

AMPLIAÇÃO DA VISÃO DE PESSOA NO PROCESSO TERAPÊUTICO: VIVENCIANDO E RECONHECENDO A PESSOA COMO UM SER MULTIDIMENSIONAL

Maria Helena Budal da Silva ⁸⁴

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo compartilhar a contribuição de Viktor Emil Frankl, no que diz respeito à sua visão de pessoa. Apresenta-se a visão de pessoa da Logoterapia, como um ser tridimensional, bio-psicossocial-noético, mas essencialmente noético. Relata-se no texto, os aspectos da totalidade, integralidade, unicidade e singularidade da existência pessoal e a contribuição dessa perspectiva no processo terapêutico e como consequência, na ampliação da visão de pessoa para o próprio paciente/cliente. Relaciona ainda, o reconhecimento da dimensão noética, como um aporte para a compreensão de si como um ser que decide, que é responsável e livre existencialmente, livre para viver sua autenticidade e seu propósito de vida.

Palavras-chave: Logoterapia. Noético. Totalidade. Humano. Sentido.

ABSTRACT

This article aims to share Viktor Emil Frankl contribution through his view of human being. It shows the human being Logotherapy view as a tridimensional being, bio-psychosocial-noetic, but essentially noetic. The text describes aspects of

84 Formada em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná, em 1999. Pós-graduada em Logoterapia e Análise Existencial, pela ALVEF, em 2002. Pós-Graduada em Psicologia Analítica, pela PUC-PR, em 2010. Mestre em Tecnologia e Interação Humana, pela UTFPR, em 2005.

Psicóloga Clínica há 16 anos, atendendo crianças, adolescentes, adultos e gestantes. Professora do Curso de Pós-Graduação em Logoterapia e Análise Existencial, FACEL/ALVEF. Professora do Curso de Pós-Graduação de Logoterapia e Análise Existencial da PUC, de Petrópolis. Professora e Supervisora Clínica da Graduação em Psicologia da Faculdade Dom Bosco, em Curitiba-PR. Membro da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial – ABLAE. Membro da Associação de Logoterapia Viktor Emil Frankl - ALVEF - Ctba/PR. Endereço eletrônico: mari_budal@yahoo.com.br. Telefone: 41-8818-4304/ 41-3206-6550

wholeness, completeness, uniqueness and singularity of personal existence and this perspective contribution in the therapeutic process resulting on the expansion of the human being vision for the patient / client. It also correlates the recognition of noetic dimension as a contribution to the self-awareness of a being who decides who is responsible and free existentially, free to live own authenticity and purpose of life.

Keywords: Logotherapy. Noetic. Totality. Human. Sense.

1 AMPLIAÇÃO DA VISÃO DE PESSOA NO PROCESSO TERAPÊUTICO: VIVENCIANDO E RECONHECENDO A PESSOA COMO UM SER MULTIDIMENSIONAL

O presente artigo, pretende trazer a contribuição da Logoterapia⁸⁵ na ampliação da visão de pessoa dentro do processo terapêutico, permitindo que o indivíduo possa se reconhecer como um ser multidimensional, vivenciando sua totalidade e integralidade. Assim terá como possibilidade o uso de suas potencialidades e realizações de sentido, apesar da transitoriedade da vida, do sofrimento e das limitações encontrados nessa realidade.

Para tanto, se utiliza como referencial teórico a Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Emil Frankl e as colaborações do Humanismo, do Existencialismo e da Fenomenologia, já que a Logoterapia pode ser mapeada dentro da Psicologia como uma Abordagem Psicológica - Humanista Existencial - Fenomenológica.

De acordo com Aureliano Pacciolla (2015), consagrado escritor italiano da Logoterapia, o Humanismo

opõe-se a qualquer tentativa de reducionismo do homem a uma ou duas dimensões, e o existencialismo enfrenta as perguntas existenciais sobre o sentido da vida e da morte e os significados pessoais que podem ser dados ao sofrimento, à culpa, à liberdade-responsabilidade, e às experiências decisórias da própria vida (PACCIOLLA, 2015, p. 16).

85 Logoterapia: Terceira Escola Vienense de Psicoterapia, criada por Viktor Emil Frankl (1905-1997).
Logoterapia: Logo - Sentido: Terapia através do sentido.

Sobre o cunho fenomenológico da Logoterapia, o próprio Viktor Frankl (2011) comenta,

De fato a fenomenologia é uma tentativa de descrição de um modo como o ser humano interpreta a própria existência, longe dos padrões preconcebidos de explicação, tais como os forjados no seio das hipóteses psicodinâmicas ou socioeconômicas. Ao adotar uma metodologia fenomenológica, a Logoterapia, como já tido por Paul Polak, procura exprimir a auto compreensão do homem em termos científicos (FRANKL, 2011, p. 16).

A Fenomenologia é um grande ponto de convergência na Abordagem Humanista Existencial, podendo também ser considerada um eixo que sustenta vários aspectos. Para Holanda (1997), “A fenomenologia visa pois buscar a essência mesma das coisas, e para a efetivação desta tarefa, procura descrever a experiência tal qual ela surge e tal qual ela se processa.” Assim, estaremos discorrendo neste artigo dentro da realidade estudada na Abordagem Humanista Existencial Fenomenológica, mais propriamente dita dentro das contribuições da Logoterapia (HOLANDA, 1997, p. 6).

Pretende-se aqui, ressaltar a importância de, no processo psicoterapêutico, captar dentro da multidimensionalidade do ser humano, o “homem atual em movimento”, o homem fenômeno e não fato, o homem na dinâmica de sua totalidade que a tudo confere significado e que pode “aqui e agora”, se posicionar diante de si mesmo. É com esse homem que o Humanismo, dentro da Psicologia, se compromete.

Em AmatuZZi (2001) vê-se que, “O homem atual, portanto encontra-se no assumir as questões de sentido e isso significa uma reviravolta completa de perspectivas (do homem-resultado para o homem atual)”. Aqui, AmatuZZi (2001) traz o lugar do Humanismo para a Psicologia quando diz, “E é exatamente essa reviravolta que faz o sentido do humanismo na psicologia” (AMATUZZI, 2001, p. 13).

Para a compreensão e captação “do homem atual em movimento”, multidimensional, em sua totalidade e integralidade é necessário deixar de lado a perspectiva de “homem resultado”, de causa explicativa. A causa explicativa só pode contemplar “ohomem do passado”, da história e não o aspecto desse homem do aqui-agora, da decisão, detentor de todas as possibilidades de autotranscendência⁸⁶.

86 Autotranscendência: Capacidade do ser humano de auto distanciamento e de posicionamento, de escolha. Capacidade oriunda da dimensão noética, sobre o psicofísico.

A maneira com o indivíduo se vê, como entende suas possibilidades, como compreende sua trajetória, impacta diretamente, na forma como irá construir e receber seu hoje e seu amanhã. O mesmo ocorre dentro do processo terapêutico, a consciência de si como um ser mais amplo, em sua totalidade de dimensões, revela-se necessária para a sua jornada rumo à realização existencial, como um ser livre e responsável, trazendo para o paciente/cliente (pessoa) a perspectiva de si como esse “homem atual”, capaz de fazer escolhas diante de si mesmo.

O sofrimento sentido e as dificuldades vividas, em muitos momentos, são expressões de uma parte da pessoa que clama para ser reconhecida e vivida. Um direcionamento de consciência para o que há de mais autêntico e que luta para poder se realizar. Quando a experiência de sofrimento é acompanhada da compreensão de um sentido, de uma finalidade, o sentimento de amparo pela vida se revela maior do que a de ter sido escolhido simplesmente para sofrer. A percepção como seres mais amplos existencialmente, permite utilizar o recurso da autotranscendência. Isto realiza uma redução significativa de angústia e ansiedade frente ao problema, a ponto de libertar consideravelmente o indivíduo para se dirigir, além da dificuldade, em direção à compreensão e à realização concreta de sua vida.

Através da autotranscendência pode-se ir além das amarras psicológicas, além de mecanismos de defesa e dos condicionamentos, para ser o que se é, além deles. Essa transcendência só é possível quando se desperta o núcleo pessoal (eixo pessoal), a essência, que, para Frankl, se encontra além da dimensão psicológica e biológica, se encontra na dimensão noética⁸⁷.

Cada teoria psicológica possui em sua origem uma visão de homem, que embasa e orienta todo o seu desenvolvimento e sua prática. Pode-se dizer em linhas gerais, que dentro das teorias psicológicas, o ser humano é compreendido como um ser bio-psico-social. Para Viktor Emil Frankl, psiquiatra austríaco, e autor da Logoterapia, os estudos sobre o homem deixaram de lado uma dimensão essencial do ser humano e que, se assim desconsiderada, não lhe permite a experiência de uma vida com sentido autêntico e realizador, capaz de orientar e sustentar o homem em sua caminhada existencial. Assim, Frankl, em sua antropologia tridimensional, chama a atenção do homem para sua dimensão noética, aponta para além do psicofísico e das relações sociais.

87 Dimensão noética: Noética de Nous (espírito). “Noéo: colocar no espírito, refletir, compreender, medita, ter bom senso ou razão; ter um sentido e uma significação”(AQUINO, 2013, p. 44).

Dá-se preferência ao termo dimensão noética, do que dimensão espiritual (como se encontra em algumas traduções) por trazer na língua portuguesa aproximação com o aspecto religioso. Na Logoterapia, a Dimensão Noética trata da ordem do sentido, dos valores, da essência da existência, não do campo teológico.

Para Viktor Frankl, o homem é um ser biológico, psicológico e noético que vive em sociedade. Frankl, de maneira geral, considerar o caráter social do homem dentro da dimensão psicológica (psicossocial). Entretanto, mais à frente se destacarão as relações sociais da dimensão psicológica com o intuito de enfatizar a importância do caráter social do homem nessa visão multidimensional.

Pacciolla (2015) descreve de maneira breve, as três dimensões fundamentais que fazem parte da visão de homem de Frankl,

Trata-se de partir de uma base antropológica em que se reconhecem as três dimensões fundamentais da pessoa: 1) A dimensão orgânica (com os condicionamentos genético-hereditários, hormonais e somáticos); 2) A dimensão psicológica (com os condicionamentos derivados dos mecanismos de defesa e das elaborações cognitivo-emotivas decorrentes das experiências feitas a partir do ventre materno); 3) A dimensão noética (em que um pode ser ele mesmo, para além dos condicionamentos) (PACCIOLLA, 2015,p. 14).

Essa perspectiva permite realizar um movimento de compreensão multidimensional que acompanha a integralidade da pessoa. Dessa forma, busca-se contemplar todas as partes que formam o ser humano, vendo o homem como um movimento único de interação dessas dimensões. Para tanto, é necessário que deixemos de lado o método da ciência natural, para utilizar uma perspectiva da ciência humana pautada na Fenomenologia, pois um ser noético é um ser essencialmente no campo da ação, da vivência e do sentido. De maneira específica, na realidade do processo terapêutico, se mostra preciso alterar o ponto de vista da escuta, de quem escuta, para que a dimensão noética possa então ser visualizada.

Para AmatuZZi (2001), a ampliação na visão de pessoa, trata-se

na realidade de uma mudança na relação com o objeto. Essa mudança é capaz de assumir em determinados momentos o mesmo método, só que num contexto onde o sentido global é outro, o que faz com que a visão resultante seja (a teoria, nesse sentido) seja outra, mais abrangente, capaz de conter as visões anteriores, só que como parciais, e reconhecidas como parciais (AMATUZZI, 2001,p. 12).

Para Merleau Ponty, citado por AmatuZZi (2001), a fala autêntica do homem decorre de sua intenção significativa e ela se manifesta em uma “modulação sincrônica de sua existência” e não apenas a operação do pensamento, algo somente de ordem cognitiva. Em Merleau Ponty, a integralidade da pessoa fica clara através do desenvolvimento de sua fala autêntica, sendo, para ele, um movimento existencial, onde a existência se polariza, captando e comunicando um sentido, “onde o homem se transcende em direção a um comportamento novo, ou em direção ao outro, ou em direção a seu próprio pensamento através de seu corpo e de sua palavra” (PONTY citado por AMATUZZI, 2001, p. 28).

Dentro dessa realidade Humanista/Existencial/Fenomenológica e na prática clínica da Logoterapia, quando se está acompanhando alguém se está comprometido com a observação da totalidade e da integralidade da pessoa humana de um lado, e por outro lado, está-se da mesma maneira, comprometido com sua singularidade e unicidade. Totalidade e integralidade na intenção perceptiva de compreender seu movimento composto de uma complexidade que envolve diferentes ordens, diferentes dimensões humanas e singularidade e unicidade, reconhecendo o caráter único e singular com que elas se integram e se relacionam a partir de um eixo pessoal, fonte de toda a riqueza de originalidade do Ser.

Assim, em direção a essa compreensão ampla visando a percepção da totalidade, pode-se, em um primeiro momento, em uma anamnese, por exemplo, observar as mesmas dimensões (bio, psico-social, noético), separadamente, a fim de visualizar com maior atenção suas peculiaridades, como cada uma delas está organizada no momento e quais necessidades, cada uma comporta hoje. Isto orienta sobre possíveis intervenções que se façam necessárias naquele momento, como encaminhamentos para outros profissionais, a fim de atender à terapêutica de maneira mais ampla, ou de buscar um diagnóstico mais completo.

Para esse fim, com o olhar na totalidade e integralidade se faz significativo que se possa contemplar em nosso olhar sobre a pessoa; o funcionamento do corpo (dimensão biológica): relato de queixas e sintomas orgânicos, possível presença de doenças, histórico de saúde ao longo da vida; movimento psíquico (dimensão psicológica): percepção de nível cognitivo, estrutura da personalidade, dinâmica da personalidade, através do relato de sua história de vida e de sua rotina no tempo mais presente, identificação da presença ou não de sintomas psicopatológicos que necessitem de intervenção psiquiátrica imediata, percepção de suas motivações para a vida e de seu querer Ser para o hoje e para o amanhã; relações sociais (dimensão social): compreensão das relações sociais e familiares do indivíduo ao longo de sua história, seus vínculos e vivências no presente; campo do sentido (dimensão noética): percepção do nível de carência de sentido, de possível vazio ou frustração

existencial, levantamento de sua hierarquia de valores e como sua jornada tem se realizado em torno dela, histórico de situações limites e possíveis experiências de autotranscendência, como a pessoa vive e compreende seu sistema de crenças, se há alguma fé (religiosa) específica, como se percebe como pessoa, suas características mais marcantes que se mostram presentes na sua relação com todas as dimensões e apesar das circunstâncias (mais que personalidade, singularidade) , seus potenciais, suas possibilidades, seu senso de responsabilidade diante de sua vida e da vida do outro, sua percepção de Ser e de Dever Ser mais autêntica, não moral, mas de sua compreensão ética sobre a existência.

Assim, logo após essa percepção da complexidade da pessoa e de tudo o que a envolve, é necessária uma visão de integração de todas essas dimensões, observando a relação particular que existe entre elas nesse indivíduo e o que parece mais essencial nessa pessoa, que transcende a interação, apontando para o que há de mais integral e singular nessa existência. Seu funcionamento próprio, sua dinâmica de vida, onde seu Ser faz encontrar toda a potência de sua dinâmica existencial e sua capacidade de decisão de sua capacidade de responder por sua caminhada.

Frankl (2000) ressalta que “Y la vida de cada hombre es única em tanto nadie puede repetirla, em virtud de la singularidad de su existencia” (FRANKL, 2000, p. 58).

Para Frank, essa percepção de unicidade, de integralidade, de presença de responsabilidade possui um “lugar” na pessoa, e esse é conhecido como Eixo Pessoal (parte integrante da dimensão noética), ponto de toda a riqueza de singularidade da pessoa humana e através da qual toda a autenticidade e percepção integral de sentido e ação podem ser vivenciadas.

Sobre este Eixo Pessoal Frankl (1992) traz a contribuição da visão de pessoa de Scheler, sendo complementada por sua compreensão,

ele a entende como detentora, mas também como “centro” de atos espirituais (noéticos). Sendo, porém, a pessoa aquela da qual se originam os atos espirituais, ela também constitui o centro espiritual em torno do qual se agrupa o psicofísico. [...] Pelo fato do ser humano estar centrado como indivíduo em uma pessoa determinada (como centro espiritual existencial), e somente a pessoa espiritual estabelece a unidade e a totalidade do ente humano. Ela forma esta totalidade como sendo bio-psico-espiritual. Não será demais enfatizar que somente esta totalidade tripla torna o homem completo (FRANKL,1992,p. 21).

Mostra-se importante enfatizar que, para a Logoterapia, o homem é essa totalidade tripla, que pode ser vivenciada de maneira consciente e inconsciente em todas as dimensões (Frankl, também, para a dimensão noética, considera o nível consciente e inconsciente). Entretanto, para ele, o homem em essencial é noético, pois esse campo da existência é que torna o homem propriamente humano.

Sobre essa questão, Frankl (1992) descreve,

O ser humano pode, assim, ser “verdadeiramente ele próprio” também nos seus aspectos inconscientes. Por outro lado, ele é “verdadeiramente ele próprio” somente quando não é impulsionado, mas responsável. O ser humano propriamente dito começa, onde deixa de ser impelido e cessa, quando cessa de ser responsável. O homem propriamente dito se manifesta onde não houver um id a impulsioná-lo, mas onde houver um ser que decide (FRANKL, 1992, p. 19).

Sob a perspectiva da ciência natural em ver o homem como uma unidade ou dualidade corpo e mente, Frankl (1992) complementa,

Portanto não se justifica, como frequentemente ocorre, falar do ser humano como uma “totalidade corpo-mente”; corpo e mente podem construir uma unidade, por exemplo, a “unidade” psicofísica, porém jamais esta unidade seria capaz de representar a totalidade humana. A esta totalidade, ao homem total, pertence o espiritual, e lhe pertence como sua característica mais específica. Enquanto somente se falar de corpo e mente, é evidente que não se pode estar falando de totalidade (FRANKL, 1992, p. 21).

Para os estudiosos, colaboradores e profissionais da Logoterapia, ou ligados de alguma maneira ao Humanismo e ao Existencialismo, não parece nenhuma surpresa essa perspectiva sobre o ser humano que Frankl apresenta. De outro lado, para as pessoas em estado de sofrimento, incapacitadas em dado momento de reconhecer em suas vidas possibilidades viáveis para continuar, e que trazem consigo ao longo do tempo essa visão de “homem do passado”; de causa explicativa, presa a causalidade e buscando a “cura” que, muitas vezes, lhe é negada como possibilidade pela ciência ou pelas abordagens psicológicas, através de uma visão de pessoa

reducionista; a perspectiva de pessoa da Logoterapia se torna um bálsamo, uma boa nova. A Logoterapia terá então, dentro do processo de psicoterapia (através de sua visão de pessoa), a perspectiva de que o ser humano possui toda a condição de dar uma resposta pessoal à questão do sofrimento em sua vida, entrando em relação com ele e assim podendo então “curar-se” (processo de deixar maduro) a si mesmo, de uma maneira que fale verdadeiramente de suas possibilidades e não das possibilidades ou impossibilidades que o outro confere para ela. Somente a pessoa pode dizer até onde ela é capaz de ir e de lidar com a situação. Essa postura devolve para a pessoa a sua dignidade como pessoa integral e total, de poder dirigir a própria vida e suas próprias dores, dando um destino, muitas vezes, surpreendente a elas.

Para o “ser que sofre”, por não encontrar suporte para suas possibilidades, sentindo-se muito próximo ou em pleno desespero, essa perspectiva antirreducionista do ser humano reconhece nele e lhe devolve a possibilidade de ser livre e responsável para dar um destino para sua vida e para seu sofrimento.

De acordo com Frankl (2011), reduzir,

a consciência ao mero resultado de processos de condicionamento constitui um exemplo de reducionismo. Eu definiria reducionismo como uma abordagem pseudocientífica que negligencia e ignora o caráter humano de determinados fenômenos ao reduzi-los a meros epifenômenos sub-humanos. De fato, pode definir-se o reducionismo como um sub-humanismo (FRANKL, 2011, p. 29).

A ampliação da percepção sobre sua realidade como pessoa e de suas possibilidades, passa pelo reconhecimento e compreensão de si como um ser mais amplo, vivenciando em si mesmo, uma experiência de totalidade e integralidade. Essa se torna possível, através da relação do homem com suas experiências valorativas e da experiência com o campo do sentido, este potente integrador. Essa ampliação é um fenômeno de profunda abertura e entendimento, gerando uma compreensão de que grande parte dos possíveis desequilíbrios na vida podem ser oriundos da falta da integralidade, ou seja, de estar se observando, desconsiderando uma grande parte de si mesmo. Quando o indivíduo passa a se integralizar, sente que emerge em sua vida, um aporte que ele mesmo estava desconsiderando ser possível e ser presente em si mesmo.

Esse desequilíbrio vital pode também se originar de maneira específica em diversas dimensões do ser humano, no corpo, na psique ou nas relações sociais, ou

também, de uma maneira que as causas se relacionem entre as dimensões. Entretanto, a pessoa que entra em sofrimento o vive em sua totalidade, em sua integralidade e de maneira própria, ricamente singular e, é a partir daí, que sua possibilidade de ação e posicionamentos nascem, de sua integralidade e de seu Eixo Pessoal, da intencionalidade de sua consciência.

Para Frankl (1992), a consciência não é somente a consciência no campo psicológico, mas, uma consciência noética, como uma “voz da própria consciência”, voz de aspectos não morais, mais do campo ético, fala-se aqui, de um aspecto transcendente da consciência, “não poderíamos conceber o fenômeno da consciência apenas na facticidade psicológica, mas na sua transcendência essencial”, para ele a “liberdade da vontade do ser humano é, portanto, a liberdade “de” ser impulsionado “para” ser responsável, para ter consciência” (FRANKL, 1992, p. 40).

Para a Logoterapia, inspirada pelo movimento da filosofia existencial, representada por Kierkegaard, Nietzsche, Heidegger, Jaspers e outros, o ser humano é um ser livre e responsável, nem sempre livre de, mas com liberdade em um para, através de um para quê, quando pode exercer sua responsabilidade existencial e assim, existir de fato, agindo sobre si mesmo, e no mundo.

Além do sofrimento humano nas dimensões psicofísicas, a Logoterapia se dedica a uma neurose específica, uma neurose no campo do sentido. Refere-se aqui, à neurose noogênica que Frankl definiu como uma disfunção que acomete o tema da existência, do sentido, podendo assim, vir a desenvolver depressões noogênicas, pelo vazio e frustração existencial. Elas trazem à pessoa intenso sofrimento e desorientação na vida cotidiana.

A esse respeito, Frankl (1990) diz que,

ao contrário da neurose no sentido estrito da palavra, que por definição representa uma doença psicogênica, a neurose noogênica não se volta para os complexos e conflitos da consciência moral, para a colisão de valores e por último mas não menos importante, para a sensação de falta de sentido, que as vezes também pode encontrar expressão numa sintomatologia neurótica (FRANKL, 1990, p. 19).

Frankl (1990) retrata uma neurose de massa que atinge um Homem em seu tempo atual, contemporâneo. Para ele, esse homem “parece não saber mais o que quer”, pois “nenhum instinto o diz o que ele precisa”, “nenhuma tradição diz o que ele deve” e assim ele “apenas quer o que os outros fazem [...] ou então ele faz o que

os outros querem, o que dele querem”. Dessa maneira, compreende-se uma das razões do sofrimento humano atual, a falta de vivência de uma autenticidade, de uma compreensão e vivência de um sentido, de um propósito de vida particular, que possa dizer algo de próprio, de encorajador e de realizador para cada pessoa de maneira única e possível de ser vivida dentro daquela realidade individual, dentro daquele Eixo Pessoal, em total conexão com sua consciência noética. Pode-se compreender portanto, que a busca por um sentido na vida, e os problemas que se desdobram dessa carência, podem ser tratados, não como um caráter patológico propriamente dito, de doença, mas sim, como sinal de saúde, de presença da dimensão noética e de uma psique que busca a ela se integrar (FRANKL, 1990, p. 19).

Assim, o ser humano se encontra de maneira individual nele mesmo, em seu Ser mais íntimo e de maneira coletiva em humanidade, no compartilhar de uma vontade de sentido que permeia a humanidade. De maneira diversa e singular se encontra no humano, em uma universalidade, na questão do sentido.

Todavia como já se tratou anteriormente, para o conscientizar desse humano referido acima, contemplado pelo reconhecimento de possuir em si, mais que um psicofísico, é necessário sair da perspectiva de homem resultado, da ciência natural, para uma perspectiva de homem atual, em movimento, fenomenológica como afirma AmatuZZi (2001),

O homem só aparece naquilo que ele tem de mais próprio, com a questão sentido, não com a questão de causa explicativa. A relação explicativa se refere ao homem como resultado, como repertório, ou como recebido, e, portanto, em definitivo, ao homem do passado. Não se refere ao homem atual, ao homem desafiado, ao homem tendo que responder e posicionar-se, ao homem presente (face ao futuro). Este homem atual, presente, desafiado, interpretado, em movimento, é o homem que encontra as questões de sentido: essas são as questões presentes, que surpreendem o homem como existente (não apenas como natureza, como diria Merleau-Ponty) (AMATUZZI, 2001, p. 13).

Elizabeth Lukas (1998) confirma a importância de despertar tal consciência, quando diz, “Por eso es importante movilizar potenciales espirituais em el ser humano [...]. La fuerza espiritual es el único poder que puede mantener [...] la angustia dentro de sus limites ante de que se produzca lo contrario” (LUKAS, 1998, p. 18).

Na prática da Logoterapia clínica é possível observar o quanto a jornada

existencial do paciente cresce quando ele se desperta para si e para o mundo como um ser multidimensional e em essência noético. Os frutos são percebidos como uma considerável redução de ansiedade e angústia quando ocorre um certo diálogo entre suas dimensões e áreas da vida, a partir do reconhecimento de seu Eixo Pessoa. Inicia-se a construção de um caminho de reconciliação, de respeito e de valorização de si e de sua trajetória existencial, passa a se construir um projeto de vida integral. Entretanto, esse reconhecimento realiza várias travessias na relação consigo e com o mundo, passando pelo enfrentamento dos confrontos pessoais entre o psicofísico e a dimensão noética, exigindo do homem a ação de se responsabilizar pelo enfrentamento e por um posicionamento diante de si e da vida.

Viktor Frankl comenta tal questão quando diz, “Uma consciencia viva y vital es lo único que puede capacitar al hombre para resistir los efectos del vacio existencial” (FRANKL, 2000, p. 67).

Esse processo pode ser intuitivo e natural para alguns, outros, podem decidir não o realizar, mas dele também fará parte a pessoa do psicoterapeuta: acompanhando, facilitando, confrontando, acolhendo, compreendendo e encorajando. Nesse momento, o paciente poderá encontrar no acompanhamento logoterapêutico tal possibilidade e isso irá ocorrer primeiramente, na pessoa do logoterapeuta. É preciso que todas as dimensões estejam à disposição do paciente/cliente (pessoa) e que possam se colocar verdadeiramente, como diz Frankl (em sua caricatura), “aos pés” das pessoas que se ajuda, em uma atitude humilde de estar a serviço do humano e do que existe de mais próprio do humano.

É necessário entregar o Ser, a serviço de outro Ser, e isso se mostra fundamental para que o paciente sinta nesse processo, suas possibilidades. No acolhimento, na franqueza, no compromisso e na coerência o paciente encontrará a força para, muitas vezes, juntar seus pedaços e os compartilhar com seu então, companheiro existencial, o Logoterapeuta. Nesse sentido, é preciso que o profissional em questão exale toda a fé que possui no ser humano, em sua visão de homem, na dimensão noética e em sua capacidade de transcendência. A perspectiva de pessoa do terapeuta produz muita diferença quando comunica com sinceridade, no olhar, uma mensagem de esperança.

A postura de entrega e de confiança do potencial humano na relação terapêutica, traz para a pessoa que dela se beneficia uma vivência de valorização de seu Ser e de seu lugar no mundo. Isso por si só, já é terapêutico e permite que o paciente/cliente (pessoa) possa iniciar sua mobilização para uma compreensão e uma ação em sua jornada. Inúmeras vezes, as pessoas chegam até os consultórios de psicoterapia sem nenhuma visualização de um motivo para viver, para continuar, não são,

poucas vezes, que o acolhimento terapêutico (o vínculo que nasce) aparece como uma imediata percepção de sentido que os motiva para continuar abrindo então, as portas para uma série de outros motivos para viver.

Dentro desta temática, Frankl (2011) colabora dizendo que há muito,

já se percebeu que o que tem mais significância na terapia não são as técnicas, mas sim, o tipo de relação humana que se estabelece entre terapeuta e paciente, isto é, a questão do encontro pessoal e existencial. Uma abordagem puramente técnica em psicoterapia pode bloquear seus possíveis efeitos terapêuticos. [...] enquanto nós entendermos nossa missão como psiquiatras apenas nos termos das técnicas e dinâmicas, estaremos deixando de lado o essencial - perderemos de vista o âmago daqueles a quem oferecemos nosso socorro (FRANKL, 2011, p. 14-15).

Viktor Frankl, durante muitos anos de sua vida, trabalhou com o tema do suicídio, sendo diretor do pavilhão de suicidas em um hospital psiquiátrico de Viena. Assim, essa teoria psicológica e prática psicoterapêutica responde, tanto ao homem comum do dia a dia, quanto ao homem que vivencia situações limites. O próprio Frankl orienta que a Logoterapia é sobretudo, frutífera quando se trata de sofrimentos inevitáveis, doenças incuráveis em que a única possibilidade de se fazer algo está centrada em tratar a atitude que a pessoa terá sobre seu destino imutável (FRANKL, 2011, p. 14).

Portanto, esse é um processo onde o paciente/ cliente (pessoa) passa a considerar que as dificuldades têm feito parte de sua caminhada, mas que essas não representam toda a sua caminhada e tão pouco, seu Ser, fazem parte dela, mas resta a pessoa e só a ela, dar uma resposta a essas dificuldades. Assim, a pessoa pode se reconciliar com os desafios, os aceitando, os compreendendo e os enfrentando, e não simplesmente, os ignorando ou se conformando com eles, mas entrando em relação, em ação com eles.

Viktor Frankl, no desenvolvimento da Logoterapia, traz para a Psicologia a contribuição de uma percepção além da dimensão psicofísica. Ele mesmo comenta que sua construção teórico-prática foi desenvolvida a partir de sua subida nos ombros dos gigantes (Freud e Adler), para assim observar o homem mais além. Portanto, ele afirma “que se coloque no centro da psicoterapia a essência da existência humana – ser responsável ter uma missão” Dessa maneira, Frankl convida para a

importância de se trazer para o centro da psicoterapia a essência, o *Nous*, o apresentando como estrutura intrínseca do homem multidimensional (FRANKL, 1995, p. 44).

Somente uma análise fenomenológica metodologicamente correta da forma como a pessoa simples, o homem comum, se entende a si mesmo, nos ensinaria que ser humano significa estar constantemente confrontado com situações, cada uma das quais é, ao mesmo tempo, dádiva e incumbência [...] O que ela ao mesmo tempo nos dá é a possibilidade de nos realizarmos a nós mesmos através desse cumprimento de sentido (FRANKL, 1992, p. 71).

REFERÊNCIAS

ACEVEDO, Geronimo. *El modo Humano de Enfermar*. Buenos Aires, Fundación Argentina de Logoterapia “Victor Emil Frankl”, 1985.

_____. *La búsqueda de sentido: y su efecto terapéutico*. Buenos Aires, Fundación Argentina de Logoterapia “Victor Emil Frankl”, 1985.

AMATUZZI, Mauro Martins. *Por uma Psicologia humana*. Campinas: Alínea, 2001.

AQUINO, Thiago A. Avellar. *Logoterapia e Análise Existencial: uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl*. São Paulo: Paulus, 2013.

FIZZOTTI, Eugenio. *De Freud a Frankl: El nacimiento de la Logoterapia*. México: Ediciones Lag, 2006.

_____. *Las raíces de la logoterapia. Escritos juveniles 1923-1942*. Buenos Aires, Fundación Argentina de Logoterapia “Viktor E. Frankl”, 2001.

FRANKL, Viktor Emil. *A presença ignorada de Deus*. Porto Alegre. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

_____. *Fundamentos y aplicaciones de la Logoterapia*. Buenos Aires: San Pablo, 2000.

_____. *Logoterapia e Análise Existencial: Textos de cinco décadas*. São Paulo: Editorial Psy II, 1995.

_____. *Logoterapia e Análise Existencial: Textos de seis décadas*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

_____. *A questão do sentido em psicoterapia*. Campinas: Papirus, 1990.

_____. *Em busca de sentido*. Petrópolis: Vozes, 1991.

_____. *A vontade de sentido*. São Paulo: Paulus, 2011.

FRABRY, Joseph; LUKAS, Elizabeth. *Trás Lás Huellas desl Logos. Correspondência com Vi-*

Viktor E. Frankl. Buenos Aires: San Pablo, 1996.

LUKAS, Elizabeth. Una vida fascinante. Buenos Aires: San Pablo, 1998.

_____ . Psicologia Espiritual. São Paulo: Paulus, 2002.

PACCIOLLA, Aureliano. Psicologia contemporânea e Viktor Frankl: Fundamentos para uma psicoterapia existencial. São Paulo: Cidade Nova, 2015.

PINTOS, Cláudio García. Um hombre llamado Viktor. Buenos Aires: San Pablo, 2007.

PAPEL DO FISIOTERAPEUTA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E EMERGÊNCIA

Luana Pereira Paz ⁸⁸

Neliana Maria de Mello ⁸⁹

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, tem-se ampliado a atuação fisioterapêutica na unidade de pronto atendimento, visando reduzir complicações, tempo de internação hospitalar e proporcionando a identificação e atuação precoce em problemas cardiopulmonares e cinésio-funcionais. **Objetivos:** Revisar a literatura relacionada ao atendimento fisioterapêutico na sala de emergência, correlacionando com a experiência da inserção do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar e no atendimento aos pacientes admitidos na unidade de emergências do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná HC UFPR. **Metodologia:** Trata-se de um estudo Observacional Descritivo³⁵, ocorrido no período de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2013. Possuindo como objeto do estudo o setor de Pronto Atendimento Emergência do Hospital de Clínicas da UFPR, através da experiência vivenciada na residência multiprofissional, os autores estabeleceram os principais campos de atuação do fisioterapeuta neste setor. Após revisar a literatura existente através dos termos fisioterapia em unidade de pronto atendimento e emergência, delinear as principais patologias recebidas, bem como sua correlação com a atuação do fisioterapeuta. **Resultados e Discussão:** A população atendida caracteriza-se por pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva, asma e insuficiência respiratória. O fisioterapeuta pode atuar na profilaxia da trombose venosa profunda, mobilização precoce, asma, insuficiência respiratória e parada cardiorrespiratória. **Conclusão:** A equipe multiprofissional torna as relações de trabalho mais horizontais, permitindo a visão holística do paciente. Sendo o papel fisioterapeuta

88 Fisioterapeuta com titulação em Terapia Intensiva pelo Conselho Nacional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional COFFITO e Residência Multiprofissional de Atenção Hospitalar – Urgência e Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Email: luanapereirapaz@gmail.com

89 Fisioterapeuta com titulação em Terapia Intensiva pelo Conselho Nacional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional COFFITO preceptora do programa de Residência Multiprofissional de Atenção Hospitalar – Urgência e Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Localizado na Rua General Carneiro, 181-Alto da Glória, Curitiba-Paraná, 80060-900. Email: nelimello92@gmail.com
Não houve órgão financeiro deste estudo e não há conflitos de interesse com este trabalho.

mais relevante na esferacardiorrespiratória e cinésio funcional.

Palavras-chave: Fisioterapia, Emergência, Pronto Atendimento Adulto.

RESUME

Introduction: In recent years, we have expanded the physiotherapy performance in the unit emergency care, to reduce complications, hospital stay and providing the identification and early intervention in cardiopulmonary and cinésio-functional problems. **Objectives:** To review the literature related to physical therapy in the emergency room, correlating with the experience of physiotherapist insertion in the multidisciplinary team and to care for patients admitted to the emergency unit of the Clinical Hospital of the Federal University of Parana HC UFPR. **Methodology:** This is an observational study Descritivo³⁵, occurred from February 2011 to February 2013. Having as an object of study the Emergency Department of Emergency UFPR Clinical Hospital sector, through the experience of the multi-residence, the authors established the main Physiotherapist fields of activity in this sector. After reviewing the existing literature through physical therapy in terms of responsiveness and emergency unit, outlined the main incoming pathology and its correlation with the performance of the physiotherapist. **Results and Discussion:** The population served characterized by patients with chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure, asthma and respiratory failure. The physiotherapist can act in the prophylaxis of deep vein thrombosis, early mobilization, asthma, respiratory failure and Cardiopulmonary. **Conclusion:** A multidisciplinary team makes more horizontal working relationships, enabling the holistic view of the patient. The most significant role in cardiorespiratory physiotherapist ball and functional cinésio.

Keywords: Physical Therapy, Emergency, Emergency Care Adult.

1 INTRODUÇÃO

A emergência funciona como um termômetro do funcionamento do sistema de saúde e suas falhas. É na porta das emergências que vai aparecer o sucateamento da atenção primária em saúde e a agudização da desassistência da população¹. Um dos principais desdobramentos do modelo assistencial brasileiro é a sobrecarga dos serviços de pronto atendimento (PA) por pessoas que apresentam queixas compa-

tíveis com a Atenção Primária. Reconhecendo a relação de interdependência existente entre as unidades assistenciais nos vários níveis de produção de cuidado, o PA constitui-se um dos principais pontos de acesso ao SUS. Desta forma, seu papel é merecedor de um olhar atento por parte dos trabalhadores e gestores do SUS por revelar potência para reorganização do sistema^{2,3}. Apresentando-se como um dos setores mais desgastantes. O fator surpresa exige procedimentos rápidos e precisos da equipe atuante para conforto e socorro ao paciente e seus familiares⁴. O atendimento aos casos com potencial risco à vida é sempre priorizado. Possuem acesso livre e são encaminhados imediatamente até a sala de emergência. Nesse momento, salienta-se que os profissionais de saúde convergem suas ações para o restabelecimento da vida⁵.

O fisioterapeuta, quando atende nestas unidades, pode reestruturar o modelo de cuidado integral, favorecendo os atendimentos e tratamentos precoces de diversas doenças. O conhecimento do perfil dos pacientes atendidos contribui para o planejamento e execução de ações que visem atender ao ser humano com qualidade³. A atuação abrangente e a acumulação de experiência profissional redirecionam o campo de atenção, devendo este profissional atuar em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a prevenção, a promoção e a recuperação, com ênfase no movimento e na função⁶.

Em 2005, na Escola Paulista de Medicina da UNIFESP, deu-se início a um levantamento sobre as necessidades de assistência fisioterapêutica integrada no pronto socorro do Hospital São Paulo e constatou-se a necessidade desses profissionais no setor, surgindo, assim, a nova especialidade de Fisioterapia na Emergência, tendo início em 2007, com a primeira turma atuando no pronto socorro do Hospital São Paulo⁷.

Este trabalho teve como objetivo revisar a literatura relacionada ao atendimento fisioterapêutico na sala de emergência correlacionando com a experiência da inserção do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar e no atendimento aos pacientes admitidos na unidade de pronto atendimento de emergências do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR).

2 METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo Observacional Descritivo³⁵, sobre a experiência vivenciada durante o período da Residência Multiprofissional de Atenção Hospitalar: Urgência e Emergência, no período de 2011 à 2013. O objeto deste estudo foi o

setor de Pronto Atendimento às emergências Adulto. Os materiais disponíveis neste setor são 5 leitos, todos com saídas para oxigênio, ar comprimido e vácuo para aspiração, uma máscara de ventilação não invasiva modelo full face, 3 ventiladores mecânicos da marca DIXTAL, 5 monitores multiparamétricos e um carrinho de emergência. Através da revisão de literatura existente com os termos fisioterapia em pronto-atendimento e emergência, observou-se a escassez de trabalhos nesta área. Optando-se por delimitar o perfil dos pacientes recorrentemente recebidos na sala de emergência do HC- UFPR, correlacionando com as ações terapêuticas exercidas pelo fisioterapeuta neste contexto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população atendida caracteriza-se principalmente por idosos (idade igual ou superior a 60 anos), com doença pulmonar obstrutiva crônica e portadores de insuficiência cardíaca congestiva descompensados. Adultos (idade superior a 18 anos e inferior a 60 anos), em crise broncoespasmo devido à asma e insuficiência respiratória leve, moderada e grave.

No pronto atendimento hospitalar, situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados como imprevistos provenientes de materiais, de instrumentos e dos próprios trabalhadores⁴. A presença do fisioterapeuta treinado para atender situações de emergência, proporciona melhora da organização junto à equipe multidisciplinar, principalmente para auxiliar na escolha e manejo da oxigenioterapia a ser utilizada, minimizando efeitos iatrogênicos.

Os pacientes após o primeiro atendimento na urgência permanecem em observação, (período de tempo transcorrido entre o término da avaliação inicial e a internação em outra unidade ou a alta hospitalar). A dificuldade para obter leitos de internação prolonga o tempo de permanência do paciente no setor de emergência, que pode se estender por vários dias. Tal situação é uma das dificuldades encontradas neste setor, visto que muitos desses pacientes são tratados até a alta na nesta unidade⁵. Fato este, corriqueiro na rotina observada no HC UFPR, devido à superlotação dos leitos de UTI. Sendo realizada, nesta unidade, a prevenção de pneumonia associada ventilação mecânica, desmame de ventilação mecânica e a utilização de ventilação não invasiva VNI, terapêutica utilizada em grande escala no período da residência.

Emergência é não apenas urgência de resposta, como emergir, vir à tona, e, nesse sentido, um fenômeno emergente em saúde pública requer a proposição e

utilização de novos conceitos e métodos de análise⁸. A presença do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar na unidade de pronto atendimento visa aperfeiçoar o funcionamento do setor. Durante o período da residência, a inclusão foi bastante inovadora, necessitando conhecer a equipe multidisciplinar e aos poucos possibilitar que os mesmos compreendessem a função do fisioterapeuta e como este poderia atuar neste setor. Abaixo estão descritos os principais focos de atuação do fisioterapeuta correlacionando os com a literatura existente.

4 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

A nível mundial estima-se que a o tromboembolismo venoso (TEV), é a terceira causa de morte de origem cardiovascular e a principal causa de morte preventiva dos pacientes hospitalizados⁹. O TEV inclui a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP) e são complicações comuns em pacientes críticos¹⁰. Sendo uma doença de ocorrência multidisciplinar e freqüente¹². Seu risco é alto tanto em pacientes cirúrgicos quanto nos internados para tratamento de doenças clínicas¹¹.

A profilaxia mecânica é um dos melhores meios para redução da incidência devido ao seu baixo custo e eficácia comprovada. A frequência da utilização da profilaxia mecânica da TVP em unidade de emergência de Maceió, do total de 282 pacientes, 234 (83%) não receberam profilaxia e 48 (17%) receberam. Concluindo-se que a profilaxia mecânica para TVP ainda é subutilizada na rotina hospitalar¹².

O paciente crítico deve ser alvo de atenção diferenciada pelo alto risco que podem influenciar na decisão a respeito da profilaxia. A definição de uma conduta deve envolver considerações em relação ao risco de eventos hemorrágicos. Neste grupo de pacientes a avaliação da relação risco-benefício apresenta particularidades e as recomendações atuais para a profilaxia do TEV. Já na admissão os pacientes devem ter o risco de eventos tromboembólicos avaliados e a decisão a respeito do tipo de profilaxia (mecânica ou farmacológica) deve ser iniciada precocemente¹⁰.

O fisioterapeuta atua sobre os efeitos da hipotatividade do paciente acamado. Na prática diária, a contração do músculo da panturrilha é difundida entre os profissionais, como forma de diminuir a estase venosa e os riscos de TVP nos membros inferiores. Ao avaliar o volume de fluxo venoso na bomba sural através de ultra-sonografia doppler durante cinesioterapia ativa e passiva. Conclui-se que a cinesioterapia ativa apresentou valor de volume de fluxo sanguíneo bem superior ao valor basal e à cinesioterapia passiva, sendo apenas superada pela compressão manu-

al11. Já a deambulação precoce e frequente é uma intervenção simples, ainda que não haja evidência que demonstre sua utilidade como método único de prevenção¹³apud¹⁴.

5 ASMA

Segundo dados do Ministério da Saúde, a asma é responsável por 5% a 10% das mortes por causas respiratórias, além de grande demanda de difícil dimensionamento por assistência de urgência¹⁵.

Em Recife a maioria dos pacientes asmáticos é atendida exclusivamente em serviços de urgência. O sofrimento e os gastos com internações e atendimentos de urgência poderiam ser minimizados se o acesso aos serviços de saúde em nível ambulatorial fosse facilitado¹⁶. Todavia, os serviços de emergência vêm sendo utilizados como local regular de consultas, o que não é adequado, levando a falhas no tratamento e no controle da asma¹⁷.

As evidências têm demonstrado que o manejo da asma aguda na sala de emergência concentra decisões cruciais que podem determinar o desfecho desta situação clínica. As etapas envolvidas neste manejo podem ser divididas nas seguintes etapas: Diagnóstico, Avaliação da gravidade e Tratamento. Dentre as opções de tratamento destacam-se as terapias farmacológicas (Broncodilatadores beta2-agonistas de curta ação, Broncodilatadores anticolinérgicos, Corticosteroides sistêmicos, Corticosteroides inalatórios, Sulfato de magnésio, Xantinas e Heliox) e as não farmacológicas (Oxigenoterapia, Ventilação mecânica não-invasiva e Intubação endotraqueal e ventilação mecânica)¹⁸.

A atuação do fisioterapeuta vem a corroborar no tratamento não farmacológico. A oxigenoterapia adequada minimiza os efeitos deletérios do excesso de oxigênio. A VNI visa a melhora do padrão ventilatório, redução do trabalho respiratório, recrutamento dos músculos expiratórios para auxiliar na inspiração, redução da hiperinsuflação pulmonar com inspiração mais eficiente¹⁹ apud¹⁸. Com Grau de Recomendação: B, podendo ser utilizada em conjunto com o tratamento medicamentoso convencional para o cuidado de pacientes selecionados com exacerbação aguda e grave da asma²⁰. Com relação à decisão de proceder à intubação na crise asmática, é de responsabilidade médica e será necessária em casos de exaustão progressiva, parada cardiorrespiratória e significativa alteração no estado mental¹⁸.

6 MOBILIZAÇÃO PRECOCE

Os riscos da imobilização em doentes críticos não são bem esclarecidos. Entretanto, é evidente que os sobreviventes apresentem fraqueza e fadiga persistente, prejudicando sua qualidade de vida. A mobilização precoce é uma área nova e se trata de um procedimento seguro e viável, diminuindo o tempo de internação²¹.

Ao comparar dois grupos, o primeiro submetido à mobilização precoce GMP, e o segundo submetido à fisioterapia convencional GFC, a disfunção muscular periférica, mostrou-se mais evidente na população GFC, o qual apresentou valores de Medical Research Council (MRC) médios de 39,21 enquanto, no GMP, foi de 49,29 ($p < 0,001$). Após a primeira avaliação, verificou-se aumento significativo nos valores do MRC no grupo GMP, com ganho médio de MRC de 6,57 ($p = 0,04$), o que não ocorreu no GFC, que apresentou um ganho de MRC de 1,08. Inferindo que os pacientes submetidos a um protocolo de mobilização sistemática e precoce apresentaram ganho da força muscular inspiratória e força muscular periférica, o que não ocorreu no programa padrão de mobilização²². Com relação a atuação fisioterapêutica nesse setor, os pacientes admitidos na sala de reanimação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, cerca de um terço dos pacientes (31,9%) recebeu atendimento fisioterapêutico, com abordagem motora e respiratória²³.

A fisioterapia pode colaborar ativamente na equipe multidisciplinar: o fisioterapeuta necessita estar junto ao paciente para que este supere a perda de movimento; para fazer (re)surgir nele a motivação para realizar tarefas e minimizar suas limitações. O comando 'direto' e a aprendizagem processual do paciente são dinâmicas interligadas e necessárias⁶. São escassos estudos com relação a mobilização precoce na sala de emergência, através da experiência da residência foi possível observar maior aderência ao tratamento fisioterapêutico.

7 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA (IRA) LEVE E MODERADA: VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

O uso da ventilação não invasiva com pressão positiva (VNI) para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda (IRA) ou crônica (IRC) foi um dos maiores avanços da ventilação mecânica nas últimas duas décadas²⁴.

A IRA refere-se à condição clínica na qual o sistema respiratório não consegue manter os valores adequados da pressão arterial de oxigênio e gás carbônico.

Essa deterioração das trocas gasosas pulmonares é uma ocorrência comum nos serviços de urgência e emergência²⁵.

Através do cotidiano do residente e através da observação participante, é possível denotar que a terapêutica mais utilizada na sala de emergência foi a VNI.

Analisar os casos de IRA decorrente de edema agudo de pulmão EAP e de agudização da doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC, submetidos à VNI, a fim de identificar fatores associados ao sucesso ou ao insucesso do método em um serviço de urgência e emergência. Foram incluídos 152 pacientes. Desses pacientes, 92 (60,5%) apresentaram hipótese diagnóstica de EAP e 60 (39,5%) de DPOC. A mediana do tempo de ventilação mecânica não invasiva foi de 6 (1 - 32) horas para os pacientes com DPOC (n=60) e de 5 (2 - 32) horas para os pacientes com EAP (n=92); 75,7% evoluíram com sucesso e 37 deles evoluíram para intubação. A análise dos pacientes submetidos a VNI com diagnósticos de EAP e DPOC, mostrou que a maioria evoluiu com sucesso²⁵.

A VNI é medida de suporte ventilatório comumente utilizada em pacientes com DPOC²⁶. Devendo ser utilizada como tratamento de primeira escolha, especialmente para aqueles pacientes com exacerbação grave, caracterizada pela presença de acidose respiratória (pH < 7,35) que persiste a despeito de tratamento médico máximo associado a oxigenoterapia controlada²⁴.

8 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA GRAVE COM NECESSIDADE DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E VENTILAÇÃO MECÂNICA

Em unidades de emergência a Intubação orotraqueal (IOT), é procedimento de rotina, sendo evidente a necessidade de serem realizadas com técnica correta, obedecendo a um protocolo rígido e contemplar todas as etapas²⁷. O procedimento de IOT é de responsabilidade médica, cabendo ao fisioterapeuta auxiliar na aspiração de secreções, na oxigenação e no ajuste dos parâmetros iniciais de ventilação mecânica (VM).

Logo após a IOT, a principal preocupação da equipe multidisciplinar é a resolutividade do problema que a ocasionou e a busca pelo desmame da VM, pois períodos prolongados de VM acarretam em aumento do risco de pneumonia associado à ventilação PAV e dos efeitos deletérios da imobilidade. Sendo primordial ser iniciado nas salas de emergência.

As ações de prevenção da PAV promovem a segurança aos pacientes, que necessitam de VM. A partir da seguinte questão norteadora: Quais cuidados você conhece e considera importante para a prevenção da PAV? Os profissionais da saúde referiram como medidas preventivas da PAV: a higiene das mãos e oral; a prevenção da broncoaspiração de secreções com a elevação da cabeceira de 30 a 45°, controle da pressão do cuff; cuidados com a aspiração das secreções e circuito ventilatório, aspiração da secreção somente quando necessário, não realização da troca periódica do circuito ventilatório, evitar condensação de água no circuito e avaliar diariamente a possibilidade de extubar o paciente²⁸. Outro estudo aplicando bundle similar, incluindo apenas o item, posição do filtro umidificador conectado ao TOT, o qual deveria estar elevado acima da região da traqueia, observou que a frequência e a taxa de adesão ao bundle geral foi de 66,7%, pelos profissionais²⁴.

No que tange a atuação do fisioterapeuta nas alterações da mecânica ventilatória e da hemodinâmica que ocorrem em pacientes dependentes de VM submetidos a um protocolo padrão de fisioterapia respiratória. Sugere significativas modificações imediatamente após a fisioterapia. Ocorrendo aumento da Complacência dinâmica, Volume Corrente, Frequência Respiratória e Saturação parcial de oxigênio e redução da Resistência, logo após a realização das manobras e mantiveram-se na avaliação realizada 1 hora após o término destas²⁹. Outro estudo convergente neste contexto, com amostra de 50 pacientes, 62% (31) no Grupo que fez Fisioterapia e 38% (19) no Grupo Controle, que não fez fisioterapia. Os resultados demonstram que houve um aumento do índice de sucesso no desmame, menor tempo de VM, de desmame e de internação na UTI nos pacientes que receberam fisioterapia³⁰. A realização do desmame ventilatório e extubação deve ser realizada por profissionais treinados²⁸.

A diversidade do papel do fisioterapeuta intensivista é um fator limitante, já que cada serviço pode estabelecer diferentes tarefas para esses profissionais³¹.

9 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

A equipe multiprofissional é, na maioria das vezes, a responsável pelo primeiro atendimento nos casos de PCR. Por isso, é importante a capacitação da equipe para o reconhecimento e atendimento inicial³².

Com relação a frequência dos atendimentos fisioterapêuticos em uma unidade de emergência de um hospital público e o perfil do paciente atendidos, os diagnósticos iniciais relacionados a doenças cardiovasculares, o mais frequente foi pre-

cordialgia/IAM, em 35 casos (36%), seguido por ICC descompensada, em 20 casos (20%), arritmia, em 16 casos (16%), crise hipertensiva, em 12 casos (12%), parada cardiorrespiratória (PCR), em 11 casos (11%). Dos 192 pacientes, 40% realizaram oxigenoterapia, 12,5% VMI, 18% VNI, 26% realizaram fisioterapia respiratória e 43% não receberam atendimento fisioterapêutico. Demonstrando a importância do atendimento fisioterapêutico precoce em setores de emergência³³.

Ao avaliar o conhecimento dos atuais e futuros fisioterapeutas em diferentes campos de atuação quanto ao reconhecimento, atendimento de emergência e atitudes em casos de PCR. Aproximadamente 50% dos estudantes de fisioterapia formam-se sem treinamento algum em suporte básico de vida. Além disso, dependendo do ambiente de trabalho, até 65% dos fisioterapeutas permanecem sem treinamento. Este estudo poderá servir como uma proposta para educação permanente dos profissionais de saúde no que concerne à formação e à atualização acerca da RCP³⁴.

10 CONCLUSÃO

A percepção e conhecimento das competências Fisioterapêuticas, pelos próprios profissionais da saúde, otimiza a relação multiprofissional no setor de emergência. Na perspectiva das autoras, os resultados dessa pesquisa podem contribuir para elaboração de diretrizes e protocolos clínicos que visem estabelecer a alocação do fisioterapeuta no setor de emergência, bem como as funções que o mesmo deve desempenhar.

REFERÊNCIAS

1. NEVES, C. A. B. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 691-693, Mar. 2006.
2. CACCIA-BAVA, M. do C. G, PEREIRA, M. J. B. i, ROCHA, J. S. Y. , MARTINEZ, E. Z. Pronto-atendimento ou atendimento ou atenção básica: escolhas: escolhas dos pacientes no SUS. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2011; 44(4): 347-54
3. ROSA, T. de P. R., MAGNAGO, T. S. B. de S. TAVARES, J. P. LIMA, S. B. S. de, SCHIMIDT, M. D., SILVA, R. M. da Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do Pronto Socorro de um Hospital Universitário. *R. Enferm. UFSM* 2011 Jan/Abr; 1(1):51-60
4. FARIAS, S. M. C., O. L. de C., MOREIRA, W., OLIVEIRA, M. A. F., PEREIRA, M. O. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(3):722-9

5. GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, jun. 2009.
6. FARIA, L.; SANTOS, L.A. de C. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 227-240, dez. 2011.
7. ALTHEMAN, F. Transformar. *Rev Crefito*. 2007; 3:24-5.7.
8. BASTOS, Francisco I. Crack no Brasil: uma emergência de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1016-1017, June, 2012.
9. HEIT, JA. The epidemiology of venous thromboembolism in the community. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2008; 28: 370-2.
10. RIBEIRO, M. A.; NETTO, P. G.; LAGE, S. G. Desafios na profilaxia do tromboembolismo venoso: abordagem do paciente crítico. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 316-319, set. 2006.
11. CAMPOS, C. C. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; BRAGA, I. J. S. Avaliação do volume de fluxo venoso da bomba sural por ultra-sonografia Doppler durante cinesioterapia ativa e passiva: um estudo piloto. *J. vasc. bras.*, Porto Alegre, v. 7, n. 4, p. 325-332, dez. 2008.
12. MACHADO, N.L. B.; LEITE, T. L.; PITTA, G. B. B. Frequência da profilaxia mecânica para trombose venosa profunda em pacientes internados em uma unidade de emergência de Maceió. *J. vasc. bras.*, Porto Alegre, v. 7, n. 4, p. 333-340, dez. 2008.
13. KAHN, S.R. LIM, W. DUNN, A.S. et al. Prevention of VTE in nonsurgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141: 195-226.
14. VAZQUEZ, F. et al. Guía de recomendaciones para la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en adultos en la Argentina. *Medicina (B. Aires)*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2015.
15. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III consenso brasileiro no manejo da asma. *J Pneumol* 2002; 28: S1-28.
16. SARINHO, E. QUEIROZ, G.R.S. DIAS, M.L.C.M. SILVA, A.J.Q. A hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial. *J Bras Pneumol* 2007; 33:365-71.
17. CHATKIN, M. MENEZES, A.M.B., ALBERNAZ, E. VICTORA, C. G. BARROS, F.C. Fatores de risco para consultas em pronto-socorro por crianças asmáticas no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 491-498, Oct. 2000.
18. DALCIN, P. de T. R.; PERIN, C. Manejo da asma aguda em adultos na sala de emergência: evidências atuais. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 82-88, 2009.
19. MEDURI, G.U. Noninvasive positive-pressure ventilation in patients with acute respiratory failure. *Clin Chest Med*. 1996;17: 513-53.
20. SACHETTI, A. et al. Adesão às medidas de um bundle para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 355-359, dez. 2014.
21. BORGES, V. M., OLIVEIRA, L. R. C., PEIXOTO, E., CARVALHO, N. A. de C. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(4):446-452
22. DANTAS, C. M. et al. Influência da mobilização precoce na força muscular periférica

e respiratória em pacientes críticos. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 173-178, June, 2012.

23. TAQUARY, S. A. dos S.; ATAIDE, D. S.; VITORINO, P. V. de O. Perfil clínico e atuação fisioterapêutica em pacientes atendidos na emergência pediátrica de um hospital público de Goiás. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 262-267, Sept. 2013.

24. SCETTINO, G. P. P. REIS, M. A. S. GALAS, F. PARK, M. FRANCA, S. OKAMOTO, V. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva *J Bras Pneumol.* 2007;33 (Supl 2): S 92-S 105.

25. PASSARINI, J. N. de S. et al. Utilização da ventilação não invasiva em edema agudo de pulmão e exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica na emergência: preditores de insucesso. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 278-283, Sept. 2012.

26. REGO, F. M. P., CARDENAS, L. Z., CARUSO, P., CARVALHO, C. R R., FERREIRA, J. C. Avaliação do desempenho de diferentes interfaces para ventilação não invasiva em modelo mecânico simulando paciente com DPOC *Rev Med (São Paulo)*. 2012 abr.-jun.;91(2):60-8.

27. YAMANAKA, C. S. Intubação orotraqueal: avaliação do conhecimento médico e das práticas clínicas adotadas em unidades de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 103-111, June, 2010.

28. SILVA, S. G.; NASCIMENTO, E.R. P.; SALLES, R. K. Pneumonia associada à ventilação mecânica: discursos de profissionais acerca da prevenção. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 290-295, June, 2014.

29. MOREIRA, F. C. et al. Alterações da mecânica ventilatória durante a fisioterapia respiratória em pacientes ventilados mecanicamente. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 155-160, June, 2015.

30. JOSÉ, A., P., CÉLIA, R., TIMBÓ, S. R., C., BIEN, S. R. F. SANTOS, U.; DAL CORSO, S. Efeitos da fisioterapia no desmame da ventilação mecânica. *Fisioterapia em Movimento*, 26(2), 271-279, 2013.

31. PINTO, W. A. M. et al. Impacto de um programa de educação continuada na qualidade assistencial oferecida pela fisioterapia em terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 7-13, Mar. 2014.

32. VEIGA, V. C., CARVALHO, J. C. de, AMAYA, L. E. C, GENTILE, J. K. de A., ROJAS, S. S. O. Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. *Rev Bras Clin Med.* São Paulo, 2013 jul-set;11(3):258-62.

33. OGAWA, K. Y. L., FRIGERI, L. B., DINIZ, J. S. FERREIRA, C. A. S.A. Intervenção fisioterapêutica nas emergências cardiorrespiratórias *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2009;33(4):457-466.

34. NEVES, L. M. T. Conhecimento de fisioterapeutas sobre a atuação em suporte básico de vida. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-74, Mar. 2010

35. LUNA Fº, Bráulio. Seqüência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 71, n. 6, p. 735-740, Dec. 1998.

36. Capítulo I - definição, epidemiologia, patologia e patogenia. *J. Pneumologia*, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. 4-5, June, 2002.