima não é bom... porque o que importa é a integração, né? Não vejo boa esta fronteira entre os atos em UTI. (E8)

Como o protocolo foi montado pelos fisioterapeutas, eles devem estar presentes no desmame e na extubação. É mais comum o médico não estar presente do que o fisioterapeuta não estar. Essa é a grande queixa dos enfermeiros, porque não fazer junto esse protocolo de desmame e de extubação? Porque eles fizeram sozinhos, donos e senhores e vieram nos mostrar. Mas porque a gente não poderia ter feito juntos? (E7)

Parece que os fisioterapeutas têm procurado, a partir dos protocolos, definir sua atuação profissional constituindo desta maneira a sua jurisdição. Ou seja, procuram ligar o conhecimento de sua profissão ao trabalho através de algum controle sobre o tipo de trabalho e sobre as condições de exercício da atividade, como já conceitua Abott (1988). Contudo, esta postura tem melindrado as relações com a enfermagem que se sente não participativa do processo de elaboração do protocolo e ainda com restrição de atuação, dificultando a possibilidade de trabalho cooperado.

Além destas maneiras de interpretar a participação dos fisioterapeutas na elaboração e implementação dos protocolos, neste estudo também foi relatado por médicos e enfermeiros que os fisioterapeutas se envolvem nos protocolos da UTI, mas não têm seus específicos:

Eles se envolvem bastante nos protocolos, até no protocolo de parada. Eles ajudam na rotina de parada. Não sei se eles têm protocolos específicos deles, mas sei que se envolvem com os da equipe médica e da enfermagem. Eu vejo uma credibilidade da equipe médica em relação aos fisioterapeutas, eles têm muitos estudos e trabalhos em conjunto. Por exemplo, junto à enfermagem, tem um protocolo de 30° de cabeceira para evitar as pneumonias e esse é o dedo da fisioterapia, porque foi iniciativa deles. A gente só implementa na rotina. (E3)

Tem protocolos aqui e o fisioterapeuta participa de vários. O de desmame foi todo feito com a fisioterapia. O de parada o fisioterapeuta participou também, fora outros. Não só a fisioterapia, mas todos participaram. Não sei se eles têm protocolos só deles. (E2)

Os fisioterapeutas participam de alguma forma dos protocolos da UTI, mas eles não têm protocolos próprios, eles aplicam o que aprenderam e trouxeram da graduação, a menos que eu saiba. Acho que a atuação deles é orientada pela graduação. (M1)

Contudo, em todas as UTIs onde os fisioterapeutas participaram de alguma forma na elaboração dos protocolos de rotinas da UTI, havia no relato dos fisioterapeutas que também era elaborado protocolos próprios da fisioterapia. Realidade esta que denota o desconhecimento da equipe em relação à atuação dos fisioterapeutas.

Ainda em relação aos protocolos, foi freqüente o relato de os fisioterapeutas se envolverem com a equipe médica em especial para a construção destes protocolos. É na relação com a medicina que os fisioterapeutas têm encontrado parceria para construir rotinas e repensar terapêuticas, como pode ser percebido nos relatos a seguir:

A fisioterapia tem protocolos. Por exemplo, tinha uma fisioterapeuta que fez um protocolo de medição do índice de tobin para extubação e que já está em uso. Ou seja, sempre é chamado o fisioterapeuta para poder verificar as medidas de tobin, de quantificação de volume de ar corrente, para poder decidir a extubação. Este protocolo foi feito em conjunto com a equipe médica e com a fisioterapeuta chefe da UTI. (M8)

Os protocolos de desmame de ventilação mecânica foram construídos pelos fisioterapeutas que depois nos trouxeram para debate e adequações entre equipes, uma lapidação. (M9)

Eles fizeram o protocolo de desmame e a gente depois ajudou a deixar “redondo”. Mas o maior trabalho foi deles. Nesse protocolo eles passam a se responsabilizar pela medição de vários parâmetros para sabermos se o paciente está em condições ou não de desmame e de extubação. (M10)

Pode ser traduzida esta tendência de aproximação maior da fisioterapia em relação à medicina em função do modelo assistencial centralizado no profissional médico. Pois é fato que a responsabilidade médica sobre o paciente é maior que a responsabilidade da enfermagem e da fisioterapia. E o fisioterapeuta parece fazer uso desta realidade na busca por apoio na definição de sua jurisdição. E ainda, também pode ser compreendido pela maior identificação dos fisioterapeutas com o profissional médico. No relato a seguir de F1, percebe-se a identificação do fisioterapeuta com o conhecimento e a linguagem médica, além do reconhecimento da responsabilidade médica em relação ao serviço da UTI:

O conhecimento do fisioterapeuta da UTI é muito parecido do conhecimento do médico, não na área de farmacologia, isso não, isso é domínio da medicina e ponto final, mas na área de ventilação mecânica, de modo ventilatório, de quanto de pressão está sendo instituído, isso é compatível com conhecimento do médico, mais do que da enfermeira. Porque o paciente às vezes tá dessaturando e a enfermagem vai lá e aumenta o oxigênio, mas ele tá dessaturando por quê? Talvez ele nem possa receber um grau de oxigênio tão alto, porque é um DPOC e ele nunca vai saturar como um não DPOC e então não adianta. O médico não faria isso nem o fisioterapeuta, mas a enfermagem faz.

Cada um tem a sua identidade e a sua importância dentro da UTI. A enfermagem tem importância na questão de higiene, de curativos, de cuidados essenciais do paciente. O fisio tem os cuidados relacionados à parte respiratória, pulmonar, de movimentação e mobilização precoce, sentar, colocar na poltrona, nessa parte de desmame atua bastante, na ventilação não invasiva. E o médico nessa questão farmacológica e do ventilador mecânico, de entubar, reanimar paciente, de cuidar de monitorização.

A divisa entre o médico e o fisioterapeuta existe, mas a troca é muito maior com o médico do que com a enfermagem. Porque a enfermagem não te entende, a gente incomoda muito a enfermagem. Às vezes a gente vai sentar o paciente e a enfermagem acha que não tem que sentar, vai colocar em pé e também acha que não é para ficar em pé. A linguagem com a medicina é a mesma, mas a diferença principal é a responsabilidade. Porque o médico responde por qualquer coisa, por uma dieta, por exemplo, se der algum problema, ele que é o responsável e não o nutricionista. O mesmo para a fisio, se o paciente fizer uma parada durante a fisio, ele responde por isso, porque foi ele que prescreveu a fisio. Ele assume todos os riscos. A questão que diferencia também é a questão do domínio teórico. O médico tem um domínio muito maior do que o fisioterapeuta nas questões relacionadas a hemodinâmicas, eletrolíticas, de funções renais, digestivas, suas inter-relações... a gente até aprende muito destas coisas, mas a gente não aprende isso tanto como o médico na formação. (F1)

Ficou claro neste estudo que no instante que os membros que compõem uma equipe de trabalho apresentam relações de confiança e que passam a compartilhar as atividades e responsabilidades, passam a atuar de forma cooperada e ter a percepção de coletivo. É na percepção de coletivo que o trabalhador passa a se sentir pertencente ao local de trabalho, contribuindo para o processo de construção de sua identidade no trabalho. Nos relatos a seguir

é possível perceber como um indivíduo passa a se sentir como um trabalhador juntamente a seus demais colegas:

Tem uma ótima relação com o pessoal da nutrição, com a enfermagem é espetacular. Claro que é muito uma questão de vínculo, né, é na tua área e no teu turno. Tanto a questão de ajuda, de troca, de questionamento. No que tu muda de área já fica um pouco difícil, né, mas assim, naquele teu espaço todo mundo te respeita e te chama para qualquer coisa. Então, a enfermagem te chama se o paciente está dessaturando. Sem dúvida a relação que a gente tem, faz eles respeitarem a fisioterapia. Então hoje a gente vem fazendo já há dois anos a cada seis meses um treinamento em serviço para os técnicos e enfermeiros de ventilação não-invasiva, invasiva, de processo de desmame, de posicionamento, de aspiração, de oxigenioterapia, de aerossol terapia, que pecinha se deve usar no circuito, isso a gente vem fazendo. Porque aqui tem sempre gente entrando nova, é muito cíclico. Por isso eu me sinto parte absolutamente da UTI. (F5)

Logo que eu entrei aqui eu tive na minha integração uma tarde com os fisioterapeutas para me mostrar os respiradores, me falaram da limpeza, do manejo, então na minha admissão eu tive esse contato. Como aqui eles trabalham muito diretamente com a gente, foi bem legal. Eles são de casa, participam das comemorações, das confraternizações. (E3)

Na UTI a convivência é de uma maneira muito boa, saudável, por ser um ambiente fechado, as mesmas pessoas. A convivência tem que ser boa para dar certo. A gente faz parte do grupo da UTI. Aqui o cliente está no meio e nós cercamos ele e todos temos alguma participação sobre o doente a partir de determinado saber nosso, mas muito do nosso saber está vinculado ao outro e o outro sabe disso. Então de alguma forma todos entendem o saber do outro. O grupo então pega junto, a idéia de equipe mesmo. Mas tem aquela coisa da questão pessoal, quando a equipe não vai com a cara de alguém, não dá a liga. (F9)

Contudo, em algumas outras UTIs não foi verificado o trabalho em cooperação, apesar de todos trabalharem em um mesmo espaço físico restrito. A exemplo desta constatação observou-se a alienação de fisioterapeutas e enfermeiros em relação ao plano de tratamento do paciente. Nestas UTIs o médico é centralizador do todo das informações e delega aos demais profissionais os objetivos a serem alcançados por cada um. O enfermeiro e o fisioterapeuta têm por responsabilidade passar informações aos médicos e alcançar os objetivos traçados pela equipe médica em relação à assistência do paciente. É apontado por muitos enfermeiros e fisioterapeutas uma conquista saber qual o plano de tratamento que foi definido pela equipe médica, e ressentem-se por não fazer parte do processo de construção do plano, como pode ser percebido a seguir:

A minha conduta é sempre ir conversar com o médico assistente e dizer da minha sugestão de mudança dos parâmetros de ventilação mecânica, sempre uma sugestão, porque na UTI é uma atividade estritamente do médico. Daí

converso com o médico sobre a situação clínica do paciente e sugiro sobre outro modo ventilatório, enfim, daí ele altera ou não. Eu até posso ir mudar, mas se ele concordar. Mas normalmente o médico que faz isso. Na extubação, o que eu posso te responder... na verdade acontece exatamente assim...eu não estou presente na hora do plano de tratamento. Depois do plano de tratamento que eu sou chamada para fazer a fisio antes de extubar, para extubar. Então eu faço parte do plano de tratamento, mas não participo da elaboração dele. Normalmente as crianças são extubadas depois da fisio, mas nem sempre. Na verdade quem tem total controle da situação é o médico, porque ele tem o controle dos medicamentos, né. Porque quando a criança começa a acordar tem que extubar. Mas sempre que surge alguma situação que eu perceba que a criança está se agitando, acordando, eu aviso que já está na hora de extubar. (F4)

Normalmente a gente conversa de forma informal sobre alguns pacientes, não de todos pacientes, para saber sobre os planos de tratamento dos pacientes. Ah, os planos é de extubar, ter alta... Normalmente se sabe os planos de tratamento, mas em geral a troca é com o médico e não com o enfermeiro. Mas isso se deve por uma maior facilidade de se comunicar com alguns médicos, por uma questão pessoal, que eu me dou bem com algumas pessoas em especial, não por uma formalidade de toda a equipe. Então daí a gente conversa enquanto se evolui e a gente conversa sobre os pacientes, mas não que exista uma preocupação de nos passar o plano de tratamento. Não é uma orientação da equipe médica em passar as informações. As informações vêm por ter uma boa relação de trabalho com aquela médica. Tanto é que nem todas as minhas colegas têm isso. (F3)

A ausência de protocolos assistenciais foi verificada neste estudo como um fator que dificultou o trabalho cooperado. Entende-se que não exista a obrigatoriedade dos protocolos para que haja o trabalho cooperado, pois basta a equipe manter-se em comunicação em uma relação de confiança e compartilhamento que o coletivo se constrói. Contudo, quando não há protocolos e muito menos a integração necessária entre os profissionais para existir a noção de coletivo, acaba por ser vivenciada uma situação de vulnerabilidade da assistência pela insegurança de seus trabalhadores, como pode ser visto a seguir:

Não vejo muita interação do fisioterapeuta com a enfermagem para acompanhar os parâmetros de ventilação mecânica. Não vejo essa preocupação de integração. Não vejo eles alterando nos parâmetros de ventilação, nem sei se eles acompanham isso. Eles não participam do desmame, nem da extubação... O próprio médico que faz isso, mas não vejo que eles também se dedicam muito. Eles tiram da ventilação, colocam em ayre um pouco e pronto, extubam e vão embora e a gente fica com o paciente, morrendo de medo de dar algo errado... faltava gente para ficar com o paciente. Eles (os médicos) não têm essa preocupação. Porque não temos protocolos de ventilação mecânica, de desmame, nem de extubação. É uma loucura, chega a dar suador na gente. Porque é interessante, pois é um hospital escola, então é interessante que não fazem protocolos, seria mais tranquilo para os alunos da medicina. E a fisio então não se envolve nessa loucura. (E4)

Confirmando a idéia de que a presença de protocolos não garante o trabalho cooperado, foi relatado existir UTIs que possuem protocolos da enfermagem, da medicina e da fisioterapia. Ou seja, não existem os protocolos da UTI, mas de cada grupo de profissionais. É amenizada a situação uma vez que se tem o intento de apresentar os protocolos entre os diferentes grupos com o propósito de tomada de conhecimento dos protocolos entre colegas e de harmonização das rotinas. A medicina em especial parece se dedicar mais a conhecer todos os protocolos, provavelmente pela responsabilidade atribuída a este profissional na garantia da resolubilidade da assistência. Nas falas a seguir percebe-se que nestas UTIs não se trata de um coletivo, mas de grupos de trabalhadores que trabalham em um mesmo ambiente:

A equipe da enfermagem tem todos os protocolos, os médicos quase não têm protocolos. E nos protocolos da enfermagem, muita coisa envolve a fisioterapia. A fisioterapia tem feito os dela. Não tem um protocolo feito em conjunto, mas é procurado ter alguma harmonia entre os protocolos. Então sempre se consulta o protocolo da outra equipe para ver se tem mudanças para alterar o nosso protocolo. (E1)

Aqui tem alguns protocolos. O fisioterapeuta elabora os de respiratória, o de desmame, só. Não sei se ele está pronto ou não. A enfermagem não se envolve nesse protocolo. Depois tem outros protocolos só da enfermagem e que a fisio não se envolve. E ainda tem os protocolos da medicina que são de responsabilidade deles. A medicina que procura conhecer um pouco dos protocolos nossos e da fisioterapia. (E6)

Quando não existe a relação de cooperação entre os profissionais, ou seja, não há relações de confiança, de compartilhamento e de pertença ao trabalho, passa a existir situações de competição e de boicote que dificultam ainda mais a possibilidade do trabalho coletivo. No relato a seguir de E7, percebe-se que a fisioterapia, na intenção de proteger seu trabalho dentro da UTI, acaba por guardar materiais dentro de armários que a enfermagem não tem acesso:

Durante muito tempo a ventilação não invasiva era do enfermeiro, quando entraram os fisioterapeutas, eles assumiram este papel, mas acontece que tem horários que não tem o fisioterapeuta pela noite e vira um papel do enfermeiro de novo. Então, se bom, se temos que alterar, ajustar, melhorar, temos que pensar junto, e isso não existe. Tem ensaios sobre, mas não é o fazer da equipe daquele jeito. Tem coisas de a máscara estar chaveada dentro de um armário que só o fisioterapeuta tinha a chave. Então fora do horário da fisioterapia, como se faz? Claro que eles devem ficar muito possuídos também quando de repente alguma coisa que eles esperam da enfermagem e que não é feito... E isso não é problema de um profissional, não. É problema do serviço, é falta de comunicação, temos que sentar e conversar. E isso não é uma coisa que

se aprende nas graduações, né? Quais são as aulas junto que se têm, né? As novas diretrizes curriculares da fisioterapia, da enfermagem e da medicina são iguais, mas no final não se entrelaçam na prática. (E7)

Ou ainda a fisioterapia tende a não compartilhar conhecimentos com a enfermagem, em especial conhecimentos que não são reconhecidamente os mais valorizados em UTI, aqueles relacionados aos aspectos motores do paciente. Ou seja, o fisioterapeuta não valoriza a atenção motora no paciente de UTI, mas também não compartilha este conhecimento com a enfermagem com o receio de perder este espaço:

Acho que poderia ser melhor é o envolvimento dos fisioterapeutas na parte de mobilização do paciente, porque eles poderiam nos dar dicas de como a gente cuidar melhor. Eles têm mais conhecimento disso que a enfermagem e parece que não querem se envolver muito... deixam para a gente que não sabe tanto. (E3)

Mas tem uma coisa que eu tenho percebido: é uma reserva de mercado. Tem coisas que o fisioterapeuta faz e que não quer ensinar para mais nenhum outro profissional para se tornar imprescindível. Eu não concordo com isso, mas é assim que acontece. (F6)

No mesmo sentido, F4 relata que a enfermagem não confia no trabalho da fisioterapia por não saber o que o fisioterapeuta faz e quais os efeitos sobre o paciente:

O maior impasse é sempre com a enfermagem. Por exemplo, acesso venoso: sempre que a criança perde acesso, a culpa é da fisioterapia. A enfermagem associa a piora do paciente com a fisioterapia, nunca a melhora. A maioria das vezes não tem solução. Já falei com médico para intervir em um atrito com uma enfermeira que falou mal de mim para uma mãe de paciente. Eu reclamei da falta de ética da enfermeira e o médico foi tirar satisfação com a enfermeira. Mas não posso fazer isso sempre, porque senão seria todo dia. O conflito é sempre em relação ao manuseio do paciente. A enfermagem não tem a menor idéia do efeito da fisioterapia no paciente. Então quando o paciente chora depois da fisioterapia, a enfermagem não tem como dizer que houve uma falha. Existe apenas uma transferência de responsabilização do porquê do choro por desconhecimento. Porque assim como existe uma iatrogenia do enfermeiro, existe a do fisioterapeuta. Então, eu não queria deixar a criança cansada e disfuncionada, assim como tu não queria picar dez vezes a criança para pegar o acesso. A enfermeira só entende os problemas dela e os dos outros ela não entende. E a medicina, por uma questão de cultura, nunca se assume as falhas, se diz que é a evolução normal da doença. Nunca o médico vai dizer que errou. (F4)

E a enfermagem demonstrou neste estudo reconhecer a resistência que oferece à fisioterapia quando tenta se inserir nas rotinas por não entender o que esta profissão pode oferecer:

Eu mesma já olhei para fisioterapeuta que se aproximou para ajudar na parada e fiz uma cara assim: 'que tu tá fazendo aqui?' E isso tá sendo alterado com a residência porque quando tem a integração a gente se dá por conta que eles poderiam ficar na ventilação e eu posso daí dar conta de outras coisas. Os cristais estão sendo deslocados... E trabalhar com enfermeiro é muito chato, é muito prepotente. Não é só a fisioterapia que não quer se integrar, a gente também é fechado. (E7)

Conforme E7, o fisioterapeuta entrou na UTI buscando seu espaço através do conhecimento científico, e a enfermagem procura manter o seu espaço através do controle da rotina de trabalho:

O que falta é a comunicação e a integração de equipe, acaba virando uma disputa de poder de quem manda mais. E o fisioterapeuta entra na UTI sozinho em contraponto a enfermagem que está em uma equipe, mas que ele vai precisar desta equipe para trabalhar. E isso pode gerar uma dificuldade. Eles agem assim - se impondo pelo conhecimento sobre a enfermagem para dominar a situação. E então eu uso o conhecimento da rotina da UTI para gerar poder. A enfermagem não é fácil, tá, pode escrever isso, não é fácil. Porque tem uma briga de quem acha que horário é melhor para sentar um paciente. E essa é uma linha muito tênue para ser rompida.

A diferença do olhar do fisioterapeuta e do enfermeiro sobre a assistência demonstrou ser outro fator que dificulta o trabalho cooperado. O fisioterapeuta, como já foi dito acima, se identifica com o médico no que se refere ao trabalho a partir de evidências científicas e, por conseguinte, tende a pensar de forma tecnicista e objetivada em relação ao paciente. Já a enfermagem, não deixa de lado a cientificidade, mas acaba por dedicar-se mais ao cuidado e acolhimento do paciente. Por este motivo, a enfermagem demonstrou não ter uma relação de confiança em relação à fisioterapia por não perceber os mesmos valores assistenciais. Igualmente, os fisioterapeutas descreveram a enfermagem por vezes como uma profissão sem maior valor por não atuar com rigor científico. No relato a seguir é visualizada a percepção da enfermagem sobre a questão:

Eles têm uma visão muito repartida do paciente, eu acho muito difícil trabalhar com eles. Eles vêem o paciente como um grande pulmão e a ventilação mecânica, é isso que interessa. É o olhar do fisioterapeuta sobre a enfermeira é de que a enfermeira se dedica a um cuidado não muito qualificado de assistência, abaixo da fisioterapia. O fisioterapeuta tende a ter uma identificação muito forte com a medicina, com as tecnologias, com os modos ventilatórios, e pouquíssima identificação com os enfermeiros. Por exemplo, nos estudos médicos, os fisioterapeutas sempre se interessam, e os da enfermagem eles nunca se interessam. (E7)

Em contrapartida, também apareceu alguns relatos da medicina e da enfermagem sobre a baixa efetividade do trabalho da fisioterapia na UTI. Tais relatos tendem a uma desvalorização do saber e do trabalho do fisioterapeuta nesta unidade. Mediante esta percepção da medicina e da enfermagem, não existe a noção de coletivo, de trabalho em equipe entre estes três profissionais, pois não há confiança e compartilhamento do trabalho, como pode ser visto no relato a seguir:

O serviço de fisioterapia vem a UTI pela manhã e pela tarde para realizar os atendimentos prescritos. O que a gente espera que seja feito é que mobilize um pouco o paciente e que tente uma higiene brônquica. Tudo além disso é lucro, pois a gente não espera mais. Então, como eu posso dizer, se eles não vierem, acredito que os técnicos de enfermagem possam aspirar bem o paciente e trocar o paciente de decúbito no leito e tudo certo. No final, a verdade é que não faz muita diferença. Mas como eles existem aqui no hospital, a gente prescreve para eles virem e auxiliarem. No final, o que acontece, eles são poucos para muitos pacientes, então às vezes eles nem vem atender a todos os pacientes, não dão conta. (M16)

Nesta UTI, F13 percebe a ausência de valorização do seu trabalho e admite que com o tempo passou a se acomodar e não se atualizar profissionalmente, vivenciando a cada dia a piora de sua relação com a equipe médica e os enfermeiros. Esta fisioterapeuta aponta os técnicos de enfermagem os únicos a valorizarem o trabalho da fisioterapia, pois são apenas eles que assistem seu atendimento ao paciente:

Eu acho que sou valorizada pelos técnicos de enfermagem, porque o pessoal costuma dizer – que bom que tu veio... que já chegou... Mas me sinto desvalorizada, porque por mais que eu faça, que eu me dedique, parece que não enxergam o que eu faço (os médicos e enfermeiros). Eu até gosto de trabalhar aqui... mas eu tenho auto-crítica... eu me acomodei na parte teórica... eu pretendo me atualizar para eu me sentir bem. O que me ajudou por muito tempo aqui foi a minha relação com um colega fisioterapeuta do serviço que me dava um amparo, mas agora que ele tá se aposentando, terei que me virar. (F13)

Nos relatos acima de M16 e F13 percebe-se que existe uma forma diferente de identificação da fisioterapia que não é com a UTI, mas com o serviço de fisioterapia. Em muitos hospitais ainda prevalece esta relação do fisioterapeuta com o serviço da fisioterapia e não com a UTI. O fisioterapeuta não pertence ao coletivo da equipe básica da UTI, mas pertence ao grupo de fisioterapeutas que se revezam para ir à UTI. Este sentimento de não pertença à UTI e sim ao serviço da fisioterapia dificulta a relação com os profissionais médicos e enfermeiros no processo de conquista da confiança de seu trabalho.

4.3.6 Autonomia no trabalho do fisioterapeuta

Para analisar a autonomia do fisioterapeuta frente aos médicos e enfermeiros atuantes de UTI, opta-se por resgatar o conceito de Freidson (1998) que aponta como condição para haver autonomia ter controle sobre a definição de conteúdo de trabalho e da avaliação técnica garantida pelo conhecimento especializado do profissional que é formado pelo conhecimento formal abstrato e pelas relações de trabalho. Assim como o conceito de Dejours (1993) acerca de autonomia como uma conquista nas relações de trabalho, mediante a possibilidade de trabalho cooperado e com o devido reconhecimento de seu valor para a organização.

Os autores acima permitem que seja interpretada a autonomia como uma maneira de trabalhar que depende do olhar do outro que confere o reconhecimento e a confiança na capacidade do trabalhador de assumir determinada responsabilidade. Ou seja, para que o profissional tenha autonomia nas relações de trabalho, é necessário que seja realizado em cooperação com os demais membros da equipe de trabalho, caso contrário, não é considerado um trabalho com autonomia.

Desta forma, a autonomia apresenta uma dimensão operacional, pois remete à rotina de trabalho, à possibilidade do trabalhador de assumir responsabilidades e controlar elementos da tarefa, métodos, etapas, procedimentos, programações, critérios e objetivos; uma dimensão identitária, já que contribui para que o indivíduo construa uma imagem de si a partir de uma relação de trabalho em cooperação; e ainda uma dimensão social, que significa dizer que através do trabalho o indivíduo é reconhecido socialmente (ROSENFELD, 2008). Enfim, autonomia é a viabilidade de, em um coletivo, exercer uma atividade, conforme o conhecimento e a experiência, subvertendo a tarefa prescrita com o consentimento dos demais trabalhadores colegas.

Ao exercer a autonomia, Dejours (1997) aponta que o trabalhador passa a acrescentar algo de singular na organização prescrita. Ocorre que, segundo Rosenfield (2008), esta autonomia exercida pode se transformar em outorga de autonomia ou mesmo em heteronomia. Autonomia outorgada seria quando o trabalhador passa a ter que mobilizar subjetivamente toda e qualquer característica que não tem como ser prescrita, mas que contribui para a execução da tarefa, como iniciativa, esperteza e agilidade. Já a heteronomia é quando a autonomia passa a ser uma ordem a ser seguida, pois a criação foi incorporada à

norma. Como opção para a situação de subversão ou burla da regra, o trabalhador pode optar por esconder ou apresentar à sua hierarquia sua iniciativa. Nesta segunda possibilidade, caso seja uma subversão eficiente, provavelmente será incorporada a prescrição sem o indivíduo receber o reconhecimento devido, perdendo o status de autonomia real (capacidade de criação e de tomada de iniciativa), mas caso não tenha sucesso, corre-se o risco de ser punido pela quebra da regra.

Pensar a autonomia da fisioterapia é uma tarefa difícil, pois não é possível classificar autonomia para uma classe profissional, já que a autonomia é avaliada conforme as relações que se apresentam em determinado trabalho em equipe. Por este motivo, faz-se necessário pensar a autonomia dos fisioterapeutas que atuam nas UTIs com os demais profissionais. Neste estudo, em uma mesma UTI, diferentes relatos foram registrados pelos profissionais demonstrando a variabilidade de possibilidades que podem ocorrer conforme o reconhecimento e as relações de cooperação entre trabalhadores.

A autonomia, portanto, é algo a ser conquistado na relação entre colegas e superiores hierárquicos. O trabalho com autonomia do fisioterapeuta está ligado, essencialmente, ao julgamento de utilidade e de beleza que o médico confere. O fisioterapeuta depende, portanto, da relação que tem com o médico intensivista que está trabalhando no mesmo turno, a possibilidade de exercer suas atividades com maior ou menor autonomia.

No relato de E3 é possível visualizar como a autonomia do fisioterapeuta está atrelada ao médico intensivista e à experiência de trabalho na UTI:

Eles têm uma preocupação com os parâmetros de ventilação e observam as reações do paciente para ver se está adequado. Então se eles vêem algo a ser alterado, eles discutem com a equipe médica para então alterar. As alterações acontecem mais durante o dia, acho que porque pela noite tem mais os novatos. Pelo dia tem os com mais experiência e que se envolvem mais. Pela noite a preocupação mais é a higiene brônquica. (E3)

Conforme o médico que está trabalhando no mesmo turno do fisioterapeuta, este se permite tentar subverter a regra, mas o faz sempre entrando em contato com o médico, nunca sozinho. Se o médico não oferece abertura para a possibilidade de subversão, o fisioterapeuta não propõe adaptações à terapêutica do paciente. Trata-se de uma subversão, já que existe uma prescrição médica da terapêutica que o fisioterapeuta deve cumprir.

A integração que existe entre a fisioterapia e a medicina na assistência do paciente em ventilação mecânica é percebida pela enfermagem com certo ressentimento por não ser

convidada a discutir sobre os parâmetros ventilatórios dos pacientes em equipe. A enfermagem descreveu o fisioterapeuta e o médico como os profissionais que se envolvem nestas questões, não inserindo a enfermagem no processo de tomada de decisão, como pode ser visto:

Eu vejo eles fazendo o desmame, mas quem puxa o tubo é o médico. Eles são bem atuantes, eles modificam, alteram os parâmetros, tem uma boa relação com os médicos. Eu sempre vejo eles se reportarem aos médicos, não sei se é uma orientação da chefia deles, eles discutem junto a decisão do paciente. Esta troca não existe com a enfermagem, eu, como gosto disso, tenho minhas opiniões sobre ventilação mecânica. Mas eles não vêm discutir com o enfermeiro, eles vão conversar com o médico. (E2)

Cabe salientar que a tomada de decisão final sobre a ventilação mecânica de um paciente costuma estar nas mãos do médico, ou seja, o fisioterapeuta procura no médico a oportunidade de poder compartilhar opiniões, conhecimentos e experiências com o intuito de trabalhar de forma cooperada. E é esta a autonomia que o fisioterapeuta vivencia: a autonomia de subverter uma regra e apresentá-la ao médico para que seja implementada.

Assim sendo, a autonomia do fisioterapeuta tende a ser classificada como heteronomia, pois a cada iniciativa que tem, apresenta ao médico que passa a incorporar como uma regra a ser seguida pela rotina da UTI, como pode ser visto a seguir:

O fisioterapeuta tem uma autonomia muito grande, mas não no mesmo nível que a medicina, não é uma autonomia plena, equivalente. Por exemplo, na extubação, se o fisioterapeuta não indica a extubação, mas o médico quer extubar e extuba, não tem muita repercussão. Mas o contrário, se o fisioterapeuta é a favor da extubação e o médico é contra e se mesmo assim o fisioterapeuta for lá e extubar, a repreensão para o fisioterapeuta é muito maior. Então, eu me questiono qual é o nível de autonomia do fisioterapeuta. Na situação limítrofe, a opinião do médico prevalece. (F6)

Nos relatos dos profissionais entrevistados observou-se que em situações do fisioterapeuta sugerir ao médico algum procedimento que não havia sido prescrito, se não houver a concordância do médico, o fisioterapeuta não poderá executar. E ainda, se o fisioterapeuta executar o procedimento e depois comunicar ao médico, pode existir o risco do médico pedir que o fisioterapeuta volte ao paciente e retorne os parâmetros de ventilação aos anteriores, ou ainda, do fisioterapeuta ser colocado em situação de constrangimento por não ter consultado o médico antes. Nos relatos de F10 e F5 a seguir é possível visualizar como ocorre a rotina destes fisioterapeutas no trabalho:

A gente tem protocolos na UTI, então o fisioterapeuta tem autonomia para alterar os parâmetros da ventilação mecânica, mas como rotina, deve ser discutido com o médico. Então, eu vejo a necessidade, altero, observo que o paciente ficou bem, vou ao médico, comunico a mudança, ele estando de acordo, registra-se a alteração. Outra situação, altero, observo, vou discutir com o médico, se ele achar melhor voltar para o parâmetro anterior, posso argumentar, se ele insistir, devo voltar aos parâmetros anteriores, mesmo que seja desconfortável para o paciente. Então, naquele momento eu não consigo fazer valer meu ponto de vista, o que precisa, ir discutir em equipe, argumentar e então conseguir o aval para fazer a alteração proposta. Mas isso... 98% das vezes este procedimento é nosso... mas é importante a gente discutir e ouvir a posição do médico porque ele tem uma noção do paciente que eventualmente a gente não tem que é medicamentoso, metabólico, porque a gente não tem esta formação. Mas é importante dizer que a ventilação é toda conosco. O mesmo para extubação, a gente verifica a necessidade, indica, discute com o médico e o fisioterapeuta conduz o processo de extubação e em 98% das vezes é a gente que extuba mesmo. O médico entuba e a gente ajuda se estiver por perto. E o médico segue observando a resposta do paciente em relação à ventilação mecânica fazendo os ajustes. O tempo de ventilação mecânica de pós-operatório é de em torno de 4hs. Desde o momento que entrou na UTI passa a ser responsabilidade do fisioterapeuta também o paciente em ventilação mecânica. (F10)

Normalmente se eu vejo a necessidade de alterar, eu mudo e depois aviso. Pela questão da contaminação, se não tiver ninguém perto de mim, não posso ver que precisa a alteração, tirar o avental descartável, ir discutir com a equipe, colocar novo avental e fazer a mudança. Então, eu faço a mudança e depois comunico e discuto. Nem que depois se mude de novo, mas isso raramente acontece. E na extubação, converso com a equipe, inicia-se o processo de testes. A fisioterapia, assim como a medicina pode iniciar o processo de extubação. Acontece que geralmente a medicina que começa os testes para a extubação porque eles são em maior número entre contratados, residentes e doutorandos, então às vezes a gente chega de manhã e já se iniciou. Mas a gente também pode sugerir e iniciar o processo. Assim como eu entro junto no processo, então na hora da fisioterapia, se o paciente já está em condições, se extuba durante nosso atendimento. (F5)

Percebe-se que toda iniciativa do fisioterapeuta passa pelo aval médico que pode transformar a autonomia em heteronomia ou cercar a tentativa do fisioterapeuta de subversão da regra. Os protocolos de desmame do paciente da ventilação mecânica, por exemplo, foram elaborados pela fisioterapia em parceria com a medicina. Nestes protocolos é formalizado o conhecimento científico e a experiência dos fisioterapeutas para organizar as rotinas. Estando este protocolo em acordo com a equipe médica, ele passa a ser autorizado e vira a regra da UTI por aval médico. Nestes casos de desmame, dentro do quadro clínico previsto pelo protocolo, o fisioterapeuta pode iniciar procedimentos sem a autorização médica por estar previsto na regra. A autonomia nesta situação está na iniciativa que o fisioterapeuta tem em protocolar seu trabalho e receber o aval médico para agir sem ter que a cada passo pedir autorização. No relato de M6 a seguir é possível ver esta condução em relação aos protocolos,

assim como também é possível ver que existem alguns fisioterapeutas que têm, por exemplo, o aval médico de mexer em parâmetros de ventilação mecânica:

A rotina da ventilação mecânica é praticamente nossa, a fisioterapia participa mais no desmame. O ato de extubar acontece em menos de 10% dos fisioterapeutas, são os mesmos que ventilam o paciente bem. Agora, no desmame eles têm mais autonomia, até porque eles participaram dos protocolos e as funções ficaram claras de cada profissional. Os protocolos são elaborados em conjunto com a fisioterapia, então todo mundo sabe o que se tem que fazer. Os protocolos de ventilação não invasiva foram elaborados essencialmente por eles. É papel deles esta função. (M6)

Estes 10% de fisioterapeutas a quem o médico confere a possibilidade de extubar e ventilar o paciente, apenas assim são autorizados por terem já conquistado a confiança destes profissionais após um tempo de convívio no trabalho. O fisioterapeuta recém contratado não tem esta liberdade, apenas os com mais tempo de trabalho. Todavia, quando conquistada esta confiança da equipe médica, o fisioterapeuta ganha o status de poder responder por situações problema, como pode ser visto a seguir:

A equipe médica vem e me diz para eu não me preocupar com as questões de ventilação e que qualquer coisa eu chame o fisioterapeuta do turno que ele dá conta, então eu não me envolvo, só chamo o fisio. (E3)

É muito comum fisioterapeuta mudar os parâmetros e depois apenas comunicar a equipe. Todo o manejo da ventilação mecânica eles têm plena autonomia. E no final eles sabem qual médico que precisa ser comunicado em breve por uma boa política, qual médico aceita. A gente tem aqueles médicos que vêem como um problema, mas isso acontece cada vez menos, porque os médicos têm visto que eles sabem o que fazem e que as ocorrências são muito esporádicas, menores que antes deles. Eu atribuo que no momento que aumentou o número de fisioterapeutas na UTI e o trabalho tem se mostrado eficiente, eles têm ganhado espaço de trabalho, porque a equipe médica tem conhecido como o pessoal trabalha. (E8)

O fisioterapeuta ao ganhar a confiança da equipe médica passa a ser respeitado em relação ao seu trabalho e tem o aval de participar mais ativamente no processo de definição do plano de tratamento do paciente, sendo propiciada desta maneira a possibilidade de criação, de tomada de iniciativa em relação a uma situação problema. No relato a seguir é percebido que o médico acaba conferindo o direito do fisioterapeuta de pertencer à equipe interdisciplinar para conduzir a terapêutica na UTI:

O fisioterapeuta faz as aspirações de material de aspirado traqueal, de culturas. É cargo do fisioterapeuta a maior parte do trabalho para o desmame da ventilação mecânica do paciente em UTI. As condições para o desmame e as

adequações das aferições são discutidas entre médicos e fisioterapeutas. Mas o processo do desmame e as formas de medições são feitas de acordo com o protocolo de desmame, feito pelos fisioterapeutas. A tomada de decisão é feita após as medições feitas pelos fisioterapeutas e discussão com a equipe médica e da fisioterapia. A tomada de decisão é interdisciplinar. O fisioterapeuta participa do processo de tomada de decisão em relação a parâmetros e modos ventilatórios. Nós fazemos/ decidimos em conjunto isso. Da mesma forma nós discutimos das condições do paciente poder iniciar o processo de desmame ou não em conjunto. (M9)

Foi observado também que esta postura do fisioterapeuta de ter que se reportar ao médico e esperar dele o aval para a tomada de iniciativa, apesar de ser apresentada eventualmente como um problema, pois limita a criação, também é percebido como uma segurança, como pode ser visto no relato de F10:

O fisioterapeuta tem muita autonomia, até demais às vezes, porque se corre muitos riscos lá. Tem gente que acha que é super herói e toma medidas inapropriadas por excesso de confiança. Por isso que se tem protocolos que devem ser cumpridos... não se arrisca sozinho em uma UTI. Se discutido em grupo, podemos tomar uma decisão mais ousada, mas daí é uma tomada de decisão coletiva. Não existe uma regulamentação, teoricamente a gente não poderia estar fazendo o que está fazendo. Teoricamente, invasivo é o tubo, é o ar que eu coloco para dentro. Então seria ato do médico. Mas acontece que ao colocar ar para dentro a gente tá trabalhando a função respiratória, que é ato fisioterapêutico. Então, a gente atua, de acordo com estes limites, graças a Deus, sob a supervisão do médico. Porque na prática o médico delega absolutamente para o fisioterapeuta, mas isso porque tem uma relação de confiança no trabalho com aquele fisioterapeuta. Aqui funciona a coisa mais nas pessoas, no fisioterapeuta, e não tanto na fisioterapia, na profissão. Não é consolidado que a fisioterapia pode, mas que o fisioterapeuta “x” e “y” podem. Então, até quem vai para a UTI é meio escolhido a dedo. E às vezes um novo na UTI não pode fazer certas coisas até provar que sabe mesmo, a não ser que tenha sido residente aqui antes, porque daí já era conhecido da residência, era treinado. O crescimento do fisioterapeuta dentro da UTI está muito mais no fisioterapeuta do que na fisioterapia. (F10)

De qualquer maneira, ficou claro que mesmo quando o fisioterapeuta tem que previamente requerer autorização médica para realizar algum procedimento, existe uma relação de confiança entre estes profissionais. Pois se não houvesse, não haveria nem a possibilidade de intervenção do fisioterapeuta. De fato, existe a confiança de que o fisioterapeuta saberá conduzir a situação problema, como pode ser percebido no relato de M3:

Raramente eles mexem na ventilação por conta, o que acontece é eles virem discutir com a gente antes. Sempre é discutido previamente. Mas eles sabem mexer e ter controle do ventilador. Então não existe insegurança no que o fisioterapeuta vai fazer. O que existe é a centralização das informações, alguém precisa ser esta pessoa. (M3)

A autonomia do fisioterapeuta em UTI, portanto, está interligada ao médico que confere a possibilidade de criação. Quando existe a criação do fisioterapeuta na rotina assistencial do paciente, este profissional assume parcialmente a responsabilidade pela evolução do paciente. É parcial em decorrência da retaguarda que a equipe médica oferece a qualquer eventualidade, desde que tenha sido tomada a decisão de forma coletiva, compartilhada. Decisão esta que pode ser através de um protocolo previamente consentido ou uma relação de confiança que garanta ao fisioterapeuta a tranquilidade que o médico assinaria junto o procedimento.

Em contrapartida, nas UTIs em que não existe tal relação de confiança entre os fisioterapeutas e médicos, o fisioterapeuta tende a ter menos autonomia no processo de tomada de decisão terapêutica do paciente. Compete ao fisioterapeuta nestes casos conduzir uma terapêutica que tem o objetivo traçado pela equipe médica. Ou seja, a equipe médica, mediante as informações fornecidas pela fisioterapia e pela enfermagem, reúne todos os dados para construção do plano de tratamento e delega a cada profissional qual a incumbência de cada um para que o plano tenha sucesso, como pode ser visto a seguir:

As fisioterapeutas participam, diariamente, dos *rounds* nos dando retorno da evolução do paciente e a gente dá os dados que a gente quer de ventilação mecânica e de fisioterapia motora. A gente orienta o tipo de atuação que a gente gostaria se motora, respiratória, se motora e respiratória e o tipo da decisão da fisioterapia que será adotada é decidido em *round* junto com a gente para saber como conduzir. (M8)

O fisioterapeuta não mexe nos parâmetros de ventilação mecânica, nem a gente mexe. Só o médico intensivista mexe. Mas eles ajudam no processo do desmame porque é importante uma fisioterapia bem feita antes para começar o desmame e colocar em ayre. E logo antes de extubar também é bom, porque daí se tem certeza que vai ficar bem. Mas como não tem sempre um fisioterapeuta aqui junto, tem situações que o paciente não faz a fisioterapia. Quem extuba é o médico intensivista, sempre. (E10)

A minha maior autonomia é poder dizer se faço ou não fisioterapia, mesmo o médico chamando, e o médico respeita minha decisão e ainda o número da prescrição, se duas, quatro ou cinco vezes ao dia. O que me incomoda, por exemplo, é não atuar na ventilação invasiva, nesta situação, é longe de qualquer tipo de autonomia. Porque às vezes o médico não tem um bom conhecimento de mecânica e de modos ventilatórios, ventila mal as crianças e eu não tenho o que fazer, ele não aceita nada de sugestões... a maioria das vezes eu nem falo nada. (F4)

Os fisioterapeutas que vivenciam a situação de não ter espaço para ser ouvidos em relação às suas percepções da terapêutica de um paciente e ainda não poderem participar

ativamente nos parâmetros de ventilação mecânica atribuem como um objetivo a ser alcançado na rotina daquela UTI, como F18 relata:

Tem coisas que desvalorizam a gente, por exemplo, não poder mexer na ventilação mecânica. Aqui quem mexe é só o médico. A enfermagem parece que se acostumou com a idéia, mas a fisio não. A gente pensa em formas de mudar isso, mas acredito que fundamentalmente a gente venha a mudar isso mostrando nosso conhecimento e buscando a confiança de todos no trabalho.

Não havendo espaço para o fisioterapeuta no processo de tomada de decisão da terapêutica de um paciente, resta a este profissional o controle sobre a técnica fisioterapêutica para alcançar o objetivo proposto pela equipe médica. Por exemplo, quando a equipe médica identifica que o paciente apresenta uma atelectasia pulmonar, o médico intensivista prescreve fisioterapia respiratória ao paciente em prontuário e procura orientar dialogicamente o fisioterapeuta sobre o que espera da fisioterapia - o médico solicita que o fisioterapeuta realize a reexpansão pulmonar e indica a ventilação não-invasiva. A partir deste momento, o fisioterapeuta ganha autonomia em como irá aplicar a técnica fisioterapêutica e passa a ser respeitado por saber conduzir esta situação melhor que qualquer outro profissional atuante na UTI.

O controle sobre a aplicação da técnica que fica sob responsabilidade do fisioterapeuta resulta de uma caminhada de conquistas na relação com médicos e enfermeiros de UTI. Nem sempre o controle sobre as técnicas fisioterapêuticas se apresentou como atualmente existe. No relato de F2 visualiza-se a conquista do controle de algumas técnicas:

Quando eu entrei aqui a ventilação mecânica não invasiva não era feita por nós e hoje já é exclusivamente feita por fisioterapeuta e a parte de coleta do exame de escarro era uma coisa que não era feita por nós e hoje é durante a fisioterapia que se faz. Então já tem pequenos atributos que são exclusivos do fisioterapeuta que eu participei de uma árdua conquista. Então todo paciente hoje que senta fora do leito é com a fisioterapia, para colocar colar cervical é com a fisioterapia.

O que se pode observar neste estudo é que o fisioterapeuta apresenta controle sobre as técnicas que são atualmente reconhecidas como sendo deste profissional. As técnicas que o fisioterapeuta hoje não tem controle são aquelas que são compartilhadas com médicos e enfermeiros, como se percebe no relato de F3:

Os saberes dos profissionais da saúde que atuam em UTI se confundem, porque tem que saber de ventilação mecânica, de posicionamento, de

movimentação, de medicação, de clínica. Mas o fisio tem a responsabilidade com a movimentação do paciente, com a manutenção da função pulmonar, com a higiene brônquica de uma maneira mais efetiva. É o fisio o profissional que tem a capacidade de entender que tipo de exercício, que intensidade e que frequência que o paciente precisa fazer.

No aspecto respiratório, o fisioterapeuta detém controle sobre as técnicas de higiene brônquica (na mobilização e retirada da secreção pulmonar) e na reexpansão pulmonar (melhora da ventilação do pulmão). Já no aspecto motor, o controle está na mobilização articular geral e no treinamento muscular do paciente. Secundariamente, foi percebido no estudo o fisioterapeuta ter controle sobre o uso da ventilação mecânica não-invasiva, de alguns ajustes na ventilação mecânica e do desmame e extubação do paciente. Estas foram as respostas que os médicos e enfermeiros mais deram ao serem questionados por esta pesquisa em relação às atribuições dos fisioterapeutas (figura 8, p.85). Então o fisioterapeuta pode dizer que tem autonomia no controle de tais técnicas porque os outros profissionais reconhecem desta forma. Nos relatos a seguir é possível ver que o controle sobre as técnicas é resultante do reconhecimento que o fisioterapeuta tem de seus colegas médicos e enfermeiros:

Identifica mais as questões respiratórias, né... aspectos da secreção, se o paciente está fazendo uma infecção, na ventilação, o grau de força, sensibilidade, movimentos. Podemos perceber muitas coisas, mas os médicos também podem perceber, porque eles estão em cima, avaliando sempre. Mas higiene brônquica e reexpansão pulmonar é certo que é da fisioterapia. Por exemplo, Atelectasia é certo que é da fisio. Posso colocar uma ventilação não-invasiva, mas o ideal é fazer a fisioterapia, vou reverter o quadro muito mais rápido e eficientemente. Depois posso colocar a não-invasiva que vai ficar show. Então, chegou o raio, viu a atelectasia, chama a fisio. A equipe reconhece este papel muito. (F5)

Na eliminação de secreção, só o fisio é capaz de efetivamente fazer higiene brônquica. E isso é percebido por todos. Tanto que se o fisio não consegue, eles dizem que ninguém mais conseguirá, porque só o fisioterapeuta sabe fazer. A mesma coisa colocar em ortostase, de tirar do leito e colocar em pé. A primeira vez quem faz é o fisioterapeuta, depois disso, os outros já sabem como fazer com aquele paciente e daí se faz, não necessariamente com o fisioterapeuta, mas isso porque já aprenderam. Dependendo da equipe que estiver no momento, a ventilação mecânica está chegando no mesmo nível da higiene brônquica. Porque às vezes apita e não sabem o que fazer e chamam o fisioterapeuta. (F6)

Contudo, quando o fisioterapeuta apresenta uma aparente liberdade em executar, por exemplo, técnicas de higiene brônquica, mas não tem o reconhecimento dos demais profissionais em relação a estas condutas, tampouco o trabalho é realizado em cooperação, entende-se que seja uma autonomia desprovida de valor, ou ainda, uma autonomia relativa.

Pois a autonomia real só pode ser assim nomeada se houver o olhar do outro confiando nesta atividade. No relato a seguir há a ausência de reconhecimento sobre o fazer do fisioterapeuta, o que permite dizer que este profissional tenha uma autonomia, porém relativa, desprovida de valor:

Eu tenho autonomia, eu nunca fui questionado em relação a minha técnica, ao tempo de atendimento. O máximo que existe é questionar se faz uma, duas, três vezes ao dia... Acho que um pouco é porque acredita no nosso trabalho, porque acha que a gente vai fazer direito, mas também porque não sabe o que é a fisioterapia, não conhece a técnica, então acaba não ultrapassando a questão ética de não se meter no trabalho do outro. Se eu não me meto no trabalho do médico, concordando ou não, eles também não se metem no nosso. (F8)

De fato, este fisioterapeuta executa as técnicas fisioterapêuticas com certa liberdade, pois não há alguém cerceando seu trabalho. Mas este trabalho, para os demais profissionais, é tão desprovido de valor, que nem representa um risco para o paciente. Desta forma, eles concedem espaço de atuação ao fisioterapeuta não por reconhecimento, mas por não valorização do impacto da técnica sobre o paciente. É tão desprovido de valor, que nem mal pode fazer.

Nas situações em que o fisioterapeuta conquistou a autonomia no trabalho, observou-se que foi por meio do julgamento de utilidade conferido pelos médicos. Já a enfermagem demonstrou sentir-se incomodada com a conquista de autonomia da fisioterapia, pois vinha tentando ganhar a confiança médica para, por exemplo, alterar parâmetros de ventilação mecânica, mas que antes disto, assistiu o fisioterapeuta conquistar a autonomia que almejava. A reação de alguns enfermeiros ao serem questionados sobre as atribuições dos fisioterapeutas era de descaso ou deboche. Quando E1 foi questionada se o fisioterapeuta participa do processo de extubação, a enfermeira disse “nem pensar” e deu uma gargalhada que pode ser traduzida por uma percepção de total incapacidade do fisioterapeuta em participar deste processo e depois afirmou: “tudo que envolve a ventilação mecânica incluindo intubação, desmame e extubação é papel do médico, nem a enfermagem ajuda.” Contudo, um pouco depois a mesma enfermeira disse que os médicos têm delegado algumas funções para os fisioterapeutas em relação à ventilação mecânica invasiva e não-invasiva:

Hoje eu vejo que o fisioterapeuta está atuando um pouco mais livre do que há pouco tempo atrás. Agora o fisioterapeuta tem um pouco mais de liberdade, conquistaram um espaço. Deus o livre antes o fisioterapeuta mexer nos parâmetros de ventilação mecânica ou bipap sem o médico autorizar, nem a

enfermeira mexe. Quem mexia só era o médico. Agora o fisioterapeuta é chamado para instalar o bipap ou ajustar a ventilação mecânica, antes o médico instalava e a enfermagem fazia os ajustes conforme orientação do médico. Agora os médicos têm passado para os fisioterapeutas assumirem. Mas claro que eles ficam em cima, né? E a gente deixou de fazer um pouco. (E1)

4.3.7 Conhecimento do profissional fisioterapeuta no trabalho

O conhecimento, de acordo com Freidson (1998), é um fator importante para a conquista da autonomia de um profissional nas relações de trabalho. Este autor nomeia de conhecimento especializado a combinação do conhecimento formal abstrato adquirido na formação de nível superior às relações de trabalho vivenciadas pelo profissional. No mesmo sentido, Abbott (1988) refere que o conhecimento do profissional é aquele que garante a ligação entre a profissão e o trabalho, ligação esta denominada de jurisdição, e que se constitui de um saber científico acadêmico inserido em uma prática.

De maneira complementar, Schön (1983) alega que o conhecimento do profissional não é apenas acadêmico e abstrato, mas também voltado para situações de ordem prática, de forma a ser capaz de identificar e resolver problemas nas atividades de trabalho. A contribuição de Schön está em considerar este conhecimento caracterizado pela capacidade do trabalhador em refletir na ação e sobre a ação, ou seja, refletir enquanto age e depois da ação na busca do aprendizado para a eficiência de uma mesma situação ou outra semelhante que possa vir a ocorrer. Este talento de reflexão, segundo o autor, deve estar combinado ao conhecimento científico abstrato que contribui para a tradução e resolução da situação vivenciada. Apesar de Perrenoud (2002) dizer que nem todos os problemas são resolvidos pelo saber científico, existe o consenso entre os autores já citados que este conhecimento é capaz de caracterizar um profissional nas relações de trabalho.

Neste estudo, optou-se por não assumir a idéia da formação de nível superior como condição para a caracterização de um profissional, pois se entende que para ser um profissional deve existir um conhecimento que o caracterize nas relações de trabalho e que contribua para uma autonomia e responsabilidade diferenciada, mas que pode ser adquirido e desenvolvido a partir de outros processos de formação, não exclusivos de um tipo de formação.

Contudo, ao entrevistar os profissionais deste estudo, foi possível perceber o valor que é atribuído à formação de nível superior como condição para atuar em UTI com alguma responsabilidade. Os profissionais que compõem a equipe básica de UTI e que não assumem responsabilidades sobre as rotinas e os pacientes são os técnicos de enfermagem que não possuem formação de nível superior. Compete a estes trabalhadores apenas a execução de tarefas repetitivas por vezes marcadas por esforços físicos e desgaste emocional.

Tanto para médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, não apenas a formação de nível superior é importante para o fisioterapeuta atuar em UTI, como também a especialização *lato sensu*. Foi observada uma valorização da formação continuada por estes profissionais como uma maneira de oferecer qualidade na assistência. Alguns fisioterapeutas não apenas têm especialização como também estão realizando ou já têm concluído mestrado acadêmico e poucos já iniciaram doutorado. O fato é que existe o movimento de busca pelo conhecimento científico através da formação continuada. Conhecimento científico este que se caracteriza pela capacidade de compreensão do processo fisiopatológico do adoecimento do paciente e das opções terapêuticas existentes, bem como pela capacidade técnica prática treinada de aplicar o conhecimento especializado de sua profissão na assistência ao paciente. Desta forma, o conhecimento científico aqui descrito pelos entrevistados se caracteriza por um saber abstrato e prático que é adquirido pela formação continuada.

Nos relatos a seguir é citada a importância da formação continuada para os fisioterapeutas como condição para um trabalho com qualidade em UTI, apesar de ainda não constar como uma exigência a este profissional para serem contratados:

Eu acredito que deva ter uma formação específica após a graduação para a UTI, porque eu vejo a diferença, quando eles chegam sem uma formação específica, eles chegam bem inseguros. A residência eu acho que oferece uma boa formação, mas pode ser uma especialização para dar uma base melhor. (E8)

Todos devem ser treinados para a UTI. Trata-se de uma unidade específica, ou seja, não se pode pegar qualquer fisioterapeuta para trabalhar na UTI. Como da mesma forma colocar qualquer médico e largar na UTI. É uma população específica e o conhecimento é específico. Não posso eu que sou intensivista cair numa clínica de traumatologia e da mesma forma um traumato se cair na UTI não saberá conduzir o trabalho médico. A fisioterapia da mesma forma precisa deste foco de especialização em um segmento. Ninguém consegue jogar em todas as posições do campo bem, tem que escolher e focar. (M9)

Eu tenho mestrado em ciências médicas, mas o mais importante é que eu tenho o pós-graduação em fisioterapia respiratória que é da Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória. Na fisioterapia existe o título reconhecido de fisioterapia respiratória pelo conselho federal de fisioterapia e

pela Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória em UTI. E eu tenho as duas, porque quando eu fui fazer a especialização fui reconhecido duplamente nos dois lugares. Mas isso não ajuda no olhar da equipe, mas ajuda a ter mais segurança minha, embora, acredito eu, que no futuro quem venha a trabalhar na UTI terá que ter especialização, eu espero que isso seja uma coisa que venha a ser exigido. Um reconhecimento formal do especialista em unidade de terapia intensiva. (F2)

No relato de F2 acima é possível perceber que a formação deste profissional não causou, na sua percepção, diferença na relação com os demais profissionais, já que não se sente reconhecido por seu trabalho. Em ambientes de trabalho como este, marcados pelo baixo reconhecimento do trabalho, a formação não aparece e os médicos e enfermeiros declaram não saber se os fisioterapeutas têm ou não formação continuada, como pode ser percebido a seguir:

Eu acredito que seja importante ter uma formação específica sim, como a gente tem na enfermagem e na medicina. Aqui acho que o pessoal não tem, não sei. Nunca falei com elas sobre isso. (E10)

Não conheço a formação dos fisioterapeutas, acho que são apenas graduados, mas acho que deveriam se aprofundar e estudar mais, porque para atuar na UTI é fundamental a formação constante. (M4)

Ou seja, não basta ter uma formação de especialista, mestre ou doutor, pois não é apenas a formação que garantirá uma relação de trabalho compatível com percepções de reconhecimento, relações de cooperação e autonomia no trabalho. Como Freidson, Abbott e Schön relatam, faz-se necessário ter um conhecimento prático, construído nas relações de trabalho, para que haja o reconhecimento do profissional. Recorrentemente neste estudo também foi apontada a experiência como um elemento importante para que se desenvolva um conhecimento que ofereça qualidade no trabalho:

Como qualquer outro profissional que vá atuar na UTI, tem que se especializar na UTI, porque aqui é completamente diferente. Alguns aqui têm formação específica. Dos seis fixos, dois estão fazendo mestrado. Dois já fizeram especialização e os outros atuam bem porque conhecem já as rotinas. Agora, o domínio da ventilação mecânica, por exemplo, não vem exclusivamente da formação. Tem gente que busca a informação, que estuda sempre e que vai fazer a especialização ou o mestrado para aprofundar e buscar o diploma para ser melhor valorizado. Por saber mais que tem condições de ir mais adiante. Mas a experiência da UTI também é importante para o bom profissional também. A gente fica com “cacoetes” do local que com o tempo todos ficam do mesmo jeito. (M6)

Portanto, o indivíduo ao começar a trabalhar dá continuidade ao processo de aprendizagem que se iniciou no período de formação profissional ao estabelecer relações com o ambiente e os colegas de trabalho. E é no contexto do trabalho que novos conhecimentos começam a ganhar corpo.

Entender como é o conhecimento que legitima a jurisdição do profissional tem sido o desafio de autores como Caria (2006). Conforme este autor, é preciso não reduzir os processos de educação e de aprendizagem dos grupos profissionais a uma simples aplicação de conhecimento científico ou, ao contrário, de ver apenas como o prolongamento da experiência adquirida no contexto do trabalho como se o uso do conhecimento científico não fosse determinante para a reflexividade profissional.

Neste estudo foi possível observar que conforme a relação do fisioterapeuta com os demais profissionais atuantes da equipe de UTI, diferentes configurações se apresentam no que se refere ao conhecimento do profissional fisioterapeuta. No relato de M3 e E6 é possível perceber que conforme o envolvimento do fisioterapeuta com o ambiente de trabalho, a equipe passa a reconhecer mais o conhecimento deste profissional:

Nunca trabalhei numa UTI sem fisioterapeutas, mas posso dizer que em diferentes UTIs têm diferentes serviços, então depende do fisioterapeuta. Tem aqueles mais atuantes, que se envolvem mais com a equipe e que tem um conhecimento maior, e isso só vem a acrescentar. Auxilia e muito ter mais conhecimento no serviço. (M3)

Aquele que tem mais formação tem um melhor desempenho na relação com a equipe. Quem tem mais qualificação é mais valorizado pela equipe médica e da enfermagem, pelas chefias. É dito que aquela pessoa quando bota a mão, ela resolve. E isso porque tem o conhecimento e tem a dedicação no trabalho. Quem se interessa e tá sempre buscando e estudando acaba se diferenciando. (E6)

O conhecimento, portanto, é marcado pela cientificidade, mas também por um conhecimento construído a partir da realidade vivenciada pelo trabalhador. Realidade esta caracterizada neste estudo por diferentes tipos de UTIs com diferentes pacientes e colegas profissionais da saúde com diversas formações. Para que o fisioterapeuta possa exercer seu papel na UTI é importante que ele saiba como construir uma ação a partir do conhecimento científico no encontro com todas as particularidades do contexto da UTI em que trabalha, como pode ser visto a seguir:

Deveria sempre ter uma formação específica para atuar na UTI e o fisio tem que se adequar a essa exigência também. Toda a equipe deve ser especialista em UTI. Mas não é só chegar e atender, tem que se envolver conosco em tudo, então tem que dominar toda a rotina. Tem que saber trabalhar com a gente que já está aqui. O fisioterapeuta que gosta de UTI se envolve mais, procura manter relações, ele busca. E isso é o importante aqui, além da formação. É preciso de uma relação de empatia com a equipe também, além da formação. O fisioterapeuta tem que saber definir as prioridades a partir das relações com a equipe, e não apenas da forma que melhor for para ele (o fisioterapeuta). (E3)

Quando a gente olha para trás a gente vê o que aprendeu. Porque não é só chegar e atender, tu tem que ver o paciente com a complexidade como um todo. Tu tem que entender das drogas que o paciente tá tomando, dos parâmetros todos, enfim, tu tem que saber o que os outros profissionais fazem para identificar todo o processo, porque isso é trabalhar em equipe. (F5)

O saber próprio é de cada um e o tempo é que te dá. A gente acaba depois de um período trabalhando conhecendo as rotinas do lugar, as maneiras de cada médico atuar sobre o seu paciente. Então tu acaba fazendo um meio de campo entre o que tu faz e o que o médico espera que tu faça, tu adapta a fisioterapia. Porque a fisioterapia é singular no sentido de ser para cada paciente e feito por cada profissional. E isso não é faculdade que te dá, é a experiência, a rotina de uma UTI em especial. Não apenas a medicina, mas a enfermagem, também tem que saber como pegar junto com a enfermagem. (F12)

E ainda, Schön (2000) explica que não basta apenas o profissional ter um conhecimento e saber aplicá-lo, ou seja, é necessário assumir uma postura de investigador na rotina de trabalho. É imprescindível ter um espírito crítico e investigativo na busca de novos conhecimentos com o propósito de buscar sempre a melhor solução para a situação problema. O olhar científico não apenas na capacidade de aplicá-lo, mas de ter um olhar de cientista que procura entender o que se passa e descobrir a melhor alternativa de intervenção.

Os profissionais fisioterapeutas, médicos e enfermeiros que demonstraram se envolver em pesquisas na rotina assistencial e que assumiam uma postura investigativa em relação à assistência, apresentaram no trabalho relações de reconhecimento, com cooperação e autonomia, como pode ser percebido a seguir:

Eu vejo o grupo da fisioterapia em busca de crescimento profissional, de aprendizado, preocupado em gerar conhecimento também. Temos fisioterapeutas na residência que coletam dados e ajudam na coleta de informações sobre os nossos processos. Tem fisioterapeutas querendo ocupar o espaço com conhecimento, querendo acrescentar na equipe. Eu vejo que o grupo tem essa preocupação. (M9)

Esta postura investigativa se complementa com o olhar reflexivo sobre o trabalho. Ou seja, compete ao trabalhador refletir enquanto a ação estiver acontecendo e depois refletir

sobre a ação com vistas a compreender alternativas para a situação vivenciada. Esta é a maneira que Schön (1983) descreve para definir um profissional. Segundo este autor, o profissional tem que ter a capacidade de ser reflexivo.

Nas rotinas assistenciais da UTI é comum os profissionais não conseguirem organizar previamente a seqüência de trabalho de um turno. De fato, dentro da UTI, os profissionais se deparam com intercorrências e urgências relacionadas aos pacientes que determinam a seqüência de trabalho. Portanto, o trabalho da saúde em UTI é diferente do trabalho em ambulatório, por exemplo, que tem os pacientes e procedimentos previamente agendados. Desta forma, é possível visualizar a necessidade de atuar na UTI de reforma reflexiva na ação, pois é comum não ter tempo para reunir a equipe e elaborar um plano. Quando a urgência ocorre, a equipe reflete junto enquanto executa. No relato de F6 a seguir é descrita esta necessidade reflexiva:

A UTI é um local de saberes específicos, por ser um setor de atendimentos críticos, de cuidados críticos e tem um tom de urgência para as coisas, o paciente tem que ser visto agora, o exame tem que ser agora, o atendimento tem que ser para agora, então isso impõe um ritmo de trabalho que tem que ser diferente. Então, não pode ser uma atuação irrefletida, tem que ter uma atuação que possa dar um resultado, uma resolutibilidade muito pragmática, com a fundamentação com a cientificidade, em equipe. O fisioterapeuta é quase que convocado a ter uma especialidade dentro da UTI. Tanto é que a minha experiência é dentro da fisioterapia respiratória. Então tudo tem que ser construído com muito respaldo científico, ou seja, com artigos, treinamentos, convencimento, divulgação, para se tornar um saber que pudesse dar resolutibilidade necessária para o âmbito da UTI e daí pudesse ser incorporado para a prática. (F6)

Mas também tem o espaço para a reflexão sobre a ação, ou seja, existe o tempo para poder individualmente ou em equipe pensar sobre o ocorrido e encontrar saída para as situações. Este espaço pode ser no horário de trabalho junto aos colegas, ou depois do horário de trabalho quando a mente relaxa e permite repassar a experiência e refletir novamente sobre o ocorrido. Nos relatos a seguir percebe-se que o ato de refletir na ação e sobre a ação contribui para a construção do conhecimento necessário para dar conta do trabalho em UTI:

Tem uma troca boa, a gente pensa junto sobre o paciente, sobre o desmame, pensa numa ventilação não-invasiva,... acredito que isso acontece pelo grau de conhecimento que eles têm, aqui funciona bem essa relação de parar e pensar junto. (M3)

Muitas das vezes quando não sei o que fazer porque o que eu fiz não deu certo, eu vou para casa tentar achar o caminho e quando me reúno no outro dia com meus colegas na troca de turno a gente divide as dúvidas e aí vem uma luz.

Então, a forma de dar conta de uma coisa nova, principalmente é discutindo com meus colegas. (F5)

A gente levava manual dos aparelhos da UTI para estudar e depois a gente se reunia para discutir. Então a gente se reúne muito para crescer. Todos entendem que a gente tem que crescer, então todos se dedicam para isso. E a gente entende que é estudando. (F6)

A postura reflexiva leva a construção de um sujeito em constante aprendizagem. E o que leva ao aprendizado são as situações vivenciadas que exigem do profissional saber fazer uso do conhecimento científico e do conhecimento desenvolvido pela experiência, no contexto da UTI:

O fisioterapeuta tem um saber próprio... acho que o principal é saber em um quadro de gravidade o quanto a fisioterapia tem efeito ou não e se tem efeito. O médico prescreve a fisioterapia para vários pacientes sem ter a menor noção do real benefício da fisioterapia. Então, ninguém melhor que o fisioterapeuta para saber se a fisioterapia naquela criança e naquele momento vai beneficiar, vai prejudicar ou se vai ser inócua (não vai ter efeito nenhum). Ninguém pode responder isso por ele, por mais que seja um especialista intensivista, nem médico, nem enfermeiro é capaz de responder pelo efeito da fisioterapia. Isso aconteceu muito comigo de eu ser chamada e eu dizer, olha essa criança não tem indicação para fisioterapia. O melhor fisioterapeuta é aquele que sabe quando não fazer, porque ele tem daí um conhecimento crítico, técnico e teórico melhor que aquele que apenas vê prescrita a fisioterapia e realiza o tratamento. E esse saber é desenvolvido desde a graduação e da experiência de já ter atendido uma criança naquela circunstância, com aquela gravidade, com aquela patologia que tu não viu na faculdade, mas que vem no trabalho. Ele não vem automaticamente logo que tu te forma, vem com o tempo, demora. Eu gostava da fisioterapia respiratória na faculdade, mas a experiência de trabalho me direcionou para pediatria. Daí somei os dois conhecimentos de fisio respiratória e de pediatria. Cada vez que se atende uma criança, se aprende como atender melhor. O básico vem na graduação e o resto vem com a experiência. Cada aprendizado que acontece comigo, eu vou elaborando. Às vezes se discute com outros fisioterapeutas, dando a dica de como eu fiz com aquela criança. O ideal é quando tem a troca com outras profissões. Acontece do quadro modificar de um turno para o outro, a criança muda rápido o quadro, então criança é sempre a tomada de decisão na hora do atendimento, não tem como programar nada antes do atendimento. Quando não sei o que fazer, acabo atendendo a criança e eventualmente errando. E no final tem que minimizar o efeito deletério que tinha causado ou via que ia causar. Várias situações vivi, coisas que não tinha o menor conhecimento prévio e daí tinha que tomar a decisão com o que tinha na mão. (F4)

Faz parte da postura reflexiva do profissional a capacidade de fazer uso dos vários conhecimentos adquiridos, tanto os científicos abstratos e práticos quanto os construídos no contexto do trabalho, para a identificação e resolução dos problemas. Conhecimentos estes que costumam ser adquiridos de forma compartimentada e que precisam ser acessados, como em rede, configurando-se novas conexões entre eles, de forma a encontrar a saída para uma

situação. Schön (2000) relata que existem situações práticas que são incomuns para os profissionais e que exigem do profissional a capacidade de criar alternativas que não haviam sido previstas ainda. Neste momento, é exigido do profissional um conhecimento reflexivo e criativo que se traduzirá em um trabalho com autonomia.

No relato de F20 se percebe que o fisioterapeuta em algumas UTIs tem assumido este papel reflexivo e criativo, identificando e resolvendo problemas:

O saber do fisioterapeuta na UTI tem que ser muito específico, porque para todos os profissionais que atuam em UTI é exigida esta especificidade. Lá a gente tem que saber lidar com o paciente instável, então não basta saber aplicar as técnicas da fisioterapia, tem que saber o que pode acontecer com aquele paciente e o que fazer caso aconteça. Às vezes me sinto meio “Macgyver” porque o paciente está disfuncionado na tua frente e tu tem que achar a saída para aquilo. E nada que tu olhe de cara faz sentido. Então a gente tem que criar uma coisa nova na hora. Parece o personagem do seriado fazendo uma bomba com grampo de cabelo, sabe? A gente tem que sair da situação na hora com o que tem na mão. (F20)

A postura de F20 acima demonstra a necessidade de não apenas saber solucionar, mas fazer uso dos recursos materiais e humanos disponíveis no trabalho, configurando desta forma a capacidade reflexiva que Schön descreve.

Contudo, não são todos os fisioterapeutas que se identificam com este modelo reflexivo apontado por Schön como ideal para o profissional. Outras formas se delinearam neste estudo, demonstrando que ainda muito deve ser pensado no que se refere ao conhecimento do profissional nas relações de trabalho.

A maioria dos fisioterapeutas entrevistados demonstrou ter um conhecimento mais focado para a capacidade de aplicação de uma determinada técnica fundamentada em um conhecimento científico. Ou seja, os fisioterapeutas demonstraram maior conhecimento do uso da técnica, mas não necessariamente a capacidade de interação com a equipe e com as rotinas de UTI, muito menos a capacidade reflexiva de investigação de uma situação. E ainda, estes profissionais não apresentaram a capacidade de interpretar os resultados clínicos obtidos com a técnica fisioterapêutica empregada, dependendo do médico para esta análise.

No relato de F10 existe a crítica de um fisioterapeuta em relação aos seus colegas de mesma profissão que não apresentam a postura reflexiva que ele entende ser necessária:

O fisioterapeuta tem que saber identificar problemas no paciente para saber reconduzir, mas eu acho que os fisioterapeutas têm tido dificuldade de

fazer isso, porque tem falha na avaliação, no traçar as condutas e os objetivos. As evoluções são pobres, porque não enxergam os problemas, evoluem coisas que não agregam. Parece que está mais preso às condutas do que a evolução do paciente. Mas o que eu vejo no paciente e o que eu preciso fazer hoje neste paciente? Estou tendo resultado com meu atendimento? O que eu esperava para hoje? Alcancei? Esse é o meu objetivo ao trabalhar, ter esta postura, espero que eu tenha conseguido, né....

Os entrevistados tenderam a descrever os fisioterapeutas como profissionais que apresentam um conhecimento específico e técnico que tende a ser resolutivo na assistência da UTI, como pode ser visto a seguir:

Na ventilação não-invasiva, acontece da seguinte forma: o médico percebe a indicação deste modo de ventilação, aciona o fisioterapeuta e ele assume o procedimento. A fisioterapia atua bem mais na ventilação não-invasiva, tem mais habilidade e tem bem mais noção de como lidar com os aparelhos do que o médico. (M8)

Os saberes dos profissionais da saúde que atuam em UTI se confundem, porque tem que saber de ventilação mecânica, de posicionamento, de movimentação, de medicação, de clínica. Mas o fisio tem a responsabilidade com a movimentação do paciente, com a manutenção da função pulmonar, com a higiene brônquica de uma maneira mais efetiva. É o fisio o profissional que tem a capacidade de entender que tipo de exercício, que intensidade e que frequência que o paciente precisa fazer. O fisioterapeuta é capaz de fazer uma aspiração, uma retirada do leito, uma maneira de ventilar melhor o paciente, um consolo, melhor que outros profissionais. Fora disso o fisioterapeuta tem falhas, ele não sabe, ele fica preso à técnica. (F3)

Acredito que aqui o fisioterapeuta tem um saber bem próprio da ventilação não-invasiva. Todos pedem que a ventilação não-invasiva seja instalada e monitorada pela fisioterapia. Acho que ela é o carro-chefe da fisio na UTI. A fisioterapia toda é muito valorizada aqui pelo corpo clínico, eles já conhecem bem o pessoal, mas respiratória em si é muito forte, desde a aspiração, todas as técnicas de higiene brônquica, de hiperinsuflação manual,... (F14)

Se o paciente está em ventilação, se ele só for fazer uma higiene brônquica, uma boa fisioterapia com uma boa aspiração, ele já me auxilia no manejo do paciente. Porque daí a gente já pode fazer outras coisas, uma medicação, uma outra higiene. Porque os técnicos não têm essa visão de como lidar melhor com o paciente em ventilação, o fisio sabe aspirar na hora certa, sabe ofertar o oxigênio, desligar o alarme, enfim, os técnicos são bem intencionados, mas não têm o conhecimento que o fisio tem, então eu prefiro que eles assumam a higiene brônquica, porque daí eu tenho a tranquilidade de que o paciente não vai dessaturar. (E3)

E este conhecimento técnico é valorizado pelos médicos e enfermeiros, mas não tem a mesma repercussão do conhecimento reflexivo de outros fisioterapeutas em outras UTIs. O conhecimento técnico do fisioterapeuta é importante, pois contribui para a dinâmica

assistencial da UTI, mas se resume à capacidade de aplicar um conhecimento específico em uma situação pontual. Diferentemente dos fisioterapeutas com um conhecimento reflexivo, os com conhecimento exclusivamente técnico não apresentam maior entrosamento com a equipe, não têm olhar investigativo e tendem a não refletir sobre seus atos.

Em estudo desenvolvido por Caria (2006) acerca do uso do conhecimento na relação entre educação, ciência e trabalho, este autor desenvolve uma tipologia de formas de uso do conhecimento profissional. O conhecimento do profissional, segundo Caria, é um conhecimento técnico-intelectual que pode fazer uso do senso de contexto, do senso interpretativo e ainda do senso técnico-estratégico. O senso de contexto é o saber como fazer, como conduzir a situação em determinado ambiente, e exige a capacidade de entrosamento com o local de trabalho. O senso interpretativo é a capacidade de entender o porquê das situações, entender porque se executa, porque se apresenta um resultado, legitimando desta forma as ações profissionais. E o senso técnico-estratégico é a capacidade do profissional em oferecer diferentes alternativas de recursos para o trabalho.

Segundo este autor, os profissionais apresentam diferentes tipos de conhecimento no instante que fazem uso de combinações diferentes de sentidos¹¹. Por exemplo, o profissional que fizer uso do senso de contexto, interpretativo e técnico-estratégico, tende a ser um profissional reflexivo. Já o profissional que apenas fizer uso do senso técnico-estratégico tende a ser um profissional com uma capacidade técnica e instrumental. Ou ainda, aquele profissional que fizer uso do senso interpretativo e técnico-estratégico, pode ser nomeado de especialista, pois tem a capacidade técnica e instrumental associada à compreensão do por que usá-la e qual seu efeito.

Tomando como referência a tipologia de Caria, é possível pensar que alguns fisioterapeutas neste estudo se apresentaram de forma reflexiva, outros como técnico-instrumentais e ainda outros como especialistas. Os reflexivos seriam aqueles que

¹¹ Caria (2006) apresenta os seguintes tipos de uso profissional de conhecimento: técnico-instrumental (apresenta o senso técnico-estratégico - utiliza a padronização de procedimentos ou modelos de ação fixos); especialista (apresenta o senso técnico-estratégico e o senso interpretativo - tem competência específica que oferece alternativas de ação, tem maior conhecimento abstrato); crítico-pragmático (apresenta senso técnico-estratégico e senso de contexto - tem capacidade de associar a prática em determinado contexto, mas sem a capacidade de interpretação); tradicional (apresenta o senso de contexto - tem experiência coletiva acumulada historicamente no contexto como base de ação); reflexivo (apresenta senso técnico-estratégico, senso interpretativo e senso de contexto - utiliza o conhecimento abstrato, formal e científico conforme a experiência acumulada em determinado contexto); acadêmico (apresenta senso de contexto e senso interpretativo - é capaz de compreender, traduzir o contexto vivenciado); e ideológico (apresenta o senso interpretativo - tem a capacidade crítica de interpretar as contradições entre o discurso e a prática social).

apresentariam todos os sentidos desenvolvidos, os técnico-instrumentais seriam os com a capacidade de aplicar uma técnica fisioterapêutica e os especialistas os fisioterapeutas que têm a aptidão de aplicar e explicar os seus atos técnicos.

Contudo, esta constituição do conhecimento profissional em torno dos sentidos de contexto, interpretativo e técnico-estratégico de Caria se aproxima, mas parece não explicar exatamente o cenário que se delineia nas relações de trabalho que envolve o fisioterapeuta em UTI neste estudo. No capítulo 5 a seguir, ao analisar o processo de construção da identidade profissional, será abordado como o conhecimento do profissional demonstrou neste estudo se configurar ao longo dos processos vivenciados pelos fisioterapeutas para a construção da identidade no trabalho e profissional.

5. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

Este estudo se propõe a compreender como as relações de trabalho contribuem para o processo de construção da identidade profissional e para que seja alcançado este propósito, foi realizada pesquisa com fisioterapeutas, médicos e enfermeiros atuantes em UTI. No capítulo 4 foi apresentado o material empírico encontrado nas entrevistas e observações diretas de forma a ser possível compreender como ocorrem as relações de trabalho entre estes profissionais e desta forma ter elementos para entender o processo de construção da identidade profissional do fisioterapeuta.

A intenção neste capítulo a seguir é, a partir dos dados apresentados no capítulo 4 e de outros que ainda serão utilizados, demonstrar como o conhecimento profissional se delineia no decorrer do processo de construção da identidade no trabalho do indivíduo, favorecendo a construção da identidade profissional. E para que isto seja possível, Dubar (2005) oferece o eixo da análise do processo de construção da identidade profissional ao apontar a necessidade de haver a articulação das relações de trabalho e da formação para se pensar esta identidade de um indivíduo. Conforme este autor, a herança da imagem profissional apresentada durante a formação do indivíduo no confronto com as relações de trabalho resulta na identidade profissional que projeta uma perspectiva futura do que o indivíduo quer para si.

Desta forma, para se compreender o processo de construção da identidade profissional do fisioterapeuta, será realizada uma análise a partir do processo de construção da identidade no trabalho, com a contribuição do conhecimento profissional e da herança da formação para a definição das expectativas do indivíduo na profissão.

E ainda, será analisado como os fisioterapeutas têm conduzido os processos de construção da identidade profissional nas UTIs de Porto Alegre mediante os diferentes reconhecimentos vivenciados nas relações de trabalho.

5.1 A IDENTIDADE PROFISSIONAL NO TRABALHO

As relações de trabalho vivenciadas pelos fisioterapeutas em UTI demonstraram ser importantes para o processo de construção da identidade profissional. São nestas relações que o fisioterapeuta, de fato, passa a perceber seu papel frente aos demais colegas. Ou seja, é nas relações de trabalho que o indivíduo percebe a diferença que se estabelece entre colegas de diferentes formações, e que conforme Woodward (2008), passa a ganhar um significado, um sentido em nome de uma ordem social, pois, ao mesmo tempo em que se diferencia, tem a possibilidade de encontrar pontos em comum.

Todos os fisioterapeutas entrevistados referiram o processo de formação como etapa importante, mas que foi especialmente nas relações de trabalho que passaram a se perceber como fisioterapeutas. Durante a graduação, nas aulas teóricas, os professores oferecem e estimulam a busca pelo conhecimento abstrato e, nas relações de estágio, instigam o aluno ao despertar do conhecimento prático, mas é ao vivenciar o impacto de assumir seu papel dentro de uma equipe que o profissional tem a oportunidade de compreender sua contribuição no trabalho. Em especial, é nas situações conflito que o profissional é exigido a saber posicionar-se e demonstrar quem é naquele contexto.

No relato de F11 percebe-se, inclusive, que a formação continuada contribui para perceber-se como fisioterapeuta, mas que se não houvesse a interação com os colegas de trabalho, não seria possível definir o profissional fisioterapeuta:

Quando a gente sai da faculdade a nossa visão é bem diferente – lá me deu 5% de tudo que sou hoje. Porque as relações com as pessoas, lidar com chefias, com convênios, lidar com indicadores estatísticos de qualidade e financeiros, com papéis, tudo isso a gente não aprende na faculdade e sim no dia-a-dia. Só ao longo de todos esses anos que me fez como sou hoje. Claro que durante todos estes anos eu continuei estudando, me especializei, fiz mestrado, estou fazendo doutorado, a gente faz pesquisa na UTI. Todos os que estudam fazem suas pesquisas aqui. Tudo isso me ajudou também e muito. Mas o que me refiro é que a vivência com os pacientes, com os profissionais, com os familiares, isso é o mais complexo. O mais fácil é lidar com as técnicas fisioterapêuticas. Inclusive o lidar com o paciente também é fácil. O difícil é esta relação com todo o resto. (F11)

Como aponta Taylor (2005) ao conceituar identidade, quando o indivíduo passa a se perceber como tal, significa dizer que dentro de sua vida cotidiana este indivíduo entende que desenvolve uma atividade que confere valor e que faz sentido em sua vida. Trata-se, segundo

este autor, de uma orientação para a moralidade, ou seja, um ser e fazer algo que possa ser reconhecido pelo outro como de valor. Este outro se traduz neste estudo pelos demais profissionais da saúde, pacientes e comunidade em geral que conferem ao fisioterapeuta o olhar de profissional, apesar de ser o médico, em especial, o profissional que maior reconhecimento atribui.

Contudo, entender como estas relações de trabalho de fato contribuem para que o indivíduo se sinta um profissional é o propósito deste estudo. Está clara a importância destas relações para que o indivíduo se perceba como profissional, como já afirma Dubar (2005) ou Freidson (1998). Mas o caminho que se constrói nas relações de trabalho é que passa a ser o desafio de compreensão do processo de construção da identidade profissional no trabalho.

Ao fazer contato com o material empírico deste estudo, foi possível observar que o fisioterapeuta vivencia nas relações de trabalho dois processos de construção de identidade, quais sejam: a identidade no trabalho e a identidade profissional. E ainda, que a segunda depende da primeira para seu desenvolvimento. Cabe lembrar que ao pensar em uma profissão, não se pode se desvincular do princípio ocupacional, pois não deixa de ser um trabalhador, como já afirma Freidson (1998). Desta forma, para que seja possível compreender como o fisioterapeuta constrói sua identidade profissional, este estudo se propõe a analisar a construção da identidade profissional a partir da construção da identidade no trabalho.

5.1.1 A construção a partir da identidade no trabalho

Sendo o trabalho um princípio organizador das relações sociais que contribui para a construção da identidade social de um indivíduo pelo exercício de sua atividade, conforme afirma Silva (2008), entende-se a necessidade das relações de trabalho como a primeira etapa fundamental para que o fisioterapeuta sinta-se pertencente a um determinado grupo social. Pois, quando o indivíduo desenvolve a identidade no trabalho, passa a construir uma imagem de si mesmo condizente com suas expectativas de pertencimento a uma sociedade centrada no trabalho.

E para que o indivíduo possa sentir-se pertencente a esta sociedade e possa constituir uma identidade no trabalho, exige-se que sejam desenvolvidas relações de reconhecimento e de cooperação com certa autonomia no trabalho (DEJOURS, 1997).

5.1.1.1 Reconhecimento no trabalho

A relação que o fisioterapeuta procura alcançar no trabalho depende do reconhecimento do outro, que pode ser um colega de trabalho, um paciente ou familiar, que atribui valor, qualidade e eficácia ao trabalho deste profissional. Ao reconhecer o trabalho do fisioterapeuta, se reconhece a contribuição deste profissional para a organização do trabalho, bem como significa dizer que aquele que o reconhece confia em seu trabalho.

Conforme Dejourns (1993), o reconhecimento no trabalho passa por dois tipos de julgamentos, quais sejam: o de utilidade e o de beleza. O julgamento de utilidade é aquele que avalia a utilidade da técnica do trabalhador e que é conferida pelos clientes (no caso deste estudo, seriam os pacientes e/ou familiares) e pela hierarquia. E o julgamento de beleza que avalia a contribuição do trabalhador às regras do trabalho, contribuição esta que permite o sentimento de pertença ao coletivo e o sentimento de que nenhum outro poderia executar tão bem tal tarefa e que é conferido pelos colegas de trabalho. Como já foi apontado anteriormente, essencialmente é o médico que confere o julgamento de utilidade ao fisioterapeuta. E o julgamento de beleza é tanto conferido pelo médico quanto pelo enfermeiro.

Nas situações em que o fisioterapeuta é reconhecido pelos médicos e enfermeiros, verifica-se que este profissional é exclusivo da UTI ou que já tem mais tempo de trabalho no hospital. Nas duas situações, ambos já conhecem bem as rotinas da UTI pelo tempo de convívio propiciado entre os profissionais da saúde. Quando os fisioterapeutas não são exclusivos, ou seja, também circulam por outras unidades de atendimento, podem ser reconhecidos por seu trabalho na UTI pelo fator do tempo de convívio, a ponto de serem escolhidos pelos médicos e enfermeiros para que atendam os pacientes. Portanto, o tempo de convívio entre os profissionais da saúde propicia que se estabeleçam relações de confiança entre os mesmos. A confiança, segundo Dejourns (1993), é fundada na ética e na racionalidade da ação tendo por referência valores morais. Significa dizer que a palavra dada pelo fisioterapeuta é a garantia de que será realizado um trabalho fundado em valores

compartilhados pelos demais profissionais de saúde. Neste momento, médicos e enfermeiros passam a confiar que o fisioterapeuta seja digno de pertencer à equipe de trabalho.

Assim sendo, neste estudo foi verificado que a interação no trabalho do fisioterapeuta com médicos e enfermeiros se caracterizou como definidora das relações de reconhecimento do trabalho. Bem como a ausência de interação contribuiu para o baixo ou nenhum reconhecimento do trabalho. Desta forma, aqueles fisioterapeutas que não são exclusivos da UTI e que não se sentem pertencentes a esta unidade de atendimento, mas ao serviço de fisioterapia, tendem a ter a identidade no trabalho desestabilizada. Trata-se de situações em que o fisioterapeuta sente-se prestador de serviço para a UTI e que pelo baixo convívio que o fisioterapeuta tende a ter com os demais profissionais da saúde, compromete a possibilidade de conquista de relações de confiança e de reconhecimento. Os seus colegas nesta situação não são os médicos e enfermeiros, mas essencialmente os fisioterapeutas, contudo, estes não têm o poder de conferir o julgamento de utilidade que se demonstrou neste estudo ser conferido pela equipe médica. Apenas o julgamento de beleza conferido pelos colegas fisioterapeutas é possível nesta situação.

Dejours (1999) afirma que no instante que a qualidade do trabalho de um indivíduo é reconhecida, também o sofrimento do trabalho, representado pelos esforços, angústias, dúvidas, decepções e desânimos, adquirem sentido. Ou seja, todo o sofrimento não foi em vão, não apenas contribuiu para a organização do trabalho, como também fez do indivíduo um sujeito diferente daquele antes do reconhecimento. E isto se traduz por um sentimento de alívio, de prazer, de que valeu a pena o esforço. Em contrapartida, se o indivíduo não pode gozar dos benefícios do reconhecimento de seu trabalho, o indivíduo se vê preso apenas ao sofrimento, o que tende a desestabilizar a identidade do trabalhador e a desfavorecer a rotina de trabalho, já que o sujeito não vê sentido em continuar a trabalhar.

5.1.1.2 Cooperação no trabalho

As relações de cooperação que o fisioterapeuta vivencia no ambiente de trabalho da UTI estão diretamente relacionadas às vivências de reconhecimento anteriormente já descritas e analisadas. Pois, como afirma Dejours (1993), o reconhecimento é o elemento capital da cooperação que tem como condição a relação de confiança entre os trabalhadores. Mediante um trabalho em cooperação é que se pode dizer que existe um coletivo de trabalhadores que

atuam com regras e prescrições em comum, favorecendo o sucesso da organização do trabalho.

O trabalho em UTI vivenciado pelo fisioterapeuta, quando apresentado em uma relação de cooperação, propiciou estratégias de construções coletivas de protocolos assistenciais de rotina, ou seja, acordos formalizados com sustentação científica entre profissionais em relação à condução da assistência. Mediante uma adequada interação entre fisioterapeutas, médicos e enfermeiros, visualiza-se a possibilidade de conferir ao colega a responsabilidade de arcar com determinada tarefa. Após este acordo prévio, sempre que alguma situação ocorrer e for necessário reproduzir o acordo, todos os profissionais assumem seus papéis e conduzem o trabalho sem a necessidade de solicitar a autorização da equipe médica para cada etapa. Percebe-se que quando a equipe trabalha de maneira coletiva, o médico deixa de ser controlador para ser o parceiro de trabalho, pois vê nos demais profissionais, colegas de trabalho. Contudo, não necessariamente foi preciso haver os protocolos assistenciais coletivos para oferecer o espaço de cooperação. De fato, houve uma UTI que não havia protocolo algum, mas que demonstrou haver uma rotina de cooperação entre os profissionais. Nesta situação, os profissionais tinham em comum terem bastante tempo de convívio e já conhecerem os hábitos, crenças e rotinas de cada profissional. Havia uma harmonização pela convivência de forma que todos já agiam coletivamente.

O médico é aquele que melhor contribui para que haja o trabalho cooperado do fisioterapeuta na equipe básica de UTI. Justifica-se esta realidade pelo julgamento de utilidade que ela confere a este profissional. Na ausência deste olhar médico, o fisioterapeuta não consegue se inserir na equipe e passa a ser um prestador de serviço sem maior envolvimento. Todavia, a enfermagem demonstrou ter força pelo julgamento de beleza ao conferir ou não o reconhecimento ao fisioterapeuta. Quando a enfermagem não reconhece o fisioterapeuta por não haver uma relação de confiança, enfermeiros tendem a boicotar o fisioterapeuta na rotina de trabalho. Ocorre que a fisioterapia se identifica mais com a medicina e não compartilha de alguns valores que a enfermagem preza. Destaca-se aqui a questão do cuidado e do curar. A enfermagem, neste estudo, demonstrou se identificar essencialmente com as relações de cuidado com o paciente e a fisioterapia, salvo exceções, tendeu a se identificar com o modelo médico da cura, calcado na racionalidade técnica derivada da filosofia positivista. Para a enfermagem, este posicionamento da fisioterapia gera o sentimento de não ser digno da plena confiança e que, portanto, não merece fazer parte da

equipe. Não se pretende aqui afirmar que o fisioterapeuta não está atento ao cuidado do paciente, apenas que ele se dedica mais à relação de cura. O fato é que este olhar curativo da fisioterapia na assistência instiga na enfermagem reações que impedem a adequada integração para o trabalho em cooperação. Curioso é que a enfermagem não demonstrou ressentir-se com a medicina em relação ao enfoque curativo desta profissão, transparecendo ser esta uma realidade já consumada, diferentemente da fisioterapia, que por ser uma profissão nova e em processo de construção de seu papel na equipe, poderia se moldar às necessidades atribuídas pela enfermagem.

5.1.1.3 Autonomia no trabalho

A possibilidade de assumir responsabilidades é o que se pode nomear de autonomia no trabalho. O trabalhador precisa ter algum espaço de atuação entre a organização do trabalho prescrita e a real para que possa acrescentar algo de singular. Trata-se da subversão da prescrição. Contudo, para ter alguma autonomia no trabalho, o trabalhador depende das relações de reconhecimento e de cooperação já anteriormente analisadas. Portanto, para haver autonomia, o trabalhador depende do olhar do outro para assumir alguma responsabilidade perante o coletivo (DEJOURS, 1997).

Neste estudo foi observado que os fisioterapeutas apresentam duas formas de autonomia no trabalho. A primeira é aquela que ganha visibilidade pela equipe, já que é desenvolvida no coletivo da UTI, mediante relações de confiança. O fisioterapeuta interfere e participa no planejamento do tratamento do paciente e nas rotinas da UTI. Ou seja, tem acesso à possibilidade de subversão, de singularização da prescrição, trata-se de uma autonomia plena. Já a segunda forma de autonomia seria aquela restrita ao controle sobre a aplicação da técnica fisioterapêutica. Nesta segunda opção, entende-se que se trata de uma autonomia relativa, já que não há espaço para construções coletivas.

Os fisioterapeutas que apresentam a autonomia passível de contribuição no planejamento do tratamento do paciente são aqueles que têm de fato a possibilidade da criação, da tomada de iniciativa no coletivo e que se beneficiam do retorno sobre si mesmos capaz de conferir sentido ao trabalho. Como diria Rosenfield (2008), estes fisioterapeutas se beneficiam de uma autonomia com as dimensões operacional, identitária e social que são necessárias para a realização do indivíduo.

O médico é o profissional que, mediante a autonomia do fisioterapeuta, ou ainda, diante da subversão do fisioterapeuta, legitima-a como procedente para a situação e a incorpora na regra, retirando a autoria do fisioterapeuta. Esta foi uma descrição de autonomia comum dentre os fisioterapeutas que apresentavam alguma tomada de iniciativa. Trata-se de situações que Rosenfield (2008) nomeia de heteronomia, ou seja, toda e qualquer iniciativa que eles apresentam é incorporada pela prescrição, passa a ser regra, e perde-se a autoria.

Contudo, houve relatos dos fisioterapeutas de receio da não aprovação dos médicos em relação à tomada de iniciativa, pois se sabia que haveria uma repreensão verbal quando a iniciativa fosse ineficiente. No entanto, não comunicar a equipe médica sobre a tomada de iniciativa não é uma opção na UTI, pois todos os procedimentos devem ser formalizados em prontuário ou relatados verbalmente para a equipe médica ou para a equipe de enfermagem que depois repassa a informação para o médico plantonista. Esta realidade tende a inibir o fisioterapeuta na tomada de iniciativa pelo receio de não ser eficiente. E como mecanismo de proteção, observou-se que o fisioterapeuta tem buscado na sustentação científica o argumento para subverter a regra na busca pela eficiência. Ou seja, antes de qualquer iniciativa o fisioterapeuta se apóia em estudos científicos prévios para legitimar a subversão.

Entretanto, se o conceito de heteronomia apontado por Rosenfield (2008) está associado a algo não desejável, no material empírico deste estudo a perda de autoria não é percebida pelos fisioterapeutas como um problema. Os fisioterapeutas, por compreenderem que é de responsabilidade médica a baixa de um paciente na UTI, entendem como aceitável que uma iniciativa seja incorporada a uma prescrição médica. Inclusive, ao ser incorporada a iniciativa do fisioterapeutas à prescrição, é percebido como um reconhecimento da contribuição deste profissional no coletivo do trabalho.

5.1.1.4 Reconhecimento, Cooperação e Autonomia

Observou-se neste estudo que quando existem relações de reconhecimento, de cooperação e autonomia no trabalho, o fisioterapeuta passa a fazer parte de fato da equipe básica de UTI e a ter uma identidade no trabalho. Estes fisioterapeutas, quando assim se sentiam pertencentes à UTI, se referiam com orgulho de seu local de trabalho e apresentaram com satisfação a unidade e seus colegas de trabalho para a pesquisadora. Comumente estes

fisioterapeutas se intitularam de intensivistas, ou seja, eles são mais que fisioterapeutas, eles são profissionais da saúde pertencentes à unidade de terapia intensiva.

O que se percebe é que o sentimento de pertencimento e de ver sentido em trabalhar em uma UTI oportuniza outras interações ao trabalhador. Ou seja, a identidade no trabalho que permite ao fisioterapeuta se referir à UTI como seu local de trabalho, propicia que ele estabeleça outras relações que favoreçam a construção da identidade profissional. Estas outras relações que se estabelecem entre fisioterapeutas, médicos e enfermeiros são marcadas por um conhecimento que aqui passa a ser nomeado de conhecimento profissional e que oferece ao fisioterapeuta o sentimento de ter uma atribuição na UTI. Sem a construção da identidade no trabalho, o fisioterapeuta apresenta dificuldade em estabelecer estas outras relações, pois não tem espaço para apresentar e legitimar seu conhecimento profissional especializado e, por conseguinte, não define sua atribuição profissional na UTI.

5.1.2 O processo marcado pelo conhecimento profissional

Como Abbott (1998) afirma, entre o trabalho e a profissão existe uma ligação, nomeada de jurisdição, que propicia o controle sobre o tipo de trabalho e sobre as condições do exercício da atividade. E o principal recurso na disputa jurisdicional, segundo este autor, é o conhecimento abstrato ou conhecimento científico que legitima o saber-fazer do profissional. No mesmo sentido, Freidson (1998) também sinaliza o conhecimento científico nas relações de trabalho como necessário para um profissional exercer autonomia no trabalho.

Ocorre que apenas ter este conhecimento científico abstrato e levá-lo para o trabalho não constitui um indivíduo como profissional, como foi percebido no presente estudo na relação dos fisioterapeutas com os demais profissionais de UTI. Pois, conforme Ponte e Oliveira (2002) explicam sobre o conhecimento profissional, este se caracteriza pelo domínio de um conjunto de saberes específicos socialmente valorizados ao desempenhar com sucesso uma atividade profissional e que envolve, além do conhecimento científico, conhecimento sobre os processos de rotina para a resolução de problemas concretos em um domínio social.

Do mesmo modo, Schön (2000) entende que o conhecimento profissional a ser apresentado nas relações de trabalho para o profissional ser reconhecido como tal, se

caracteriza por ser um conhecimento científico e capaz de conferir um olhar investigativo na identificação e resolução de problemas através da reflexão na ação e sobre a ação.

Os achados encontrados neste estudo apontaram para um conhecimento profissional que se assemelha ao que Ponte e Oliveira (2002) e Schön (2000) assinalam como necessários para favorecer a construção da identidade profissional, contudo, apresenta contornos específicos.

O conhecimento profissional que se delineou neste estudo é composto por: i) um conhecimento científico (abstrato e prático) oriundo de formação especializada, definida neste estudo como graduação, pós-graduação *lato sensu* e/ou *stricto sensu*, e por formação continuada, a exemplo de cursos, congressos e grupos de estudo; ii) um conhecimento contextual (prático) que é adquirido e desenvolvido na experiência do local onde trabalha; e ainda, iii) um conhecimento reflexivo capaz de desenvolver os conhecimentos científicos e os conhecimentos contextuais, bem como capaz de articular estes conhecimentos de maneira a conseguir identificar e resolver os problemas do trabalho. Na figura 9 é apresentado um esquema para ilustrar a articulação do conhecimento científico, contextual e reflexivo na construção do conhecimento profissional.

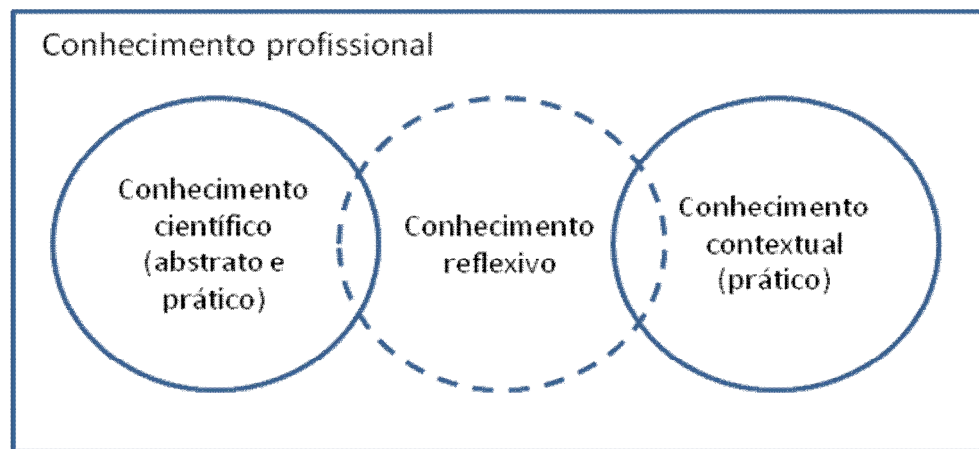


Figura 9. Conhecimentos que compõem o conhecimento profissional
Fonte: elaborado pela autora

A seguir, com a intenção de explicitar melhor o conhecimento profissional apresentado neste estudo, será realizada uma análise de cada conhecimento apontado como essencial ao profissional, a começar pelo científico.

5.1.2.1 *Conhecimento científico*

O conhecimento científico que se apresenta de forma abstrata e prática é muito valorizado em UTI pela importância atribuída ao trabalho com pacientes que estão em risco de morte. Reproduz-se entre os profissionais de saúde de nível superior a valorização de um olhar científico para cada pensamento e ação. A ciência é o eixo norteador destes trabalhadores que buscam nela a racionalidade e a lógica para o saber-fazer. Em qualquer discussão entre os profissionais de nível superior para a definição de qual atitude tomar, apenas se leva em consideração aquele posicionamento que utiliza a ciência como argumentação, assim como apenas executa aquele que souber como aplicar um conhecimento treinado academicamente de acordo com os achados científicos de eficiência.

A maneira pela qual o conhecimento científico é adquirido e produzido pelo profissional fisioterapeuta é através da formação (graduação, pós-graduação, cursos de extensão, grupos de estudo, pesquisas) e das relações de trabalho (*rounds*, grupos de estudo, pesquisas). E tomando Caria (2006) para análise, entende-se que o conhecimento científico apresenta o senso técnico-estratégico e o interpretativo para o seu desenvolvimento. Ou seja, proporciona, respectivamente, a capacidade em oferecer diferentes alternativas de recursos técnicos para o trabalho e a capacidade de entender o porquê das situações vivenciadas no trabalho.

O conhecimento científico prático que é aprendido no meio acadêmico e nas relações de trabalho parece ter seu início na repetição da atividade executada por um colega ou professor. Trata-se da construção de um saber tácito oriundo da experiência, do exercício da prática de estágio ou de trabalho. Conforme Dubar (2006), no saber tácito, inicialmente, o indivíduo não sabe que sabe, mas já aprende a realizá-lo. Em uma segunda etapa, o saber tácito pode passar a ser um saber explícito quando verbalizado e discutido através de uma situação formal ou não. Como exemplo de um saber tácito que passa a ser explícito e que fica classificado dentre o que aqui se nomeia de conhecimento científico prático, é possível citar o manuseio de ventiladores mecânicos, o ato de extubar um paciente e a aspiração de vias aéreas de um paciente. Academicamente e nas relações de trabalho o indivíduo inicialmente aprende a reproduzir o movimento ensinado, logo a seguir, ao explicá-lo e discuti-lo, passa a dar-se conta do aprendizado realizado. É considerado um conhecimento científico, pois se trata de uma forma de agir na prática assistencial construída a partir de estudos científicos

prévios. É uma prática especializada que apenas pode ser executada por indivíduos que entendem a abstração da técnica. Ou seja, para saber aplicar a técnica, tem que entender seus efeitos no organismo do paciente. Desta forma, o conhecimento científico é abstrato e prático por serem conhecimentos complementares e inseparáveis. Não basta ao profissional apenas entender, tem que saber fazer, bem como não é possível apenas executar, tem que entender a teoria que nutre a técnica.

Os trabalhadores da UTI valorizam bastante o conhecimento científico, a ponto de estabelecerem informalmente uma hierarquia entre profissionais que atuam em diferentes unidades de assistência. Nesta hierarquia, as UTIs maiores e de maior complexidade assistencial, com mais tecnologia, estariam no topo hierárquico, pois teriam os profissionais com maior conhecimento científico. As UTIs menores e com menores recursos tecnológicos estariam abaixo hierarquicamente, pois os profissionais que ali atuam apresentariam um conhecimento menor. E ainda, nas unidades de internação, estariam os profissionais com menor conhecimento e que, dentro da escala hierárquica, estariam na base.

O conhecimento científico demonstra ser uma credencial utilizada para se ter acesso ao meio. Freidson (1996), além de nomear de credenciais, refere que pode ser considerado um monopólio do conhecimento para o controle da entrada no mercado de trabalho. E de fato, ter o conhecimento científico se mostrou como condição para entrar e se manter no trabalho de uma UTI. Ainda não é exigido formalmente do fisioterapeuta em um processo seletivo para trabalhar em UTI ter pós-graduação, mas é privilegiado aquele que já tem esta formação em detrimento daquele que ainda não tem. Assim como existe uma pressão por produção de conhecimento científico a partir das rotinas assistenciais. Os profissionais de saúde, incluindo os fisioterapeutas, têm se dedicado a coletar dados para submeter a análises estatísticas para validar as ações da UTI. Esta é uma postura que se espera do profissional, a de não apenas saber, mas buscar e produzir o conhecimento científico.

O fisioterapeuta eventualmente faz uso do conhecimento científico no seu trabalho sem os demais profissionais da saúde saberem, mas como resultado desta falta de interação, o fisioterapeuta não exerce a jurisdição de sua profissão. Ou seja, na medida em que o fisioterapeuta não atua em equipe, todo e qualquer conhecimento científico não garante o reconhecimento de seu trabalho especializado. Portanto, o conhecimento científico apenas contribui para a construção do profissional quando é aplicado junto a seus colegas de trabalho, de forma cooperada.

Logo, não basta apenas se manter em formação, realizando cursos e participando de congressos, é preciso o profissional, a partir da conquista da confiança da equipe em relação ao seu trabalho, trabalhar em cooperação, de forma reconhecida e com autonomia, para que o conhecimento científico especializado de sua formação possa ganhar visibilidade. E como consequência, o profissional é reconhecido não apenas por seu trabalho, mas também pelo conhecimento científico específico de sua formação que propicia o enriquecimento do coletivo.

Este achado se contrapõe ao posicionamento de Cordeiro (2001) quando afirma que os profissionais com formação de nível superior apresentam maior autonomia que os profissionais de nível médio em decorrência da qualificação. De fato, a autonomia dos profissionais encontrada no presente estudo tem relação com a qualificação, mas não exclusivamente, pois depende também das relações de reconhecimento e cooperação no trabalho. A exemplo desta afirmação pode-se citar a realidade vivenciada por fisioterapeutas entrevistados que têm formação de nível superior, mas que dependem do médico para saber as diretrizes assistenciais relacionadas aos pacientes. Esta situação muda mediante a adequada integração do fisioterapeuta à equipe, propiciando relações de confiança com consequente compartilhamento das tomadas de decisão assistenciais.

5.1.2.2 Conhecimento contextual

Apenas o conhecimento científico não é reconhecido como suficiente para um profissional dentre os entrevistados deste estudo. Foi apresentado pelos entrevistados a importância do profissional vivenciar as interações e problemas do local de trabalho para então desenvolver outro conhecimento que se torna complementar ao científico. Trata-se de um conhecimento relativo ao contexto do trabalho e que está associado a um conhecimento prático, pois é construído a partir da experiência do profissional na rotina da UTI.

O conhecimento que aqui é nomeado de contextual é desenvolvido nas relações de trabalho, com o ambiente e os colegas e que proporciona ao profissional estar em constante processo de aprendizado, pois a cada dia vivencia situações diferentes que obriga reconduzir a rotina junto a seus colegas. Este conhecimento é desenvolvido mediante a integração do fisioterapeuta com os demais profissionais atuantes da UTI. Mais especificamente, trata-se de um conhecimento que depende do desenvolvimento do processo de construção de uma

identidade no trabalho estabilizada. O profissional precisa sentir-se reconhecido no trabalho e atuar de forma cooperada e com autonomia para aprender junto à equipe.

Este conhecimento não vem pronto, ou seja, ninguém poderá ensiná-lo. O profissional precisa experimentar e compartilhar com o coletivo para haver o aprendizado. Se o profissional trocar de ambiente de trabalho, ou seja, se for trabalhar em outra UTI, carregará a sua bagagem de conhecimento contextual, mas deverá se ambientar ao novo local de trabalho para então aprender as particularidades da outra UTI.

A aproximação do conceito de saber tácito de Dubar (2006) para o de conhecimento contextual é que ambos estão fundados no desenvolvimento de uma prática do trabalhador com a possibilidade de contribuição para a organização do trabalho. Mas o que os diferencia é que o primeiro tem seu desenvolvimento na reprodução do fazer de um colega mais antigo do trabalho e na aprendizagem pela prática, pela repetição, já o segundo é desenvolvido na construção coletiva de uma forma de ação que se define em um contexto. Por exemplo, dependendo do processo de adoecimento de cada paciente, a rotina assistencial deve ser repensada em equipe para conduzir melhor aquela situação. Não se trata de uma mudança na escolha de uma técnica terapêutica, mas de uma organização de trabalho que favoreça ou permita a ação terapêutica. A partir desta vivência, todos que a vivenciaram passam a ter uma bagagem de conhecimento que está associada ao contexto, aos recursos materiais e humanos disponíveis e às pessoas que trabalham naquela equipe.

Não se pretende com a análise acima destituir a importância do saber tácito na organização do trabalho, pelo contrário. Conforme relata Champy (2006), o saber tácito associado ao conhecimento formal e abstrato contribui para a definição de um profissional. Segundo esta autora, o profissional deverá achar o meio termo entre o trabalho formal e o trabalho subjetivo, pois na rotina do trabalho se usa de vários recursos para alcançar um objetivo. Desta forma, acredita-se que o conhecimento tácito possa fazer parte do processo de construção do conhecimento contextual, mas que não podem ser considerados como sinônimos.

Já no estudo de Caria (2006) acerca do conhecimento técnico-intelectual do profissional, o senso de contexto que o autor pontua como uma opção ao profissional tem maior afinidade com o conhecimento contextual deste estudo. Conforme Caria, o senso de contexto está relacionado a um saber como conduzir a situação em determinado ambiente, com a exigência da interação no local de trabalho.

O conhecimento contextual se mostrou neste estudo com o mesmo nível de importância que o conhecimento científico se apresenta como condição para que o fisioterapeuta consiga se perceber como profissional e realizado. Contudo, nem todos os fisioterapeutas têm acesso à construção deste conhecimento, já que ele depende de uma construção prévia de identidade no trabalho estabilizada que nem todos demonstraram ter alcançado. Ou seja, faz-se necessário haver relações de reconhecimento, com cooperação e autonomia no trabalho para que o profissional construa coletivamente o conhecimento contextual.

E ainda, à medida que o conhecimento contextual se desenvolve, o conhecimento científico prático se transforma, deixa de ser aquele herdado da formação ou da repetição de uma técnica instruída por um colega ou superior para adquirir um contorno específico marcado pelo contexto do trabalho. Ou seja, os conhecimentos se mesclam e ganham novas características.

5.1.2.3 Conhecimento reflexivo

O conhecimento reflexivo potencializa o desenvolvimento do conhecimento científico e do conhecimento contextual, e ainda, permite a articulação destes dois conhecimentos no intuito de resolver os problemas assistenciais na UTI. Trata-se de um conhecimento que é desenvolvido em um indivíduo e que permite a capacidade de saber refletir, de saber investigar, de construir um conhecimento em rede articulando o conhecimento científico com o contextual. O que se observa é que se trata de uma forma reflexiva de pensar e agir no trabalho que norteia o fazer profissional. Como aborda Vince e Reynolds (2009), a reflexividade é uma habilidade que pode ser desenvolvida e que se constitui no descobrir e tornar explícito para si próprio e para os demais colegas de trabalho o planejado, o observado e o alcançado na prática.

O conhecimento reflexivo tem afinidade teórica com o conceito de profissional reflexivo de Schön (2000). Segundo este autor, o profissional reflexivo deve ter, além do conhecimento acadêmico abstrato, um conhecimento voltado para situações de ordem prática para ter condições de identificar e resolver problemas. Este conhecimento está atrelado à

competência de refletir na ação (refletir enquanto age) e sobre a ação (refletir depois da ação). A reflexão é utilizada para identificar situações problema e as resolver com um agir singular.

Essencialmente o que diferencia os conceitos propostos por Schön dos propostos nesta tese é a forma com que os conhecimentos são separados didaticamente. Opta-se nesta tese por destacar conceitualmente os diferentes conhecimentos e analisar como se articulam. Desta forma, a competência reflexiva do profissional de Schön passa a ser compreendida nesta tese como o conhecimento reflexivo que, juntamente ao conhecimento contextual e científico, caracterizam o profissional.

Tanto a reflexão na ação quanto sobre a ação, abordada por Schön para conceituar o profissional reflexivo, foi identificada neste estudo no agir do fisioterapeuta. Contudo, se Schön refere que o conhecimento reflexivo é utilizado para resolver situações problema sem a bagagem de conhecimento prévia necessária, neste estudo se percebeu de forma diferente. O que se pôde observar foram fisioterapeutas fazendo uso do conhecimento reflexivo para saber identificar a situação problema do trabalho e saber recrutar e articular os conhecimentos necessários para a resolução. Ou seja, não necessariamente são situações nunca vivenciadas. Pode ser em situações já vivenciadas, mas a reflexão sobre o caso propicia ao fisioterapeuta repensar toda a bagagem agregada desde a última vivência para saber se não haveria algo ainda melhor a ser realizado em prol do paciente. Naturalmente, em situações ainda não vivenciadas, as conexões entre os conhecimentos científicos são ainda mais desafiadoras e exigem uma capacidade reflexiva maior.

O que precisa ser ressaltado é que o objeto de trabalho dos profissionais da saúde, o paciente, nunca se apresenta de forma idêntica. Cada paciente, apesar de ter um mesmo diagnóstico clínico, apresenta reações diferentes às terapêuticas propostas. Desta forma, não é possível ao profissional da saúde apenas a reprodução de um conhecimento, pois a cada paciente, apesar de ser empregado um mesmo protocolo assistencial, diferentes respostas serão apresentadas, exigindo dos profissionais diferentes intervenções e a capacidade reflexiva para dar conta destas variáveis assistenciais frequentes.

O conhecimento reflexivo aqui proposto é desenvolvido no período de formação profissional, no caso do fisioterapeuta é na graduação, e nas relações de trabalho com outros profissionais que atuam de forma reflexiva. Desde a formação o fisioterapeuta começa a ser instigado a ter um olhar investigador sobre a assistência ao paciente e a buscar as conexões entre os diferentes conhecimentos desenvolvidos para a interpretação de uma situação.

Segundo Schön (2000), este conhecimento desenvolvido no período da formação está associado às experiências práticas de ensino. Em especial, visualiza-se nas relações de estágio com supervisores, que são mais orientadores que professores. Todavia, observou-se que este conhecimento reflexivo não é essencialmente desenvolvido durante a formação profissional, como entende Schön. De fato, o conhecimento reflexivo se desenvolve especialmente quando se trabalha com outros profissionais que também trazem esta bagagem reflexiva e se propõem de forma coletiva a refletir sobre a assistência.

Portanto, para que o trabalhador possa desenvolver o conhecimento reflexivo, faz-se necessário haver relações de reconhecimento e cooperação com alguma autonomia no trabalho de forma que oportunize a construção de uma identidade no trabalho estabilizada. Ou seja, assim como o conhecimento científico, o conhecimento reflexivo também vem da formação, mas ambos apenas ganham visibilidade e força se houver a interação necessária entre os profissionais.

A postura reflexiva, segundo Argyris e Schön (1996), propicia a aprendizagem ao trabalhador nas relações de trabalho. O aprendizado está nas ações que foram questionadas e nos modelos mentais que governam a tomada de decisão com relação às ações. Trata-se de rever as causas do problema e se permitir questionar o comportamento e os valores que regem as ações promovendo uma mudança mais fundamentada na tomada de decisão.

Os fisioterapeutas que demonstraram desenvolver nas relações de trabalho os conhecimentos científico, contextual e reflexivo, relataram se realizar profissionalmente por permanecer em estado de aprendizagem. Havia a consciência que a cada dia de UTI novos conhecimentos eram produzidos e que o aprender passou a fazer parte do trabalho prazeroso, como pode ser percebido no relato de F5:

Eu fiz o mestrado, tenho pensado no doutorado. Gostaria de talvez atuar de forma mais acadêmica, gosto de aluno, de pesquisa, mas acho mais difícil. Mas eu não quero perder esta relação de beira-de-leito, que é o que eu sempre quis. Eu não largo o contato com o paciente, com a equipe. A única coisa que eu faço é uma projeção de não perder o contato com a UTI. O aprendizado aqui é impressionante, sabe? Não perco isso por nada. A cada dia sinto que sou melhor.

A postura assumida pelo profissional de se manter em processo de aprendizagem vai ao encontro das formas identitárias preconizadas pelas organizações atualmente, conforme afirma Demazière e Dubar (2000). Estes autores apontam que o profissional deve se manter qualificado e com competências que permitam acompanhar as necessidades do mercado.

Portanto, a postura reflexiva favorece o modelo profissional de não se acomodar com uma única forma de tradução do contexto vivenciado, pelo contrário, instiga o trabalhador a se manter constantemente com um olhar investigativo.

Outro autor que utiliza a expressão 'reflexivo' para conceituar o profissional é Caria (2006). Este autor apresenta em sua tipologia o profissional reflexivo como aquele que faz uso do senso técnico-estratégico, do senso interpretativo e do senso de contexto. Todavia, o que se percebeu no presente estudo é que o conhecimento reflexivo não seria a soma destes sentidos, mas um conhecimento capaz de articular tais sentidos. A crítica que se faz aqui é que ser reflexivo não é o resultado de um processo de construção de uma identidade profissional, mas um conhecimento que contribui para este processo.

5.1.3 A identidade no trabalho associada ao conhecimento profissional

A identidade profissional de um indivíduo, portanto, passa por um processo de construção da identidade no trabalho como condição de seu desenvolvimento. É necessário ao indivíduo que nas relações de trabalho haja a possibilidade de retribuição simbólica através da valorização, da contribuição e utilidade de seu trabalho de forma que sejam favorecidas as relações de confiança entre os colegas. As relações de confiança representam o compartilhamento não apenas do trabalho entre colegas, como também de valores, além de propiciar ao trabalhador o sentimento de pertença ao coletivo. E ainda, as relações de confiança permitem o controle sobre os objetivos, métodos e técnicas dos elementos da tarefa e nas atribuições dos atos e o assumir responsabilidades nos processos de tomada de decisão, ou seja, que seja conferido o direito de criação e de tomada de iniciativa no trabalho. Na figura 10 é apresentado um esquema do processo de construção da identidade no trabalho e profissional. Nele é possível verificar que o conhecimento profissional, desenvolvido nas relações de trabalho, está em conexão direta com as relações de reconhecimento, cooperação e autonomia no trabalho. E ainda, que se houver espaço para o desenvolvimento de uma identidade no trabalho estabilizada, mediante o conhecimento profissional desenvolvido e aplicado nas relações de trabalho, a identidade profissional se desenvolve juntamente à identidade no trabalho.

Assim sendo, mediante o sentimento de pertença ao local de trabalho e o agir coletivo, o indivíduo desenvolve o conhecimento contextual, assim como em decorrência da maior autonomia no trabalho conquistada, o conhecimento reflexivo se constrói facilitando o desenvolvimento do conhecimento contextual e científico. E desta forma, percebe-se que o conhecimento profissional desenvolvido nas relações de trabalho, ganha visibilidade, ou seja, é reconhecido por seus colegas e clientes como necessário para a organização do trabalho.

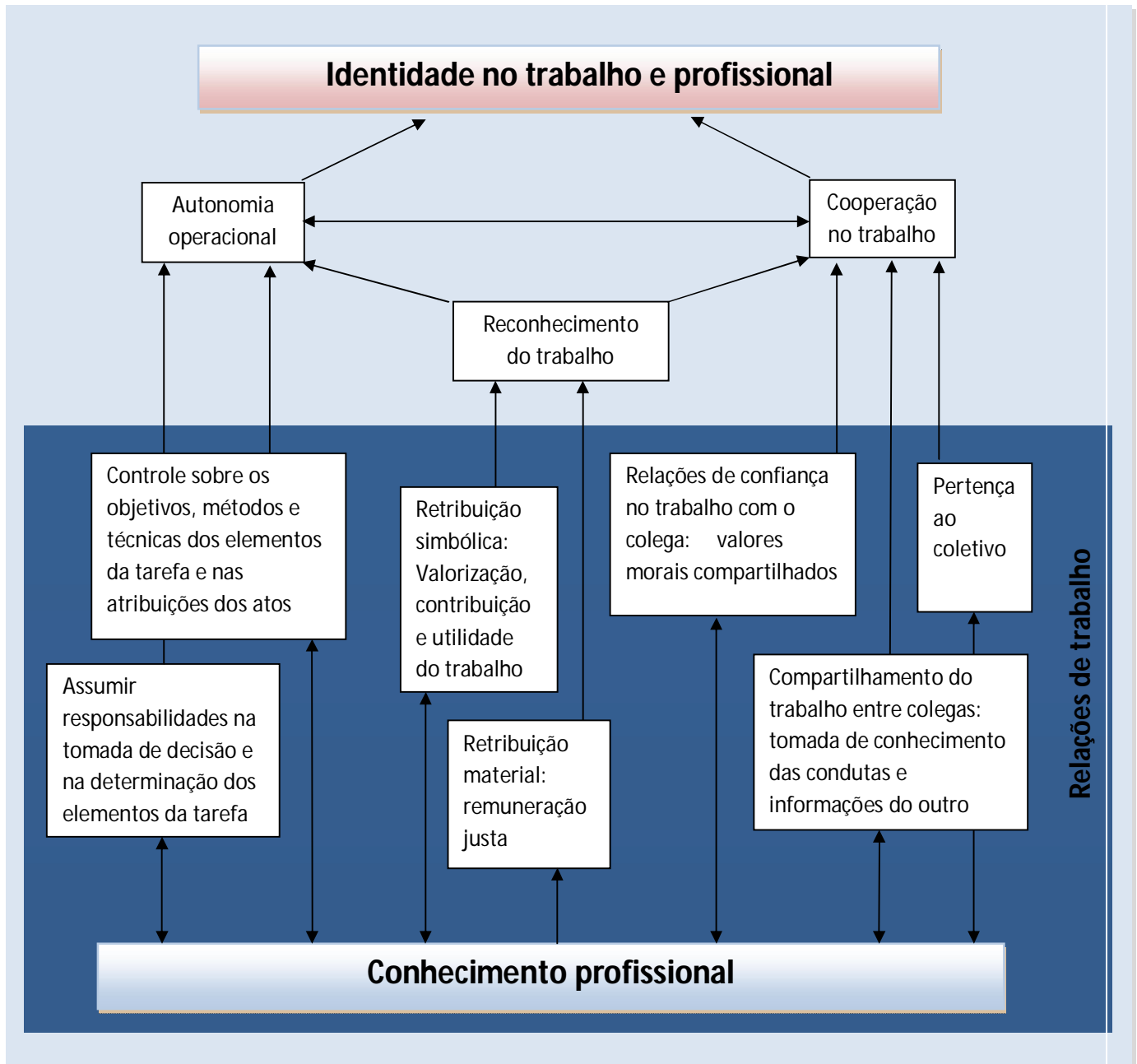


Figura 10. Processo de construção da identidade no trabalho e profissional
Fonte: elaborado pela autora

O reconhecimento necessário para o indivíduo desenvolver a identidade profissional está atrelada à possibilidade de construir e demonstrar os conhecimentos científico, reflexivo e contextual nas relações de trabalho. Quando o trabalhador é reconhecido profissionalmente, significa dizer que é reconhecido por seu trabalho e por seu conhecimento profissional.

No relato de F6 a seguir se percebe a relação que este fisioterapeuta tem com a UTI onde trabalha. Ele foi acolhido desde que começou a trabalhar nesta UTI, houve a possibilidade de integração e construíram-se relações de reconhecimento e cooperação com autonomia no trabalho. A partir disto, foi propiciado o desenvolvimento do conhecimento contextual da UTI e o conhecimento reflexivo. Mediante o conhecimento reflexivo, desenvolveram-se mais o conhecimento científico que trazia de sua formação, bem como o contextual. E como resultado deste processo todo, o fisioterapeuta não apenas tinha uma identidade no trabalho com aquela UTI, mas também uma identidade profissional. O relato de F6 foi sempre de certo encantamento com a UTI que atua, como pode ser visto a seguir:

Quando eu entrei nessa UTI foi melhor, porque a produtividade que me é exigido agora é mais baixo, então vai ao encontro do que eu acredito que seja correto, com meus princípios. Minha percepção como fisioterapeuta foi de euforia e de temor. Euforia de que bom que aqui é assim e de temor, será que eu vou dar conta? Além de tristeza de saber da situação de outros fisioterapeutas de outros hospitais. Esta UTI me deu um certo deslumbramento com a profissão. E melhor, um fisioterapeuta competente. Não que eu seja um super profissional, mas um profissional capaz de negociar os passos na UTI junto com as outras profissões na equipe. Eu produzo conhecimento na UTI e sou responsável por isso. Eu me sinto hoje um profissional da saúde qualificado. (F6)

5.1.4 A herança da formação na construção da identidade profissional

Segundo Dubar (2005), a identidade profissional é construída na articulação da formação profissional com as relações de trabalho. É neste encontro que o indivíduo é capaz de projetar suas expectativas profissionais futuras e delinear uma carreira. Logo, a identidade profissional sofre influência de uma dimensão herdada da identidade biográfica do indivíduo. Contudo, este estudo não se propôs realizar uma análise da construção da identidade profissional do indivíduo contemplando a análise da identidade biográfica. O que aqui é analisado é a influência da dimensão ‘herança da formação profissional’, que pertence à identidade biográfica do indivíduo, na construção da identidade profissional. Especificamente,

a análise feita da herança da formação profissional é realizada a partir das vivências de trabalho e não da vida de cada fisioterapeuta entrevistado.

A herança da formação profissional está essencialmente nos modelos propostos pelos professores, nas imagens que são utilizadas no início das relações de trabalho, contribuindo para a definição da identidade profissional. Ocorre que durante a formação são apresentados aos futuros fisioterapeutas cenários profissionais que podem ser encontrados ou não nas relações de trabalho. Quando estes cenários não são reais, tende a dificultar a adaptação dos fisioterapeutas nas relações de trabalho, já que terão que conhecer o cenário verdadeiro para então se adaptarem e conquistarem a confiança de seus colegas de trabalho. No relato de F6 se percebe que a vivência no trabalho diferiu da imagem que a graduação havia passado para o então aluno de fisioterapia, resultando na necessidade de construções de estratégias adaptativas para a realidade:

Eu na graduação já duvidava do modelo que me mostravam que era possível da profissão, mas acreditei de certa forma e me identifiquei com o modelo proposto. Era bom demais para ser verdade... no final não era nada disso e tive que optar pelo que fazer e decidi lutar pelo que ensinaram. (F6)

A imagem que a graduação passou para este fisioterapeuta era incompatível com a realidade, mas talvez de acordo com os ideais da profissão em relação à atuação do fisioterapeuta em UTI. Esta imagem influenciou o fisioterapeuta no processo de busca por um trabalho que não lhe foi oferecido logo ao entrar na UTI, mas que pôde ser conquistado. Ou seja, de uma herança da formação, desencadeou-se uma luta por uma identidade compatível com um significado para este fisioterapeuta. Hoje este fisioterapeuta está realizado profissionalmente, pois além de sentir-se um intensivista, de sentir-se pertencente à equipe de UTI, é reconhecido por sua contribuição a esta unidade. Portanto, este fisioterapeuta, por influência da herança da graduação, buscou, através da identidade no trabalho, uma identidade profissional e uma projeção profissional compatível com suas expectativas primeiras de recém formado.

A imagem que o trabalhador fisioterapeuta herda da graduação e que projeta para o futuro é construída a partir de uma relação dialógica, que conforme Taylor (2005), ocorre com pessoas que são significativas, que têm importância para este trabalhador no sentido de contribuição no processo de definição de si mesmo. As pessoas que mais são significativas ao fisioterapeuta estudado no processo dialógico para a definição de si mesmo são os médicos que atuam junto à equipe básica de UTI. É a partir da interação com a equipe médica, em

especial, que o fisioterapeuta é capaz de avaliar qual sua bagagem da formação (se está compatível com a atividade profissional exigida) e ainda, que projeção profissional é possível idealizar (o que pode visualizar fazer profissionalmente a partir da atual realidade no trabalho). O papel da equipe médica é de conferir a chave de acesso para o sentimento de pertencimento ao local de trabalho que permite a incorporação da identidade.

O conhecimento científico e reflexivo se mostrou neste estudo como uma herança da graduação, como algo de valioso e que deve ser desenvolvido ao longo da vida profissional, apesar de não ter sido visualizado estes conhecimentos em todos os fisioterapeutas entrevistados. De fato, foi possível identificar que aquele fisioterapeuta que havia sido estimulado para não apenas saber aplicar técnicas, mas que soubesse ser crítico e reflexivo em relação à sua atuação e ainda que tivesse uma bagagem de conhecimento científico, já entrava nas relações de trabalho com mais condições de conseguir ser reconhecido por seus colegas e conquistar sua autonomia profissional. Contudo, se o fisioterapeuta não tinha uma herança da graduação em relação ao conhecimento científico e reflexivo, a luta pelo reconhecimento exigia do fisioterapeuta a busca por estes conhecimentos através da formação continuada e das relações de trabalho, protelando o reconhecimento profissional dos colegas de trabalho.

No relato de F10 visualiza-se a análise crítica que este fisioterapeuta faz em relação aos seus colegas de mesma profissão:

O fisioterapeuta é um profissional treinado para se sentir inferior, ele se sente desvalorizado constantemente, ele nunca sabe o que quer. Ele não sabe onde ele pode chegar, o quanto que pode oferecer de saúde para o paciente, não sabe o poder da técnica dele, quanto que pode produzir de dinheiro com o paciente, não sei como sai da faculdade deste jeito. Tem o fisioterapeuta que se forma e tem sede de conhecimento e já é um fisioterapeuta, tem aqueles que têm apenas um título e tem aqueles que se formam e buscam ser melhor através de formação. Não tem espaço no mercado de trabalho aquele que só pegou um título, tem que ter sede de conhecimento. (F10)

A percepção de F10 é a de que o fisioterapeuta eventualmente não traz na herança da graduação o conhecimento necessário para a adequada inserção profissional e que se não souber buscar este conhecimento depois de graduado, não conseguirá se manter inserido. Segundo este fisioterapeuta, o conhecimento é a chave de acesso para a realização profissional e que precisa vir internalizado já desde a graduação como modelo identitário.

Contudo, se F10 tem esta imagem da herança da graduação, ela se construiu nas relações de trabalho. Apenas depois de alguns anos de atuação que este profissional percebeu o valor de ter recebido uma formação crítica e reflexiva. Ou seja, a valorização e a

constatação da necessidade de conhecimento científico e reflexivo veio mediante a experiência nas relações de trabalho, em especial com a equipe médica que espera do fisioterapeuta esta postura para atuar em equipe. A partir das relações de trabalho que o fisioterapeuta toma consciência de sua herança da formação para então formar a identidade profissional.

Desta forma, visualiza-se que a herança da formação no encontro com as relações de trabalho propicia ao indivíduo a possibilidade de construção de diferentes imagens profissionais. Pois, conforme a bagagem que traz do período da formação, o indivíduo recruta uma imagem que pode favorecer a construção da identidade profissional ou não. O que se entende é que a partir dos primeiros movimentos de retribuição moral-simbólica que o indivíduo percebe nas relações de trabalho, ele se sente autorizado a recrutar a imagem profissional que a formação lhe apresentou como referência de atuação.

A bagagem herdada de conhecimento do indivíduo do período da formação limita-se ao conhecimento científico (teórico e prático) e reflexivo. São estes conhecimentos que permitem ao indivíduo sentir-se profissional mediante os primeiros sentimentos de pertença às relações de trabalho propiciando o início de um compartilhamento de valores e de conhecimentos em equipe. Na ausência da percepção de pertencimento, a herança da formação tende a não ganhar visibilidade pelos demais profissionais.

A possibilidade de atuar com alguma autonomia no início das relações de trabalho é baixa, já que ainda não tem conquistada a confiança entre os colegas de trabalho. Mas a imagem e o conhecimento profissional que o indivíduo traz de sua formação influencia na tentativa de subversão da prescrição que apenas ganhará maior visibilidade ao longo do processo de construção da identidade profissional. De fato, a principal contribuição da herança da formação no processo de conquista de autonomia no trabalho está no modelo desejado de imagem que serve de referência a ser conquistado nas relações de trabalho.

Portanto, conforme o processo de construção da identidade no trabalho deste indivíduo, ao articular a bagagem herdada da formação, dá-se início ao processo de construção de uma identidade profissional. Mas nos primeiros contatos, quando pouco se construiu nas relações de trabalho, a base da imagem profissional do indivíduo está na herança da formação. Conclui-se que a primeira imagem projetada aos colegas no início do trabalho em equipe é aquela construída ao longo da formação e que, mediante o contato com o trabalho, ganha uma nova forma.

5.1.5 A projeção profissional a partir da identidade profissional

Já a projeção profissional é o fechamento de um ciclo do processo de construção da identidade profissional, pois, conforme a herança do período da formação somada às relações de trabalho, o trabalhador avalia se toda a trajetória confere sentido na vida, se permite a realização de si e projeta-se profissionalmente.

Nas expectativas profissionais futuras, o indivíduo pode dar continuidade ao mesmo modelo absorvido durante a formação profissional e vivenciado nas relações de trabalho, bem como pode delinear novos contornos. O processo de construção da projeção profissional é um movimento constante, pois a cada experiência no trabalho, a identidade profissional se atualiza, desencadeando novas estratégias de atuação e de projeção da carreira (DUBAR, 1994).

Quando o profissional projeta sua carreira a partir do processo de construção da identidade no trabalho, o indivíduo compreende o sentido da vida no âmbito do trabalho, ou seja, a formação profissional levou o indivíduo a este trabalho e que o levará para onde tem significado ir profissionalmente. Conforme Taylor (2005), este significado costuma estar associado a uma causa que confere um sentido na vida em uma comunidade. Para o fisioterapeuta atuante em UTI, a causa parece estar associada ao reconhecimento social que a classe profissional busca nas relações de trabalho. Portanto, para o fisioterapeuta, a construção da identidade profissional representa uma conquista para a classe profissional, no sentido de consolidação de uma profissão na sociedade.

No relato de F11 é possível ver que apesar das dificuldades encontradas nas relações de trabalho, esta fisioterapeuta construiu uma identidade no trabalho e profissional estabilizada e, portanto, consegue projetar-se profissionalmente a partir da experiência desta UTI:

Eu me realizo, faz sentido para mim sim a minha profissão. No início era sofrido porque por mais que eu atendesse bem, eu não sabia lidar com todo o resto e hoje eu sinto que eu consigo atender bem meu paciente, fazer com que o ambiente de trabalho seja bom com todo mundo, que eu tenha um bom diálogo com a equipe, que eu seja valorizada... Então hoje eu tenho o domínio de uma situação. Pretendo terminar o doutorado, seguir na pesquisa, contribuir para tornar esta UTI deste hospital um local de pesquisa, de produção de conhecimento, uma referência. (F11)

Todavia, se o trabalhador não conseguir construir uma identidade no trabalho que permita sentir-se pertencente à equipe e reconhecido por seus colegas e hierarquia com uma atuação de forma cooperada e com alguma autonomia, a projeção profissional se apresenta de forma desestabilizada, sem sentido. Ocorre que mediante as dificuldades de construção de uma identidade no trabalho estabilizada, a herança da formação não consegue contribuir efetivamente no processo e a identidade profissional, por sua vez, também não consegue ter um desenvolvimento compatível com o desejo do profissional.

Muitos fisioterapeutas entrevistados demonstraram não conseguir desenvolver uma identidade no trabalho necessária para uma identidade profissional estável de acordo com as expectativas herdadas da formação. E como estratégia na busca pela realização profissional, alguns fisioterapeutas buscaram na educação continuada o caminho para a estabilização da identidade profissional. Contudo, apenas a educação continuada não resolveu a dificuldade de construção de uma identidade profissional compatível com suas expectativas, pois não garante a inserção plena na equipe de trabalho. E como resultado destas limitações, alguns acabavam relatando o desejo de sair da assistência e seguir a vida acadêmica, como professor universitário, imaginando neste espaço poder realizar-se. Ou seja, estavam abrindo mão da UTI, pois este trabalho não conferia mais a possibilidade de realização profissional.

No mesmo sentido, houve fisioterapeutas conduzindo sua vida profissional de forma paralela, ou seja, se pela manhã trabalhavam em uma UTI, pela tarde iam para seu consultório ou outro local que pudesse vivenciar a realização profissional desejada. Para estes, quando questionados sobre a projeção profissional futura ligada a UTI, a resposta era de que não tinham planejamento algum, que apenas esperavam pela aposentadoria.

Fato curioso foi de uma fisioterapeuta que atuava em uma UTI de um hospital privado que não propiciava relações de trabalho compatíveis com o desenvolvimento de uma identidade no trabalho estabilizada e que passou em um concurso público. No período da entrevista, esta fisioterapeuta atuava no hospital privado e relatou não ter expectativas profissionais, demonstrando haver frustração por não ver alternativa para reverter as dificuldades encontradas nas relações de trabalho. Passado alguns meses, a entrevistada se encontra casualmente com a pesquisadora deste estudo e relata que a partir da experiência de trabalho da UTI onde atua hoje, pública, as expectativas profissionais são completamente diferentes. A fisioterapeuta transparecia um ar de realização, de que finalmente toda a sua trajetória de vida ganhou sentido, de que valeu a pena todo e qualquer esforço de formação

profissional e de trabalho, pois agora havia sido “gratificada” (palavra utilizada pela fisioterapeuta) com relações de trabalho favoráveis.

Portanto, a projeção profissional se apresenta influenciada pela herança da formação e diretamente relacionada à construção da identidade no trabalho vivenciada nas relações de trabalho. Percebe-se que a realização profissional do fisioterapeuta é favorecida pela adequada formação, mas depende de uma interação nas relações de trabalho marcadas pela confiança entre os colegas, capaz de proporcionar trabalhos cooperados e reconhecidos por seu valor com possibilidade de ganho de autonomia e ainda da possibilidade de contribuição de seu conhecimento profissional no trabalho. A partir deste cenário, o trabalhador vê sentido na trajetória profissional construída e é capaz de projetar sua carreira dentro do ambiente de trabalho e dos conhecimentos profissionais que se identifica, bem como tem a possibilidade de contemplar suas expectativas de realização de si na profissão, pois percebe que esta é uma vida que vale a pena ser vivida.

Na figura 11 a seguir, será apresentado um mapa de associações conceituais sobre o processo de construção da identidade profissional. Neste mapa será possível visualizar, de forma resumida, a articulação da herança da formação com as relações de trabalho e as expectativas futuras profissionais no processo de construção da identidade profissional a partir da construção da identidade no trabalho. E ainda, o papel do conhecimento científico, contextual e reflexivo na construção do profissional.

		Identidade Profissional		
		Herança da formação profissional	Relações de trabalho	Projeção profissional
Identidade no Trabalho	Reconhecimento no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - A partir dos primeiros movimentos de retribuição moral-simbólica que o indivíduo percebe no trabalho, ele se sente autorizado a recrutar a imagem profissional que a formação lhe apresentou como referência de atuação; - Conforme o reconhecimento no trabalho e a bagagem herdada do período da formação, diferentes construções iniciais se delineiam na imagem do profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mediante o julgamento de beleza e utilidade de colegas e chefias passa a existir a possibilidade do sentimento de utilidade e de distinção profissional; - Convívio entre colegas propicia relações de confiança entre os mesmos calcada nos valores que passam a ser compartilhados. 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir de relações de reconhecimento no trabalho, o indivíduo passa a ser capaz de projetar-se profissionalmente; - Mediante o reconhecimento, toda a trajetória de trabalho confere sentido na vida e o indivíduo passa a sentir-se realizado profissionalmente.
	Cooperação no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - A partir dos primeiros sentimentos de pertença ao local de trabalho, o indivíduo passa a compartilhar à equipe o que herdou do período da formação; - Na ausência da possibilidade de trabalhar de forma cooperada, a herança da formação não ganha visibilidade, mesmo que tenha sido utilizada na rotina de trabalho; - A herança de conhecimento que passa a ser compartilhada inicialmente se limita ao conhecimento científico e reflexivo, desenvolvidos na formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir das relações de confiança entre trabalhadores, o sentimento de pertença ao local de trabalho e a noção de coletivo se constrói, propiciando a possibilidade de desenvolver outras interações marcadas pelo conhecimento profissional; - Dá-se início a construção do conhecimento contextual profissional que completa o conhecimento do profissional; - Formalização de acordos entre profissionais com sustentação no conhecimento profissional na organização da rotina de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - As relações de cooperação no trabalho permitem ao trabalhador projetar sua carreira dentro do ambiente de trabalho e dos conhecimentos profissionais que se identifica; - O exercício de planejamento da trajetória profissional futura ocorre mediante o sentimento de pertencimento ao coletivo que legitima sua contribuição social, portanto, é uma vida que vale a pena ser vivida.
	Autonomia no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - A imagem e o conhecimento profissional que o indivíduo traz de sua formação influencia na tentativa de subversão da prescrição, mas apenas ganhará maior visibilidade ao longo do processo de construção da identidade profissional. - Em especial, a contribuição da imagem herdada está no modelo desejado de autonomia que serve de referência a ser conquistada nas relações de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir das relações de confiança, existe a possibilidade de assumir responsabilidades, de concepção do trabalho, de subversão da prescrição; - Autonomia que pode ser plena ou relativa e que pode passar a ser heteronomia; - Ao assumir responsabilidades, o profissional tem a possibilidade de utilizar seu conhecimento profissional no processo de subversão no coletivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mediante autonomia nas relações de trabalho, o indivíduo passa a ver sentido em sua trajetória profissional e é capaz de projetar uma identidade profissional futura compatível com suas expectativas de realização de si.

Figura 11. Mapa de associações conceituais sobre o processo de construção da identidade profissional

Fonte: elaborado pela autora

5.1.6 Processos de construção do profissional fisioterapeuta em UTI

Um dos questionamentos apresentados como motivação para a realização do estudo com fisioterapeutas foi o fato de que este profissional é considerado novo na área da saúde e que vivencia um reconhecimento social de seu trabalho menor em comparação àquele de outros profissionais do mesmo segmento de atuação, em especial o médico. A partir deste cenário foi questionado como o fisioterapeuta constrói sua identidade profissional mediante situações precárias de reconhecimento de seu trabalho.

Como hipótese para esta questão, pensou-se que o fisioterapeuta não tem autonomia suficiente no trabalho para demonstrar seu conhecimento e como consequência apresentaria uma identidade marcada pelo sentimento de frustração pelo baixo reconhecimento de suas competências. Pois Loewe (2006) explica que a frustração é um sentimento desencadeado pelo impedimento da pessoa em alcançar determinada meta pelo baixo reconhecimento que lhe é conferido, dificultando a construção de uma identidade que permita a realização de si mesmo.

Neste estudo, os fisioterapeutas apresentaram diferentes processos de construção da identidade profissional. Alguns apresentaram relações de reconhecimento no trabalho e profissional, ou seja, havia interações no trabalho suficientes que permitissem tanto o ganho de confiança no trabalho, quanto a autonomia para aplicar o conhecimento profissional, favorecendo a construção da identidade profissional. Em contrapartida, se apresentou também cenários de fisioterapeutas vivenciando situações de baixo reconhecimento no trabalho, com poucas interações entre colegas, que impediam relações de confiança e que, por consequência, não ofereciam oportunidade para o conhecimento profissional se desenvolver e ganhar visibilidade, dificultando a construção de uma identidade profissional estabilizada. Mas não apenas as situações limítrofes e opostas foram presenciadas. Houve fisioterapeutas que eram reconhecidos pelo conhecimento científico, mas que não tinham desenvolvido o conhecimento contextual e reflexivo pelas limitações da integração entre colegas, propiciando uma identidade profissional com certas limitações. Assim como também aquele que era reconhecido pelo conhecimento contextual em detrimento do científico e do reflexivo, já que tinha uma boa relação de trabalho com a equipe que permitiu a integração necessária para desenvolver conhecimentos relacionados ao contexto, mas que não havia se dedicado à formação continuada, constituindo uma identidade profissional também com limitações.

De qualquer sorte, ficou clara a relação existente entre o processo de construção da identidade no trabalho e o conhecimento profissional no delineamento da identidade profissional. E que mediante a fragilidade na construção de um destes dois fatores, a identidade profissional tende a se apresentar de maneira desestabilizada.

A maioria dos fisioterapeutas entrevistados ainda está em processo de busca por uma identidade no trabalho que os realize e, portanto, não apresentam ainda condições de desenvolver a identidade profissional que idealizam. E a estratégia que muitos destes profissionais têm utilizado na busca pela identidade profissional é a formação continuada. Dos 20 entrevistados, dois são mestres, cinco são especialistas, e sete são especialistas e mestres, ou seja, 14 fisioterapeutas buscaram na formação continuada a tentativa de realização profissional. No relato de F1 abaixo se percebe que foi através do mestrado que esta fisioterapeuta procurou se realizar profissionalmente, já que nas relações de trabalho era muito difícil a interação necessária para o processo de construção de sua identidade no trabalho:

Acho que eu era extremamente imatura. A gente sai imatura da faculdade, acreditando em tudo. Depois eu vi que não era mais, que tinham injustiças, que muitas coisas não eram coisas boas para a minha profissão e para minha pessoa. Daí fiz mestrado, mas antes do mestrado eu pensei em desistir da profissão. A qualificação é que me ajudou a resolver a fisioterapia em mim. Existe uma fisioterapeuta antes do mestrado e depois, porque me senti mais valorizada por outras pessoas e por mim mesma. É uma questão de aceitação. Eu tava brigada com a minha profissão. E o mestrado me trouxe uma satisfação interna, porque me trouxe uma janela de conhecimento que me nutriu muito e que me mostrou dentro da minha profissão como me realizar. (F1)

De fato, a formação continuada contribui para a construção da identidade profissional pelo aspecto da produção do conhecimento científico e reflexivo, que são estimulados durante os processos de formação. Contudo, apenas buscar a formação não contribui suficientemente para a realização do profissional, pois existe uma limitação no quanto a equipe reconhece este conhecimento por não ter a confiança necessária no trabalhador.

A realização que F1 encontrou no mestrado estava provavelmente relacionada à herança da formação, mas não às relações de trabalho, pois ao longo de seu depoimento, percebeu-se que mesmo depois do mestrado, a sua atuação na UTI continuava limitada e com baixo reconhecimento.

O resultado do empenho dos fisioterapeutas na construção do conhecimento científico, através da formação continuada como estratégia de inserção e busca pela valorização profissional caracterizou estes profissionais por apresentarem, essencialmente, um conhecimento técnico científico especializado. E como consequência, o reconhecimento é proporcional ao oferecido, ou seja, o máximo de reconhecimento é aquele da valorização de saber aplicar uma técnica que contribui para assistência do paciente, mas não há o reconhecimento da contribuição na rotina da UTI. A autonomia destes fisioterapeutas nas relações de trabalho é considerada relativa, já que apenas controla a execução da técnica, mas não têm controle sobre ações compartilhadas com outros profissionais, a exemplo do manejo da ventilação mecânica, bem como não planeja junto aos demais profissionais o todo da assistência do paciente. Nestes casos, por exemplo, mediante uma parada cardiorespiratória de um paciente, o fisioterapeuta se afasta do leito e abre espaço para os demais profissionais agirem, já que não faz parte da equipe. Ou ainda, como outro exemplo, os protocolos assistenciais tendem, nestes casos, a serem feitos de forma inarticulada entre os profissionais - os fisioterapeutas têm os seus protocolos e a enfermagem e a medicina tem os seus - de maneira que não exista uma ação articulada entre os profissionais prevista em protocolo. Estes são exemplos de fisioterapeutas que na maioria das vezes não ficam exclusivamente na UTI, apenas prestam serviço fisioterapêutico para a UTI.

Mas não se trata de dizer que o fisioterapeuta não transpõe confiança aos demais profissionais da saúde. Não é esta a questão. Não existe qualquer culpa que possa ser atribuída ao fisioterapeuta pela dificuldade de interação. O fato é que, por ser um profissional novo na equipe de saúde básica de UTI, ainda está buscando estratégias de inserção na equipe. Como foi apresentado no capítulo 4, a distribuição destes profissionais no hospital não tem contribuído para a necessária inserção profissional, configurando ser, portanto, uma questão organizacional o fator limitador da integração. Muitas vezes, o fisioterapeuta ainda não fica exclusivamente na UTI e deve atender, além da UTI, outras unidades de atendimento. Isto representa ao fisioterapeuta o não-pertencimento à UTI, mas ao serviço de fisioterapia, dificultando a integração. Além disto, muitas rotinas em UTI já estavam organizadas sem o fisioterapeuta, deste modo, o fisioterapeuta precisa conseguir ser acolhido e se sentir pertencente a esta unidade a ponto de interferir na organização da rotina. Prova disso é que aqueles fisioterapeutas que são exclusivos ou que já trabalham há mais tempo na UTI apresentam relações de reconhecimento e cooperação com alguma autonomia para intervir nas rotinas.

Portanto, o conhecimento científico contribui para o processo de construção da identidade profissional e deve ser utilizado como instrumento de inserção, mas não é suficiente. É a partir de estratégias de inserção na equipe, nas relações de trabalho, que o conhecimento contextual e reflexivo são desenvolvidos, assim como o científico, favorecendo o processo de construção da identidade profissional.

Nas situações em que os fisioterapeutas não se dedicam à busca pelo conhecimento científico através da formação continuada e que não apresentam o conhecimento contextual e reflexivo, as descrições são compatíveis com sentimentos frustrados de suas expectativas em relação à profissão. Não se tem a intenção de afirmar que estes fisioterapeutas eram desprovidos de rigor científico, mas que não tinham feito formações em pós-graduação compatíveis com a necessidade da UTI. Nestas situações, o fisioterapeuta tinha uma falsa sensação de autonomia, pois ele executava e controlava suas técnicas, mas não havia a visibilidade do que era feito para a equipe. Tratava-se de uma prestação de serviço desprovida de valor, conforme a percepção dos demais profissionais da UTI.

Já o conhecimento reflexivo e contextual, que foi percebido em poucos fisioterapeutas, quando existentes e somados ao científico, denotava a estes profissionais um reconhecimento capaz de conferir o sentimento de realização de seus desejos e expectativas. Nestas relações de trabalho os fisioterapeutas não apenas controlavam suas técnicas, como também planejavam o tratamento do paciente junto à equipe, de maneira coletiva. Os fisioterapeutas apresentam uma autonomia compartilhada com os demais integrantes da equipe básica da UTI, pois trabalham de forma coletiva, assumindo os riscos em equipe.

Assim sendo, mediante situações de precariedade de relações de reconhecimento no trabalho, ou seja, partindo de uma identidade no trabalho desestabilizada, mesmo que o trabalhador tenha em sua bagagem o conhecimento científico e reflexivo, a identidade profissional também se construirá de forma desestabilizada e o indivíduo tenderá a frustrar-se profissionalmente. É condição para o desenvolvimento de uma identidade profissional estabilizada que o trabalhador possa inserir-se na equipe de maneira a ser reconhecido por seu trabalho, a atuar em cooperação e com algum grau de autonomia. Desta maneira, a bagagem de conhecimento científico e reflexivo do profissional tem condições de ser implementada e desenvolvida no trabalho, juntamente com o conhecimento contextual que se constrói no coletivo.

CONCLUSÃO

Esta tese visa a compreender o processo de construção da identidade profissional tendo como pressuposto teórico que as relações de trabalho e o conhecimento do profissional contribuem neste processo. E para compreender o processo de construção da identidade profissional nas relações de trabalho, foi feita a opção empírica de analisar o profissional fisioterapeuta. Este profissional tem vivenciado nas relações de trabalho nas Unidades de Terapia Intensiva um baixo reconhecimento social de seu trabalho se comparado aos demais profissionais do mesmo segmento de atuação, em especial do médico. Desta forma, através da pesquisa, esta tese buscou também a compreensão de como se constrói a identidade profissional em um contexto específico de atuação com baixa valorização do trabalho de um profissional.

Além dos pressupostos teóricos, esta tese partiu de três hipóteses que contribuíram para nortear o estudo. A primeira hipótese está relacionada à importância do processo de desenvolvimento da identidade no trabalho na construção da identidade profissional. A segunda hipótese diz respeito ao conhecimento do profissional, que, ao ser construído de forma coletiva, juntamente aos seus pares e hierarquia, adquire contornos específicos e contribui para a construção da identidade profissional. E a terceira hipótese, referente à influência do baixo reconhecimento do trabalho no processo de construção da identidade profissional, aponta que existem fatores limitadores no processo de construção da identidade no trabalho que conduzem à constituição de um profissional frustrado com uma identidade profissional desestabilizada. Tais hipóteses, apesar de não terem sido criadas para buscar sua validação, mas para nortear o estudo, acabaram por ser confirmadas pelo material empírico coletado e analisado.

A pesquisa realizada com fisioterapeutas, médicos e enfermeiros atuantes em UTIs na cidade de Porto Alegre permitiu analisar o processo de construção da identidade profissional do fisioterapeuta através do desenvolvimento da identidade no trabalho. E, a partir do material empírico coletado das entrevistas e das observações diretas, foram definidas dimensões de análise que contribuiriam para a compreensão conceitual do processo de construção da identidade profissional. Assim sendo, a análise ocorreu a partir das relações de trabalho; perpassada pelas relações de reconhecimento, de cooperação e de autonomia que constituem a construção da identidade no trabalho; pelo conhecimento do profissional; pela herança da formação; e por fim, pela projeção profissional.

O processo de construção da identidade profissional mostrou-se ocorrer simultaneamente ao da identidade no trabalho. Ou seja, à medida que o trabalhador começa a se perceber como tal é que a contribuição específica de sua profissão no trabalho é reconhecida pela equipe, desenvolvendo a identidade profissional deste trabalhador.

A primeira imagem que o indivíduo tem de sua profissão é construída ao longo do período de sua formação profissional, mas é no contato desta imagem com as relações do trabalho que de fato a identidade profissional se constitui. Ou seja, a partir da retribuição moral-simbólica que o trabalhador percebe receber de seus pares e hierarquia em relação ao seu trabalho, a imagem profissional que a formação lhe apresentou como referência se adapta à realidade do trabalho e o trabalhador constrói sua identidade profissional.

Com a valorização da contribuição e da utilidade do trabalho pela equipe, o trabalhador percebe-se reconhecido por seu trabalho, ao mesmo tempo em que entende estar autorizado a fazer uso do conhecimento profissional herdado da formação. O conhecimento profissional apenas ganha visibilidade pela equipe quando já existem relações de reconhecimento entre os trabalhadores. Simultâneo ao processo de valorização do trabalho pela equipe, o trabalhador adquire relações de confiança no trabalho, ou seja, valores morais são compartilhados propiciando o sentimento de pertença ao coletivo e de compartilhamento do trabalho entre colegas. Portanto, além das relações de reconhecimento, o trabalho em cooperação favorece que o conhecimento profissional seja compartilhado e que enriqueça o resultado do trabalho em equipe. No mesmo sentido, a partir de relações de reconhecimento e cooperação, o trabalhador apresenta maior controle sobre os objetivos, métodos e técnicas dos elementos das tarefas e nas atribuições dos atos, bem como assume responsabilidades no processo de tomada de decisão e na determinação dos elementos das tarefas. Logo, a

autonomia que o trabalhador conquista nas relações de trabalho permite que sejam utilizados os conhecimentos profissionais, contribuindo para o enriquecimento do trabalho coletivo. Percebe-se, portanto, que enquanto o trabalhador constrói sua identidade no trabalho, através das relações de reconhecimento, cooperação e autonomia, o conhecimento profissional perpassa o trabalho, constituindo a identidade profissional deste trabalhador.

O conhecimento profissional se caracteriza pela divisão entre o conhecimento científico, reflexivo e contextual. O conhecimento científico, composto por saberes práticos e teóricos, é inicialmente construído no período da formação profissional e continua a se atualizar ao longo das relações de trabalho. É um conhecimento capaz de identificar um profissional entre os outros a partir de sua contribuição particular. O conhecimento reflexivo, assim como o científico, também tem seu início ao longo da formação profissional, mas essencialmente se desenvolve nas relações de trabalho, em cooperação junto a colegas e chefias, que atuam igualmente de forma reflexiva. Trata-se de um conhecimento que potencializa o conhecimento científico e contextual, assim como os articula de maneira a conseguir identificar e resolver os problemas do trabalho. A partir do conhecimento reflexivo, o profissional assume uma postura investigativa, crítica e aberta para um constante aprendizado. Já o conhecimento contextual, caracterizado por ser um saber prático, apenas se constrói nas relações de trabalho, de forma coletiva. Este conhecimento contribui para a tomada de decisão coletiva, pois oferece ao profissional a compreensão da organização do trabalho.

Deste modo, o processo de construção da identidade profissional está diretamente relacionado ao processo de construção da identidade no trabalho e ao conhecimento profissional herdado da formação e desenvolvido no trabalho. E mediante alguma fragilidade na construção da identidade no trabalho ou do conhecimento profissional, a identidade profissional tende a se desenvolver de maneira desestabilizada.

A identidade profissional desestabilizada é aquela que resulta da dificuldade de inserção na equipe de trabalho, do precário reconhecimento do trabalho realizado, da baixa autonomia no trabalho, ou ainda, de um conhecimento profissional que não contemple o conhecimento científico, reflexivo e contextual. A partir de uma ou mais destas situações vivenciadas pelo trabalhador, a percepção de si mesmo como profissional não ganha sentido e o indivíduo tende a frustrar-se profissionalmente. Já quando as relações de reconhecimento,

cooperação e autonomia no trabalho juntamente ao conhecimento profissional se desenvolvem, a identidade profissional do trabalhador pode ser nomeada de estabilizada.

Quando o trabalhador tem desenvolvida uma identidade profissional estabilizada, toda sua trajetória de trabalho e profissional ganha sentido e é capaz de projetar uma carreira compatível com suas expectativas de realização de si. Diferentemente quando a identidade profissional é desestabilizada, pois o trabalhador não vê sentido em todo o sofrimento gerado pelo trabalho e frustra-se por não conseguir realizar-se profissionalmente.

Ao estudar o profissional fisioterapeuta atuante em UTI, alguns achados específicos deste objeto empírico foram encontrados e merecem ser ressaltados, como a relação entre médicos e fisioterapeutas que oscila de parceiros de trabalho para eventualmente chefe e subordinado, respectivamente. Decorrente desta relação entre estes profissionais, o julgamento de utilidade do trabalho do fisioterapeuta é conferido essencialmente pelos médicos. Já o julgamento de beleza do trabalho dos fisioterapeutas é feito pelos médicos, enfermeiros e outros fisioterapeutas que atuam junto a este profissional. Portanto, é considerado importante o papel do médico no reconhecimento do trabalho do fisioterapeuta para processo de construção da identidade no trabalho e, por sua vez, da sua identidade profissional.

Outro achado empírico foi a identificação do fisioterapeuta com o médico em relação à assistência ao paciente. O fisioterapeuta que atua em UTI valoriza, assim como o médico, as competências técnicas calcadas na cientificidade e apresenta, principalmente, uma abordagem curativa na relação com o paciente. Esta identificação do fisioterapeuta é percebida pela equipe médica como digna de reconhecimento e de confiança na assistência. Contudo, a enfermagem demonstrou ressentir-se por perceber que o fisioterapeuta rejeita a relação de cuidado com o paciente. Conforme a enfermagem, a fisioterapia não poderia deixar de fazer o cuidado ao paciente juntamente à cura, e por este motivo, desvaloriza a contribuição do fisioterapeuta na UTI.

A estratégia do fisioterapeuta em conquistar o reconhecimento de seu trabalho tem sido por meio da formação continuada. É através do conhecimento que este profissional procura inserir-se na equipe de trabalho. Contudo, os conhecimentos que estes profissionais adquirem na formação continuada limitam-se ao conhecimento científico e reflexivo, não sendo suficientes para que consigam inserir-se na equipe integralmente. Em contrapartida, os fisioterapeutas que atuam de forma exclusiva na UTI são os profissionais que melhor

oportunidade tem em se inserir nas equipes de trabalho pela possibilidade de construção coletiva do conhecimento contextual, que, agregado ao conhecimento científico e reflexivo, potencializa a construção da identidade profissional. Portanto, evidenciou-se que além da busca por conhecimento científico e reflexivo através da formação continuada, a conquista por permanecer de maneira exclusiva na assistência da UTI, sem precisar atender pacientes em outras unidades de internação, demonstra ser uma estratégia de inserção efetiva na equipe de trabalho.

Quando o fisioterapeuta se sente pertencente à equipe, com relações de confiança e compartilhamento de trabalho com os médicos e enfermeiros, tende a ter maior autonomia no processo de tomada de decisão da assistência. Nestes casos, o fisioterapeuta não se limita ao controle sobre suas técnicas fisioterapêuticas, mas participa ativamente no plano de tratamento do paciente internado na UTI juntamente aos demais profissionais. Como resultado desta realidade, os fisioterapeutas têm construído protocolos assistenciais de forma coletiva com os demais profissionais da equipe básica da UTI. Quando o fisioterapeuta atua com base nestes protocolos assistenciais, o médico sai da posição de controlador, de chefe do serviço, para parceiro de trabalho. A autonomia do fisioterapeuta nesta situação é demonstrada quando propõe alguma inovação da assistência por ter identificado esta necessidade no paciente. Contudo, tal autonomia tem sido absorvida como prescrição médica e perde a autoria do fisioterapeuta, configurando-se em heteronomia.

Os fisioterapeutas que vivenciam relações de reconhecimento precárias no trabalho têm desenvolvido identidades profissionais desestabilizadas. O baixo reconhecimento do trabalho pode ser atribuído pela dificuldade que este profissional tem em inserir-se na equipe de trabalho. Um motivo que se demonstrou evidente neste estudo é o fato de ainda existir fisioterapeutas que não sejam exclusivos da UTI. O fisioterapeuta não consegue sentir-se pertencente à UTI e sim um prestador de serviço que passa por esta unidade de atendimento. O sentimento de frustração por não ser reconhecido o esforço de seu trabalho leva o fisioterapeuta a buscar outras atividades profissionais no segundo turno de trabalho do dia, fora da UTI, como em consultório ou no ensino.

Esta tese constitui-se como um dos esforços das Ciências Sociais, em especial da Sociologia das Profissões, em explicar o processo de construção da identidade profissional do trabalhador. O estudo trouxe contribuições pertinentes para a reflexão sobre o papel das

relações de trabalho na construção da identidade profissional, bem como do conhecimento que caracteriza o profissional, tema de debate nesta área de produção de conhecimento.

Destacam-se aqui duas contribuições da tese para a Sociologia das Profissões, a primeira aponta a relação entre os processos de construção da identidade no trabalho e profissional. Desta forma, faz-se necessário haver relações de reconhecimento, de cooperação e autonomia no trabalho, elementos condicionantes da identidade no trabalho, para que o profissional se perceba como tal. A segunda contribuição está relacionada à caracterização do conhecimento profissional, necessário para que o trabalhador desenvolva a percepção de si mesmo como profissional. O conhecimento profissional se apresenta como elemento condicionante à construção da identidade profissional, juntamente à necessidade de construir a identidade no trabalho, e se subdivide em conhecimento científico, reflexivo e contextual.

Como fator limitador do estudo, aponta-se a dificuldade em aprofundar a discussão referente à contribuição da formação profissional e da projeção profissional no processo de construção da identidade profissional. Tal dificuldade é atribuída ao fato de não dispor de material empírico suficiente, já que o enfoque desta tese estava em analisar, nas relações de trabalho, o processo de construção da identidade profissional. Para que fosse possível aprofundar esta discussão, seria necessário também levar em consideração elementos empíricos da vida dos fisioterapeutas e não apenas das relações de trabalho. Ou seja, para que fosse possível aprofundar o debate sobre a herança da formação e a projeção profissional, deveria haver uma análise da identidade biográfica dos indivíduos.

Sugere-se que novos estudos possam ser realizados sobre o tema abordado nesta tese com vistas ao aprofundamento do objeto de estudo empírico e conceitual. Em relação ao objeto empírico deste estudo, acredita-se que ao investigar como os novos profissionais da saúde têm se inserido nas equipes de trabalho, seja possível compreender as dinâmicas de assistência na saúde e os processos de construção das identidades profissionais. Este parece ser um caminho necessário a ser trilhado, uma vez que cada vez mais novos profissionais têm se inserido nas equipes de saúde, configurando novas divisões do trabalho e rotinas assistenciais.

Já em relação ao objeto teórico, entende-se necessário continuar a busca pela compreensão dos processos de construção da identidade profissional, em especial no que se refere ao conhecimento que é herdado da formação e que é desenvolvido nas relações de trabalho. Já que o conhecimento profissional é a chave de acesso para que o trabalhador logre

se perceber profissional ao longo do processo de construção da identidade no trabalho, entende-se que ao aprofundar a compreensão de como este conhecimento se desenvolve, será possível melhor compreender o papel da formação profissional e das relações de trabalho na construção do profissional.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, Andrew. *The system of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. **Saúde e Sociedade** v.14, n.3, p.30-50, set-dez, 2005.

ARAÚJO, Paulo Roberto M. **Charles Taylor**: para uma ética do reconhecimento. São Paulo: ed. Loyola, 2004.

ARGYRIS, Chris; SCHÖN, Donald. *Organizational learning II: theory, method, and practice*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1996.

ABMFR. Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. **Título de especialista**. Disponível em: <http://www.fisiatria.org.br/paginas/_conteudo.asp?cd_chave=74&cd_modulo_alterar=2&cd_tipoconteudo=1>. Acessado em 17 de outubro de 2010.

BADARÓ, Ana Fátima Vieiro. **Ética e Bioética na práxis da fisioterapia**: desvelando comportamentos. Brasília, Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2008.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. **Revista FisioBrasil**, n. 59; 2003.

BAUER, Martin W.; AARTS, Bas. **A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos**. In: BAUER, Martin W.; GASKELL George (Ed.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

BONELLI, Maria da Glória. **Origem social, trajetória de vida, influências intelectuais, carreira e contribuições sociológicas de Eliot Freidson**. In: FREIDSON, Eliot. Renascimento do profissionalismo. São Paulo: Editora de Universidade de São Paulo, 1998.

_____. Os delegados de polícia entre profissionalismo e a política no Brasil, 1842-2000. *Latin American Studies Association*. Dallas, Mar; 2003.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em 11 de fev. de 2010 às 17horas.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM No. 3432/GM**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n.54, de 13 de agosto de 1998. Seção 1, p.10.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Unidades de Terapia Intensiva** (2004). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=15634>. Acessado em 11 de fev. de 2010 às 18horas.

BRASIL, **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia/ Resolução CNE/CES 4 de 2002**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acessado em 12 de fev. de 2010 às 9horas.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior (CNE/CES). **Parecer nº 213/2008**. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. 9 de outubro de 2008.

BRASIL, **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional/ Resoluções de reconhecimento de especialidades da Fisioterapia**. 2010. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=28>. Acessado em 12 de fev. de 2010 às 10horas.

BRASIL, Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO-RDC Nº7**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n.37, de 25 de fevereiro de 2010. Seção 1, p.48.

BURTIN, Chris et al. *Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery*. *Crit Care Med*. 37:000–000, 2009.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CARIA, Telmo H. *Connaissance et savoir professionnels dans les relations entre éducations, travail et science*. *Esprit Critique*. V.8; n.1; 2006.

CHAMPY, Florent. *La sociologie française des groupes professionnels: ascendance interactionniste, programme épistémologique dominant, ontologie implicite*. Disponível em: <<http://cespra.ehess.fr/docannexe.php?id=254>>. Acessado em 22 de maio de 2010.

CORDEIRO, João Pedro. **As sociedades contemporâneas como sociedades de conhecimento: o papel estratégico dos quadros superiores nas empresas**. Lisboa: Ed. Dinâmica/ Working-papers; 19; 2001.

CREFITO-5. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, região 5. **Ato Médico**. Disponível em: <<http://www.crefito5.org.br/lernoticia.php?noticia=1104>>. Acessado em 12 de fev. de 2010 às 11 horas.

DEJOURS, Christopher. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortês, 1992.

_____. *Cooperation et construction de l'identité en situation de travail. Futur anterior*, n. 16 – *Paradigmes du Travail*. Paris: Éditions L'Harmattan, 1993/2.

_____. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

_____. **A carga psíquica do trabalho**. In: BETIOL, Maria Irene S. (coord.) *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. Trad. Ideli Domingues. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

DEMAZIÈRE, Didier; DUBAR, Claude. Trajetória profissional e formas identitárias: uma teorização. **Contemporaneidade e Educação**. Ano V; n.8; 2º sem; 2000.

DIAS, Alexandre S.; SOARES, Patrícia R.; JARDIM, José R.B. **Fisioterapia Respiratória para o paciente Pneumológico**. In: SILVA, Luiz Carlos C. *Conduas em Pneumologia*. São Paulo: Revinter, 2000.

DOMINGUEZ, Aldira Guimarães Duarte. Reabilitação física no marco da fisioterapia: Origem, evolução e transformação da profissão no Brasil. 9º Congresso Centro Americano de História. *Diálogos Revista Electrónica de História*. Costa Rica, 2008.

DUBAR, Claude. *Une Sociologie (empirique) de l'identité est-elle possible*. In: GUTH, Suzie. (dir.) *Une Sociologie des identité est-elle possible? Actes du colloque Sociologies IV. Tome III*. L'Harmattan, 1994.

_____. *Socialisation et construction identitaire*. In: RUANO-BORBALAN (dir.) *L'individu, le groupe, la société*. Paris: Éditions Sciences Humaines, 1999.

_____. Identidade Profissional em tempos de *Bricolage*. **Contemporaneidade e Educação**. Ano VI, n.9, 1º sem., 2001.

_____. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **A crise das Identidades**: A Interpretação de uma Mutação. Porto: ed. Afrontamento, 2006.

EISENBERGER, Robert. JONES, Jason; ASELAGE, Justin; SUCHARSKI, Ivan. **Perceived Organizational Support**. In: CAYLE-SHAPIRO, Jacqueline; SHARE, Lynn; TAYLOR, M.

Susan; TETRICK, Lois. *The Employment relationship: examining psychological and contextual perspectives*. New York: Oxford University Press, 2004.

FEITOSA-FILHO, Gilson S. **Reanimação Cardiopulmonar e Suporte Cardíaco Avançado de Vida**. In: MANSUR, Antônio P.; RAMIREZ, José Antônio F. Rotinas Ilustradas da Unidade Clínica de Emergência do Instituto do Coração. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p. 23-30.

FELTRIM, Maria Inês Z.; PARREIRA, Verônica F. **Fisioterapia Respiratória: consenso de Lyon (1994-2000)**. SOBRAFIR, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

FREIDSON, Eliot. Para uma análise comparada das profissões: A institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. ANPOCS, 1996.

_____. **Renascimento do profissionalismo**. São Paulo: Edusp, 1998.

_____. *Theory of professionalism: method and substance*. **International Review of Sociology – Revue Internationale de Sociologie**, v.9 ; n.1 ; 1999.

GAIVA, Maria Aperecida Munhoz; SCOCHI, Carmem Gracinda Silvan. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI Neonatal. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Maio-junho; 12(3); 2004.

GAVA, Marcus Vinícius. **Fisioterapia: História, Reflexões e Perspectivas**. São Bernardo do Campo: Univ. Metodista de São Paulo, 2004.

GASKELL, George. **Entrevistas individuais e grupais**. In: GASKELL, George; BAUER, Martin W. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

GIL, Antônio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, Juliana Q. et al. Características do proceso de desmame da ventilação mecânica em hospitais do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.19; n.1; janeiro-março; 2007.

GOSSELINK, r. ET AL. *Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task on Physiotherapy for Critically Ill Patients*. **Intensive Care Med**. Springer-Verlag; 2008.

HUGHES, Everett Cherrington. **Men and their work**. Connecticut: Greenwood Press, 1981.

JERRE, George et al. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.19; nº13; julho-setembro; 2007.

JOBIM Filho, Paulo. Classificação Brasileira de Ocupação. **Revista Formação – MS**. n.6; set; 2002.

JOHNSTON, Cintia; CARVALHO, Werther Brunow de. Atelectasias em pediatria: mecanismos, diagnóstico e tratamento. **Rev Assoc Med Bras**; 54(5): 455-60; 2008.

KORTEBEIN, P. *Rehabilitation for hospital-associated deconditioning*. **Am J Phys Med Rehabil**. Jan; 88:66 –77; 2009.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marina de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

LAVILLE, A.; TEIGER, C.; DANIELLOU, F. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 17(56); 7-13; 1989.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade**. In: LEOPARDI, Maria Tereza (org.) O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999.

LOEWE, Daniel. *La política del reconocimiento*. **Veritas**. Porto Alegre, v.51; nº 4; dezembro, p.61-78; 2006.

LUZ, Madel T. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

MACKENZIE, Ciesla I. K. **Fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva**. São Paulo: Panamericana, 1988.

MALKOC, Mehtap et al. *The effect of physiotherapy on ventilatory dependency and the length of stay in an intensive care unit*. **International Journal of Rehabilitation Research**. 32:85–88; 2009.

MARQUES, Amélia Pasqual; SANCHES, Eugênio Lopes. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Rev. Fisioter. Univ. São Paulo**, 1(1); jul/dez; 1994.

MATSUDA, Laura M.; ÉVORA, Yolanda D.M. Gestão da equipe de enfermagem de uma UTI: a satisfação profissional em foco. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá; v.2; n.1, p.11-18; jan-jun; 2003.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006.

MENDES, R. G.; BORGHI-SILVA, A. Eficácia da intervenção fisioterapêutica associada ou não à respiração por pressão positiva intermitente (rppi) após cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea. **Fisioterapia Movimento**. v.19; out/dez; 2006.

MTE – Ministério de Trabalho e do Emprego/ CBO - Classificação Brasileira de Ocupação. CBO/ 2002. **Histórico da CBO**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br>>. Acessado em 29 de jan 2008.

NARDI, Henrique. **Ética, trabalho e subjetividade**. Porto Alegre: ed. da UFRGS, 2006.

NASCIMENTO, Maria do Carmo et al. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo; v. 10; n.2; 2006.

NORRENBERG, M.; VINCENT, J.L. *A profile of European intensive care unit physiotherapists*. **Intensive Care Med**. 26:988-944; 2000.

NOVAK, Joseph D. **Learning, creating and using knowledge: concept maps as facilitative tools in schools and corporations**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1998.

NOZAWA, Emilia et al. **O perfil dos fisioterapeutas que atuam nas unidades de terapia intensiva no Brasil**. São Paulo: ASSOBRAFIR, 2006.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; LOPES, Thaís Azzoni; VIEIRA, Cláudia Silveira; COLLET, Neusa. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto Contexto Enferm**. 15(Esp.); 2006.

OVALLE, Carlos et al. A importância do treinamento prévio no uso do desfibrilador externo automático por fisioterapeutas e enfermeiros. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.17; nº2; abril-junho; 2005.

PARSONS, Talcott. *The professions and social structure*. **Social Forces**. v. 17; n. 4; maio; 1939.

PERRENOUD, Philippe. **A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PONTE, João Pedro; OLIVEIRA, Hélia. Remar contra a maré: A construção do conhecimento e da identidade profissional na formação inicial. **Rev. Educação**. 11(2); 145-163; 2002.

REBELATTO, José Rubens, BOTOMÉ, Silvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos de uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. Barueri: Editora Manole, 2ª edição, 2004.

REICH, Robert B. **O trabalho das nações: preparando-nos para o capitalismo do século 21**. São Paulo: Educator, 1994.

RICKS, Emily. *Critical illness polyneuropathy and myopathy: a review of evidence and the implications for weaning from mechanical ventilation and rehabilitation*. **Physiotherapy** 93; 151–156; 2007.

ROCHA MAGALHÃES, Z. et al. Profissão e Trabalho: reflexões sobre o setor de saúde. **Rev. Eletrônica de Enfermeria**. Mayo, 2005.

RODRIGUES, Maria de Lurdes. **Sociologia das Profissões**. Oeiras: Celta editora, 1997.

RODRIGUES, Michelle M. et al. Variações na mensuração dos parâmetros de desmame da ventilação mecânica em hospitais da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.17; n.1; janeiro-março; 2005.

ROSA, Fernanda K. et al. Comportamento da mecânica pulmonar após a aplicação de protocolo de fisioterapia respiratória e aspiração traqueal em pacientes com ventilação mecânica invasiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.19; n.2; abril-junho; 2007.

ROSENFELD, Cinara. Autonomia outorgada e relação com o trabalho: liberdade e resistência no trabalho na indústria de processo. **Sociologias**. Ano 5, n. 10, jul-dez, 2003.

_____. Construção da identidade no trabalho em call centers: a identidade provisória. **Ra Ximhai**. Sept-diciembre, v. 4; n. 3; 2008.

_____. **Autonomia e Trabalho Informacional: o Teletrabalho**. XXIX Encontro Anual da ANPOCS. GT Trabalho e Sindicato na Sociedade Contemporânea. Caxambu, 2005.

SANCHES, Eugênio Lopes. Histórico da fisioterapia no Brasil e no mundo. **Rev. Atualização Brasileira de Fisioterapia**. São Paulo: Panamed, v.6, 1984.

SANTOS, Sérgio R.; PAULA, Adenylza F. A.; LIMA, Josilene P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. 11(1):80-7; jan-fev; 2003.

SCCM. Society of Critical Care Medicine. *History of Critical Care* (1997). Disponível em: <http://sccm.org/Aboutscm/History_of_critical_care/pages/default.aspx>. Acessado em 12 de fev. de 2010 às 18horas.

SCHÖN, Donald. A. *The reflective practioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books, 1983.

_____. A. **Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. São Paulo: Artmed, 2000.

SCHOPENHAUER, Arthur. **A arte de escrever**. Tradução Pedro Sússekind. Porto Alegre, L&PM, 2009.

SCHRAIBER, Lilia B; NEMES, Maria Ines B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. **Cadernos Fundap**. 1996. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad19.htm>>. Acessado em 15 de fev. de 2010 às 14horas.

SILVA, Josué Pereira da. **Trabalho, cidadania e reconhecimento**. São Paulo: Annablume, 2008.

SOBRATI. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. **Suporte Avançado em Fisioterapia Intensiva**. 2004. Disponível em: <<http://www.sobrati.com.br/trabalho13-julho-2004.htm>>. Acessado em 14 de fev. de 2010 às 15horas.

STILLER, Kathy. *Physiotherapy in Intensive Care: Towards na Evidence-Based Preactice*. *Chest*. 118: 6; December; 1801-1813; 2000.

TAYLOR, Charles. **Argumentos filosóficos**. São Paulo: Ed. Loyola, 2000.

_____. **As fontes do self**. A construção da identidade moderna. São Paulo: Ed. Loyola, 2005.

VIEIRA, Débora Feijó Villas Boas. **Implantação de protocolo de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: Impacto do cuidado**. Tese de doutorado do Programa de Epidemiologia, UFRGS, Porto Alegre, 2009.

VINCE, Russ; REYNOLDS, Michael. *Reflection, Reflective Practice and Organizing Reflection*. *The SAGE Handbook of Management Learning, Education and Development*, 2009. Disponível em: <http://www.sage-ereference.com/hdbk_mgmlearning/Articles_n5.htm>. Acessado em 23 de abril de 2010.

WILENSKY, Harold. *The professionalization of everyone?* *American Journal of Sociology*, v. 70; n. 2; set; p. 137-158; 1964.

WOODWARD, Kathryn. *Concepts of identity and difference*. In: WOODWARD, Kathryn (ed). *Identity and Difference: culture, media and identities*. London: Sage publications, 2002.

_____. **Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual**. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2008.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANINI, Juliana; NASCIMENTO, Eliane R. P.; BARRA, Daniela C.C. Parada e Reanimação caradorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em Unidade de terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.18; n.2; abril-junho; 2006.

APÊNDICE I

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PPG Sociologia - Doutorado

Título Projeto: “O processo de construção da identidade profissional: uma análise a partir da identidade no trabalho de fisioterapeutas atuantes em Unidades de Terapia Intensiva”

Roteiro de entrevista estruturado/ semi-estruturado médico/enfermeiro

1. Data: ____/____/____ N° _____
 2. Formação: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 3. Especialidade: _____
 4. Tempo de formado: _____ Tempo de trabalho desde formado: _____
 5. Especificidade(s) da UTI que trabalha: _____
 6. Tempo de trabalho nesta UTI: _____
 7. Já trabalhou em outra UTI? Quanto tempo? _____
 8. Vínculo de trabalho: _____ Carga horária semanal: _____
 9. Quantos leitos têm esta UTI?
 10. Como funciona a troca de informações sobre o serviço e a assistência ao paciente com o fisioterapeuta? (Investigar se ela é dialogada e/ou por prontuário).
 11. Como é a participação do fisioterapeuta nos *rounds*?
 12. Quem define se o paciente receberá atendimento fisioterapêutico e em qual momento?
1. Na prática do fisioterapeuta em UTI, em sua rotina, este profissional costuma realizar:
 - a. Mobilização de secreção pulmonar: () sim () não
 - b. Aspiração: () sim () não
 - c. Reexpansão pulmonar: () sim () não
 - d. Bag Squeezing: () sim () não
 - e. Inspirômetro de incentivo: () sim () não
 - f. Treinamento muscular respiratório: () sim () não
 - g. Exercícios de RPPI: () sim () não

- h. Flutter: () sim () não
 - i. Manuvacuometria: () sim () não
 - j. Mobilização articular geral do paciente: () sim () não
 - k. Treinamento muscular geral do paciente: () sim () não
 - l. Posicionamento do paciente: () sim () não
 - m. Mensuração metabólica: () sim () não
 - n. Orientação ao paciente: () sim () não
 - o. Orientação aos familiares: () sim () não
 - p. Uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva: () sim () não
 - q. Mensuração da mecânica ventilatória: () sim () não
 - r. Auxílio intubação: () sim () não
 - s. Ajuste na Ventilação Mecânica: () sim () não
 - t. Processo de desmame da ventilação mecânica: () sim () não
 - u. Extubação: () sim () não
 - v. Auxílio durante a PCR: () sim () não
 - w. Transporte Intra-hospitalar: () sim () não
13. Qual a atuação do fisioterapeuta na rotina assistencial junto à ventilação mecânica?
(Investigar o que os profissionais conhecem sobre o papel do fisioterapeuta e o quanto na perspectiva do entrevistado o fisioterapeuta intervém no ajuste dos parâmetros da ventilação mecânica)
14. Qual a atuação do fisioterapeuta na rotina assistencial no processo de extubação de um paciente?
15. Qual a participação do fisioterapeuta na elaboração de protocolos assistenciais da UTI?
16. Os fisioterapeutas possuem seus próprios protocolos? Ou os protocolos são do serviço da UTI? (Ex: extubação, parâmetros de VM, manuseios)
17. Qual a contribuição do fisioterapeuta na UTI? Você sempre atuou com este profissional? Caso contrário, como era sem a presença dele? (Investigar se o fisioterapeuta é percebido como um profissional com a capacidade de identificar e resolver problemas que outros não resolvem, se existe um saber próprio.)
18. Como é trabalhar com o fisioterapeuta? (Investigar se existem situações de conflito.)
19. O fisioterapeuta precisa ter formação específica para atuar na UTI? O que achas sobre isso?

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PPG Sociologia – Doutorado

Título Projeto: “O processo de construção da identidade profissional: uma análise a partir da identidade no trabalho de fisioterapeutas atuantes em Unidades de Terapia Intensiva”

Roteiro de entrevista estruturado/ semi-estruturado fisioterapeuta

2. Data: ____/____/____ N° _____
3. Idade: _____ Sexo: _____
4. Tempo de formado: _____ Tempo de trabalho desde formado: _____
5. Especificidade(s) da UTI que trabalha: _____
6. Tempo de trabalho nesta UTI: _____
7. Já trabalhou em outra UTI? Quanto tempo? _____
8. Vínculo de trabalho na UTI atual: _____ Carga horária semanal: _____
9. Quantos leitos têm esta UTI? _____
10. O serviço de fisioterapia é chefiado por qual profissional? _____
11. Qual a faixa salarial do fisioterapeuta que atua nesta UTI? _____
12. A atuação do fisioterapeuta nesta UTI é:
 - () assistencial
 - () ensino
 - () assistencial e de ensino
 - () assistencial e de pesquisa
 - () assistencial, de ensino e de pesquisa
13. Existe a atuação de fisioterapeutas residentes? Quantos?
14. Existe a atuação de fisiatras? Quantos?
15. Quantos fisioterapeutas atuam na UTI?
16. Quantos fisioterapeutas atuam exclusivamente na UTI?
17. Durante a noite na UTI existe assistência da fisioterapia?
18. Durante os finais de semana na UTI existe assistência da fisioterapia?

19. Cada fisioterapeuta é responsável por quantos leitos de UTI?
20. Para atuar nesta UTI é exigido do fisioterapeuta formação específica? Qual?
21. Qual a sua formação?
- () cursos de aperfeiçoamento? Qual?
 - () cursos de pós-graduação *lato sensu*? Qual?
 - () curso de pós-graduação *stricto sensu*? Qual?
 - () a graduação em fisioterapia
22. O fisioterapeuta possui um saber específico e próprio na UTI?
23. O atendimento fisioterapêutico é prescrito? Quem prescreve? Existe liberdade do fisioterapeuta em indicar para um paciente assistência e/ou de dar alta fisioterapêutica?
24. Como funcionam os rounds? Como é a atuação do fisioterapeuta na rotina dos rounds na UTI? (Investigar se a participação dos fisioterapeutas é ativa, quando solicitado, ou não existe. Investigar sobre as trocas de informações entre profissionais e o acesso aos exames complementares dos pacientes).
25. Como é a troca de informações sobre o serviço e a assistência ao paciente com outros profissionais da saúde? (Investigar se costuma ser dialogada e/ou por prontuário)
26. Na sua prática como fisioterapeuta em UTI, em sua rotina, você costuma realizar:
- a. Mobilização de secreção pulmonar: () sim () não
 - b. Aspiração: () sim () não
 - c. Reexpansão pulmonar: () sim () não
 - d. Bag Squeezing: () sim () não
 - e. Inspirômetro de incentivo: () sim () não
 - f. Treinamento muscular respiratório: () sim () não
 - g. Exercícios de RPPI: () sim () não
 - h. Flutter: () sim () não
 - i. Manuvacuometria: () sim () não
 - j. Mobilização articular geral do paciente: () sim () não
 - k. Treinamento muscular geral do paciente: () sim () não
 - l. Posicionamento do paciente: () sim () não
 - m. Mensuração metabólica: () sim () não
 - n. Orientação ao paciente: () sim () não
 - o. Orientação aos familiares: () sim () não
 - p. Uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva: () sim () não

- q. Mensuração da mecânica ventilatória: () sim () não
 - r. Auxílio intubação: () sim () não
 - s. Ajuste na Ventilação Mecânica: () sim () não
 - t. Processo de desmame da ventilação mecânica: () sim () não
 - u. Extubação: () sim () não
 - v. Auxílio durante a PCR: () sim () não
 - w. Transporte Intra-hospitalar: () sim () não
27. Mediante a situação de um paciente necessitar de ajuste dos parâmetros da ventilação mecânica, qual a sua conduta? (Investigar se o fisioterapeuta aguarda instruções médicas, se chama o médico e pede por orientações, se chama o médico e sugere que sejam alterados os parâmetros e argumenta o porquê, se altera os parâmetros e imediatamente chama o médico o informando da mudança do quadro, ou ainda, se altera os parâmetros e após informa o médico da necessidade de mudança)
28. Mediante a situação de um paciente ter a clara indicação de extubação, qual a sua conduta? (Investigar se aguarda instruções médicas, se chama o médico e sugere a extubação, se chama o médico ou o enfermeiro e sugere a extubação, se chama o médico e solicita autorização para extubar o paciente, ou ainda, se extuba o paciente e após informa o médico sobre a alteração do quadro)
29. O fisioterapeuta participa da elaboração de protocolos assistenciais da UTI? Que tipo de protocolo? (Investigar se o fisioterapeuta elabora, que tipo de protocolo elabora – resp/motor, ventilação mecânica, etc), se faz com os demais profissionais, se faz apenas com outros fisioterapeutas ou se não participa.)
30. Como funciona no dia-a-dia a utilização dos protocolos assistenciais? (Investigar se são seguidos ou se na prática cada profissional segue sua experiência).
31. Como funciona a rotina fisioterapêutica assistencial relacionada à Ventilação Mecânica? Como funcionam os protocolos na VM? Quem elabora eles?
32. Você se considera com autonomia suficiente para atuar na UTI?
33. Como é a sua relação com seus colegas fisioterapeutas? (Investigar sobre reconhecimento entre os pares por pertença ao grupo e/ou por distinção).
34. Como é a sua relação com colegas de outras profissões? (Investigar se o entrevistado conhece as funções e as utilidades de cada profissão na UTI e se ele acha que os demais profissionais sabem qual a função do fisioterapeuta na UTI. Investigar se o entrevistado reconhece a importância das ações de outras profissões. Investigar sobre o reconhecimento

entre pares por pertença ao grupo e/ou por distinção. Analisar se na fala dos profissionais aparece a desigualdade de reconhecimento entre profissionais e se esta desigualdade interfere na relação entre profissionais no serviço).

35. Existem situações conflituosas entre profissionais em relação à condução terapêutica de um paciente? (Investigar se existem negociações entre profissionais para definir uma ação)
36. Você se sente valorizado no dia-a-dia de seu trabalho? Como? (Investigar se o profissional se sente reconhecido no trabalho e quem o reconhece – se os são fisioterapeutas, os demais profissionais, os pacientes e/ou os familiares).
37. E ao contrário, já se sentiu desvalorizado em alguma situação? Como? (Investigar se o entrevistado já se sentiu desrespeitado pela falta de valorização).
38. Mediante a falha de algum profissional, como os outros profissionais reagem a esta falha? (Investigar se existe o esforço de provar sua competência diariamente e se é necessário buscar aliados de outras profissões para fazer a defesa daquele que errou perante o grupo).
39. É possível afirmar que os profissionais formados com nível superior da UTI auxiliam-se mutuamente em suas atividades? Como funciona o trabalho em equipe?
40. O fisioterapeuta é capaz de identificar problemas relacionados aos pacientes?
41. O fisioterapeuta tem a capacidade de resolver problemas relacionados aos pacientes que outros profissionais por ventura não conseguem resolver?
42. O fisioterapeuta tem a capacidade de identificar e resolver outros problemas na UTI fora das questões assistenciais?
43. Na comparação do período de recém-formado com agora, como você se vê na profissão? Como foi este período – desde a formatura até agora? (Investigar se existem histórias de reivindicação de suas identidades, histórias de identidades biográficas fortes e histórias de identidades reconhecidas).
44. E na comparação de quando começou a trabalhar nesta UTI até agora, como você se vê na profissão? (Investigar se existem histórias de reivindicação de suas identidades, histórias de identidades biográficas fortes e histórias de identidades reconhecidas).
45. Você se realiza com sua profissão?
46. Este trabalho faz sentido na sua vida? (Investigar se o trabalho vale a pena e se corresponde às expectativas e aos talentos da pessoa. Investigar se na trajetória profissional desde a formação até o estágio profissional atual a profissão faz sentido em sua vida).
47. Qual a sua projeção para o futuro? Quais suas expectativas?

APÊNDICE III

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PPG Sociologia - doutorado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente estudo, intitulado “O processo de construção da identidade profissional: uma análise dos fisioterapeutas atuantes em Unidades de Terapia Intensiva”, pretende analisar como o processo de construção da identidade no trabalho do fisioterapeuta que atua em Unidades de Terapia Intensiva contribui para a formação da identidade profissional e corresponde a etapa da pesquisa da tese de doutorado em sociologia.

Para a realização desta pesquisa serão convidados a participar fisioterapeutas, médicos e enfermeiros a responderem a um roteiro de entrevista estruturado e semi-estruturado. Ou seja, existem perguntas diretas e objetivas e outras abertas. As questões mais objetivas estão relacionadas às rotinas da UTI e as abertas relacionadas às relações entre profissionais com as rotinas com o intuito de conhecer as percepções dos entrevistados sobre o tema. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita na íntegra para análise.

Não existe para o pesquisado qualquer tipo de custo e o risco é mínimo estando este relacionado ao possível estresse gerado ao responder as entrevistas. Além disso, no momento em que desejar poderá desistir de participar da pesquisa, sem que isso lhe cause algum prejuízo. Os dados coletados durante este trabalho serão utilizados somente para fins científicos e a identidade do participante da pesquisa, será mantida em sigilo, ou seja, seu nome não será revelado. Além disto, não será revelada também a identificação do Hospital onde o profissional atua.

Eu, _____, por meio deste termo autorizo minha inclusão na pesquisa após estar ciente dos objetivos, procedimentos e das garantias oferecidas.

Se necessário for o entrevistado poderá entrar em contato com a pesquisadora através do seguinte número de telefone: Angela Ghisleni (51-99714290). Ou ainda, poderá entrar em contato com a Professora orientadora desta pesquisa: Cinara Rosenfield (51-3308-6635).

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias e confirmo ter recebido uma cópia.

Porto Alegre, ____/_____/2009.

Pesquisado voluntário

Angela Peña Ghisleni

APÊNDICE IV

Objetivo fisioterapêutico	Técnicas fisioterapêuticas		Conceito	Autores
Higiene Brônquica	Mobilização de secreção pulmonar	Drenagem postural	Posicionamento do paciente no leito de forma que facilite a saída da secreção pela ação da gravidade. Utilizada em combinação com outra técnica para sua eficiência.	(Dias; Soares; Jardim, 2000); (Stiller, 2000); (Jerre et al, 2007); (Mendes; Borghi-Silva, 2006); (Feltrim; Parreira, 2001).
		Vibração	Vibrações manuais na caixa torácica no momento da expiração de forma que a secreção se desloque até os brônquios principais e/ou traquéia.	
		Compressões Torácicas	Compressão manual torácica no momento da expiração de forma que a secreção se desloque até os brônquios principais e/ou traquéia.	
		Flutter	Aparelho pequeno em formato de cachimbo que o paciente utiliza expirando através dele e provocando oscilações pressóricas ao longo da árvore brônquica, deslocando a secreção.	
		Bag Squeezing	Utilizado em pacientes em ventilação mecânica e entubados, realiza-se uma ventilação turbulenta com um ambu e durante a expiração se faz uma compressão torácica. Tem a capacidade de deslocar tampões de secreção pelo deslocamento do fluxo turbulento gerado pelo ambu.	
		Exercícios de RPPI	Trata-se de exercícios respiratórios com bucal conectado ao respirador ciclado por pressão Bird Mark-7®, com pressão inspiratória entre 20 a 30 cmH ₂ O, variando de acordo com a tolerância de cada paciente, com mistura de ar em 40% e uma válvula ajustável (0 a 20cmH ₂ O) tipo <i>springload</i> , de pressão positiva expiratória final (PEEP) conectada à válvula expiratória, com resistência em 10 cmH ₂ O que promovem o deslocamento da secreção.	
	Aspiração Traqueal		Técnica bastante utilizada em paciente entubados e em ventilação mecânica para remoção das secreções e na estimulação da tosse do paciente. Utiliza-se o vácuo através de sonda que é inserida no tubo no momento que houver a presença da secreção já no tubo.	

Conceito das técnicas fisioterapêuticas em UTI

Elaborado e adaptado pela autora com base no referencial teórico selecionado

Objetivo fisioterapêutico	Técnicas fisioterapêuticas	Conceito	Autores
Adequação dos volumes pulmonares	Reexpansão pulmonar	A necessidade de utilizar técnicas de reexpansão pulmonar está normalmente associada à de higiene brônquica. Ou seja, na presença de atelectasias, costuma haver acúmulo de secreção. Desta forma, para realizar a reexpansão pulmonar, é necessário realizar também técnicas de higiene brônquica. A reexpansão é realizada através da pressão positiva aplicada nas vias aéreas por ventilação mecânica invasiva ou não-invasiva, de forma a expandir os alvéolos colabados.	(Dias; Soares; Jardim, 2000); (Stiller, 2000); (Jerre et al, 2007); (Mendes; Borghi-Silva, 2006); (Feltrim; Parreira, 2001); (Rosa et al, 2007); (Gonçalves et al, 2007); (Rodrigues et al, 2005).
	Inspirômetro de incentivo	Utilização de equipamento com recurso visual ou sonoro que estimula o paciente a realizar a inspiração de forma lenta e gradual com o objetivo de mobilizar os volumes pulmonares e educar o paciente em relação a sua respiração. Existe o inspirômetro de fluxo e o de volume. O de volume costuma apresentar melhor efeito por exigir mais do músculo diafragma do paciente.	
	Posicionamento do paciente	Com o propósito de melhorar as trocas gasosas alveolares, recomenda-se que o paciente seja colocado no leito com o decúbito elevado entre 30° e 45° para prevenção de pneumonias associadas à ventilação mecânica, a não ser que haja alguma contra-indicação. Da mesma forma, recomenda-se em casos de ventilação mecânica prolongada e quadro crônico a colocação do paciente em ortostatismo (em pé).	

Continuação - Conceito das técnicas fisioterapêuticas em UTI

Elaborado e adaptado pela autora com base no referencial teórico selecionado

Objetivo fisioterapêutico	Técnicas fisioterapêuticas		Conceito	Autores
Adequação dos volumes pulmonares	Ventilação mecânica invasiva	Auxílio Intubação	Trata-se da presença do fisioterapeuta junto ao leito do paciente que apresenta diminuição importante dos volumes pulmonares e que tem indicação de ventilação mecânica. Quem conduz o procedimento de colocação do tubo endotraqueal (intubação) é o médico. O enfermeiro participa do processo, assim como o fisioterapeuta que se empenha para que não haja acúmulo de secreção e que o paciente possa ser ventilado adequadamente.	(Dias; Soares; Jardim, 2000); (Stiller, 2000); (Jerre et al, 2007); (Mendes; Borghi-Silva, 2006); (Feltrim; Parreira, 2001); (Rosa et al, 2007); Gonçalves et al, 2007); Rodrigues et al, 2005).
		Ajustes	Os ajustes do fisioterapeuta na ventilação mecânica são realizados em conjunto com o médico e têm por objetivo proporcionar um treinamento muscular respiratório e/ou adequação do equipamento à necessidade do paciente no que se refere aos parâmetros e modos ventilatórios.	
		Desmame	Da mesma forma, o desmame costuma ser um procedimento realizado em parceria entre fisioterapeutas e médicos que podem ter protocolos de desmame (retirada do paciente da ventilação mecânica gradualmente) conforme a instituição. Frequência respiratória e volume-corrente são parâmetros frequentes para o processo de desmame.	
		Extubação	Corresponde ao ato de retirada do tubo endotraqueal após processo de desmame eficiente, ou seja, o paciente já consegue respirar espontaneamente. O ato de extubar pode ser realizado tanto pelo fisioterapeuta quanto pelo médico. Recomenda-se após o ato de extubar que o paciente possa ficar sendo observado pelo fisioterapeuta por algumas horas. Desta forma, em UTIs que não tem fisioterapeutas pela noite, o horário mais tarde de realizar este procedimento é duas horas antes do horário de saída deste profissional. O papel do fisioterapeuta no pós-extubação é garantir a boa ventilação pulmonar do paciente.	
	Ventilação não-invasiva	É papel do fisioterapeuta a tomada de decisão pela não invasiva, bem como sua aplicação e acompanhamento. Trata-se de um equipamento com uma máscara colocada na região correspondente ao nariz e boca (paciente não é intubado) que permite ao paciente uma facilitação da ventilação pulmonar. Acoplado a máscara está um equipamento que oferece uma pressão positiva expiratória que facilita a respiração.		

Continuação – Conceito das técnicas fisioterapêuticas em UTI

Elaborado e adaptado pela autora com base no referencial teórico selecionado

Objetivo fisioterapêutico	Técnicas fisioterapêuticas	Conceito	Autores
Gerenciamento da função dos músculos respiratórios	Treinamento muscular respiratório	Existem algumas formas de realizar o treinamento muscular respiratório do paciente em ventilação mecânica, contudo, a mais recomendada por seus estudos, é o aumento progressivo de carga aos músculos respiratórios. Trata-se da retirada progressiva do suporte ventilatório do paciente que com o tempo proporciona ao paciente maior resistência respiratória, sem entrar na zona de fadiga da musculatura respiratória.	(Jerre et al, 2007); (Stiller, 2000);
Preservação da mobilidade global dos pacientes	Mobilizações articulares (ou exercícios passivos)	Trata-se da mobilização passiva com o objetivo de prevenir deformações articulares e/ou encurtamentos musculares em função do imobilismo de paciente presos a ventilação mecânica. Previne também úlceras de decúbito e tromboembolismo.	
	Treinamento muscular geral do paciente (ou exercícios ativos)	Na ausência de contra-indicações, recomendam-se exercícios ativos para diminuir sensação de dispnéia, aumentar tolerância a exercício, reduzir rigidez e dores musculares e preservar amplitude articular. Pode ser realizado no paciente em ventilação mecânica, contribuindo para a ventilação pulmonar.	
	Posicionamento do paciente	Além de melhorar as trocas gasosas alveolares ao colocar o paciente com a cabeceira entre 30 e 45 ° de elevação ou em ortostatismo, o posicionamento do paciente sempre deve ser observado para evitar úlceras de decúbito, deformidades articulares e encurtamentos musculares em decorrência do imobilismo do paciente em UTI.	
Mensurações	Mensuração metabólica		(Stiller, 2000); (Norrenberg; Vincent, 2000)
	Mensurações pressóricas e ventilatórias	Manovacuometria	Equipamento utilizado para avaliar a força da musculatura respiratória através das pressões máximas inspiratórias e expiratórias do paciente para realizar o processo de desmame.
		Ventilômetro	Equipamento utilizado para avaliar o volume-corrente e o volume minuto como parâmetro para realizar o processo de desmame do paciente, juntamente a medicação da frequência respiratória.

Continuação – Conceito das técnicas fisioterapêuticas em UTI

Elaborado e adaptado pela autora com base no referencial teórico selecionado

Objetivo fisioterapêutico	Técnicas fisioterapêuticas	Conceito	Autores
Orientações	Pacientes	Apesar da maioria dos pacientes que estão internados em UTI estarem desacordados, ocorrem casos de o paciente estar consciente. Nestes momentos, a comunicação com o paciente é fundamental, pois possibilita ao paciente a compreensão de seu estado de saúde e dos cuidados que estão sendo realizados com ele propiciando uma menor ansiedade sobre sua situação. O paciente deve ser orientado sobre como pode contribuir para a melhora de seu estado de saúde e de como as rotinas serão conduzidas na UTI.	(Gosselink et al, 2008)
	Familiares	Os profissionais que mais têm proximidade com os familiares dos pacientes são o médico e o enfermeiro, contudo, cabe ao fisioterapeuta conversar com o familiar sobre o tratamento do paciente com vistas a orientar os cuidados fora de UTI. Os familiares vivenciam uma situação de angústia e de impotência frente ao adoecimento do paciente. Uma vez orientados sobre as rotinas e sobre como poderá ajudar tanto nas visitas como nos cuidados fora da UTI, contribuirá para a recuperação do paciente.	
Auxílio durante a PCR		O fisioterapeuta, por ter proximidade terapêutica nas questões cardiorrespiratórias, deve estar preparado para contribuir nas situações de parada cardíaca dos pacientes através de sua participação nas reanimações cardiorrespiratórias junto à equipe.	(Zanini; Nascimento; Barra, 2006); (Ovalle et al, 2005).
Transporte Intra-hospitalar		Uma vez que o fisioterapeuta é reconhecido na UTI como um intensivista respiratório, em situações de transporte de paciente em ventilação mecânica, este é um profissional com capacitação para se responsabilizar pela ventilação do paciente fora da UTI.	(Stiller, 2000)

Continuação – Conceito das técnicas fisioterapêuticas em UTI

Elaborado e adaptado pela autora com base no referencial teórico selecionado

