BAHE – Brazilian Archives of Health and Environment
ISSN: 2675-2298
Patos, Paraíba
http://bahe.unifip.edu.br/

ARTIGO DE REVISÃO

Perfil da assistência fisioterapêutica em unidade de emergência: revisão de literatura

Profile of physiotherapy assistance in emergency unit: literature review

Jacinta de Fátima Gomes de Santana Silva[1], Ubiraídys de Andrade Isidório[1], Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa[1], Aracele Gonçalves Vieira[1], Elisangela Vilar de Assis[2], Marta Ligia Vieira Melo[1]
[1]Faculdade Santa Maria; [2]Universidade Federal de Campina Grande

Resumo
Objetivo: Traçar o perfil da assistência fisioterapêutica em unidade de emergência (UE).
Método: Trata-se de uma revisão de literatura sendo pesquisados artigos científicos entre os meses de fevereiro e abril de 2018. Foram utilizados artigos publicados entre os anos de 2008 e 2018, sendo estes que abordaram intervenções do fisioterapeuta de ordem cardiorrespiratória e/ou musculoesquelética nas UE. Foram excluídos do estudo os resumos, relatos de caso e revisão sistemática.
Resultados: A maioria dos casos que deram entrada no serviço de urgência e emergência por serem disfunções de ordem cardiorrespiratória necessitou de suporte ventilatório, seja ele invasivo ou não, além de outros métodos e técnicas, que são de responsabilidade do Fisioterapeuta e que visa a melhora do paciente, justificando a sua inserção no setor, influenciando a diminuição de complicações, do tempo de permanência hospitalar dos pacientes, de transferências hospitalares, do índice de mortalidade e gastos financeiros elevados.
Conclusão: Com base nos dados mostrados através dos estudos inclusos nessa revisão é possível concluir a eficácia da intervenção fisioterapêutica no setor de emergência hospitalar, favorecendo os atendimentos e tratamentos precoces das patologias, diminuindo assim, o risco de agravo na evolução do quadro clínico, além de ampliar o modelo de assistência integral, humanizada e multidisciplinar.
Descritores: Assistência. Emergência. Fisioterapia.

Abstract
Objective: To outline the profile of a physical therapy assistant in an emergency unit (EU).
Method: This is a literature review and scientific articles were searched between February and April 2018. Articles published between 2008 and 2018 were used, which addressed interventions by the physiotherapist of a cardiorespiratory and / or musculoskeletal order in the EU. Abstracts, case reports, and systematic reviews were excluded from the study.
Results: That most of the cases that were admitted to the urgency and emergency service, as they are cardiopulmonary disorders, required ventilatory support, whether invasive or not, in addition to other methods and techniques, which are the responsibility of the Physiotherapist and which aims to improve the patient, justifying his insertion in the sector, influencing the reduction of complications, the length of hospital stay of patients, hospital transfers, the mortality rate, and high financial expenses.
Conclusion: Based on the data shown through the studies included in this review, it is possible to conclude the effectiveness of physical therapy intervention in the hospital emergency sector, favoring early care and treatment of pathologies, thus decreasing the risk of aggravation in the evolution of the clinical condition, in addition, to expand the comprehensive, humanized and multidisciplinary care model.
Keywords: Assistance. Emergency. Physiotherapy.

Autor correspondente: Elisangela Vilar de Assis
E-mail: ely.vilar@hotmail.com

Recebido em: 16/04/2020
Aprovado em: 12/12/2020

INTRODUÇÃO

Desde que os serviços de urgência e emergência passaram a integrar os setores hospitalares, vem se modificando o perfil de atendimento, sobretudo com a inserção de uma equipe multidisciplinar na assistência ao paciente. (TAQUARY *et al.*, 2013; BRASIL, 2011). Dessa forma, agregando todas as especialidades e variedades de profissionais que trabalham unidos para um atendimento mais eficaz (SIMÔES; URBANETTO; FIGUEIREDO, 2013).

A importância da integração e articulação das diversas áreas profissionais é perceptível, pautada na cooperação e troca de conhecimentos em prol de uma assistência adequada aos usuários nas situações de urgência e emergência (ALMEIDA *et al.*, 2017).

A emergência se configura a principal porta de acesso na rede hospitalar, no amparo ao paciente que necessita de atendimento imediato, que apresenta alterações significativas sob a perspectiva biológica e física e risco iminente de morte (PICCOLI *et al.*, 2013; CAMERRO *et al.*, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2017).

Para abordar a temática urgência e emergência se faz necessário compreender ambos os significados. É caracterizada em emergência, as situações que existe agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, nas quais o atendimento deve ser imediato, não podendo ser protelado. Enquanto que, urgências são ocorrências em que o atendimento prestado em tempo não pode ser superior a duas horas (SCHIAVON, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Nos últimos anos, a assistência à saúde no setor de emergência tem sido utilizada de forma demasiada, devido ao número de acidentes, a violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, ocasionando uma alta demanda neste setor, sendo este um importante componente no atendimento à saúde (BRASIL, 2002). Ciente dos problemas existentes na atenção às urgências, o Ministério da Saúde (MS) preconiza o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção à saúde (BRASIL, 2009).

A classificação de risco compreende em um procedimento dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento premente, conforme o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente (BRASIL, 2009; ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; ALMEIDA *et al.*, 2017).

Os serviços de emergência seguem as orientações das legislações específicas, e em detrimento da organização dos atendimentos, resolutividade e efetividade das intervenções (BRASIL, 2009).

A incorporação do fisioterapeuta nas unidades de emergência (UE) é recente, e está

baseada na reestruturação dos modelos de saúde. Todavia, a assistência prestada já tem mostrado benefícios. O fisioterapeuta propicia tratamento precoce de patologias agudas e crônicas, das comorbidades e das complicações funcionais, interfere diretamente nas disfunções cardiorrespiratórias, refletindo em menores índices e tempo de intubação orotraqueal/nasotraqueal e ventilação mecânica invasiva e não-invasiva, menor número de complicações pulmonares e motoras, redução nas taxas de infecções, tempo de internação hospitalar, redução da mortalidade e dos custos hospitalares.

Diante desse contexto, surge a seguinte problemática: qual o perfil da assistência fisioterapêutica em unidade de emergência?

Esse trabalho tem como justificativa a compreensão e análise do perfil da assistência fisioterapêutica em unidade de emergência, uma vez que essa temática fornece informações acerca das atribuições e competências do fisioterapeuta, bem como a ampliação e contribuição a um novo modelo de assistência integral e multidisciplinar.

Portanto, o objetivo desta revisão de literatura é traçar o perfil da assistência fisioterapêutica em unidade de emergência, identificando as condutas adotadas pelos fisioterapeutas na unidade de emergência, a fim de apontar as principais doenças/condições de saúde prevalente na unidade de emergência.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura onde foram pesquisados artigos científicos entre os meses de fevereiro e abril de 2018. As bases de dados pesquisadas foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), através dos descritores extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Assistência, Emergência, Fisioterapia, sendo ainda para a busca foi utilizado o operador booleano AND.

Foram utilizados artigos publicados entre os anos de 2008 e 2018, artigos disponíveis na íntegra, de forma gratuita, em português, sendo estes que abordaram intervenções do fisioterapeuta de ordem cardiorrespiratória e/ou musculoesquelética nas UE. Foram excluídos do estudo os resumos, relatos de caso e revisão sistemática.

A seleção dos artigos encontrados nas diferentes bases foi realizada em três etapas. A primeira ocorreu mediante a leitura de títulos dos artigos encontrados. A segunda se deu da leitura dos resumos dos artigos selecionados durante a primeira etapa. E na terceira constaram os artigos que não foram excluídos durante as etapas anteriores, sendo que foram lidos na íntegra para a escolha de quais seriam usados na pesquisa.

De acordo com os descritores, o resultado referente à quantidade de artigos

encontrados em cada base de dados, encontra-se exposto, detalhadamente, na Tabela 1.

Tabela 1 – Número de artigos encontrados nas bases de dados com os descritores da pesquisa

Descritores	Base de dados	Nº de artigos
Fisioterapia AND Assistência AND Emergência	MedLine	399
Fisioterapia AND Assistência AND Emergência	Lilacs	7
Assistência AND Fisioterapia AND Emergências	Scielo	5
TOTAL		**411**

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018

O fluxograma abaixo descreve a quantidade de artigos selecionados nas bases de dados com os descritores da pesquisa e mostra o percurso metodológico seguido para a busca dos artigos (Figura 1).

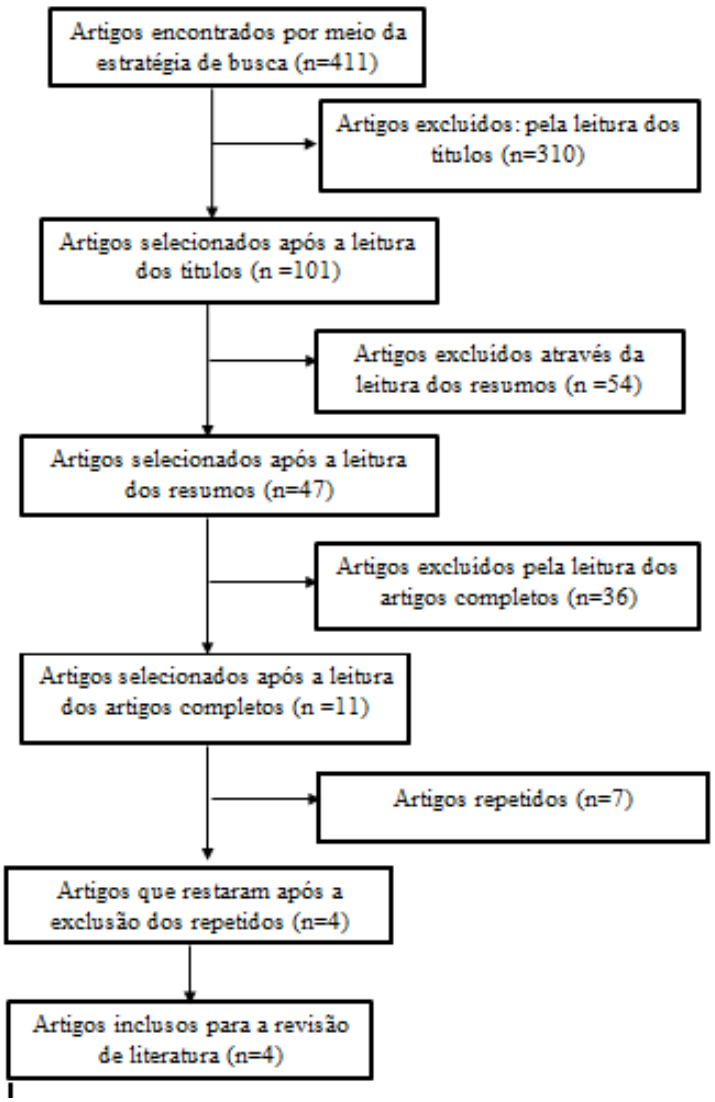


Figura 1: Fluxograma do percurso metodológico da busca dos artigos.

3 RESULTADOS

Conforme critérios estabelecidos, a busca realizada tem a amostra representada por um total de quatro artigos. Trata-se de artigos descritivo, transversal e observacional, (Tabela 2). A caracterização das pesquisas selecionadas encontra-se no Quadro 1.

Tabela 2 - Caracterização dos artigos selecionados e acordo com o autor, ano de publicação, título, tipo de estudo e amostra.

Código	Autor (es) e Ano de publicação	Título	Tipo de Estudo	Amostra
A1	Ogawa et al., 2009	Intervenção fisioterapêutica nas emergências cardiorrespiratórias	Transversal/ Observacional	192
A2	Gonçalves, 2013	Perfil clínico dos pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia na unidade de urgência e emergência de um hospital público de Minas Gerais.	Observacional	105
A3	Picolli et al., 2013	Indicações para Inserção do Profissional Fisioterapeuta em uma Unidade de Emergência	Descritivo prospectivo	570
A4	Almeida et al., 2014	Atuação da fisioterapia na urgência e emergência de um Hospital referência em trauma e queimados de alta e Média complexidade	Observacional	175

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018

Quadro 1 - Caracterização dos artigos segundo o código e resultados.

Código	Resultados
A1	Com idade média de 65 anos, sendo 51% do sexo feminino. Os diagnósticos de entrada mais frequentes foram precordialgia em 35 (18%) casos, pneumonia em 29 (15%) casos e Insuficiência cardíaca congestiva descompensada em 20 (10%) casos. A maioria dos pacientes (64%) permaneceu menos de 24 horas na sala de emergência. 109 pacientes (57%) tiveram acompanhamento fisioterapêutico, 77 pacientes (40%) necessitaram de oxigenoterapia, 24 (12,5%) de ventilação mecânica invasiva, 34 (18%) utilizaram ventilação não-invasiva, 50 pacientes (26%) realizaram fisioterapia respiratória, 83 (43%) não realizaram nenhum procedimento de fisioterapia e 30 (15,5%) foram submetidos à intubação orotraqueal. Em relação à evolução, observamos que 35% foram transferidos para a UTI, 29%, para a enfermaria, 25% tiveram alta hospitalar e 11% foram a óbito.
A2	Sem predominância entre os gêneros feminino 51,43% (n=54) e masculino 48,57% (n=51). A idade média foi de 68 anos (±18,04). As hipóteses diagnósticas de maior incidência foram Sepse de foco pulmonar em 10,48% (n=11) e Acidente Vascular Encefálico isquêmico ou hemorrágico em 10,48% (n=11). Dos pacientes atendidos, 21,90% (n=23) traziam histórico de Acidente Vascular Encefálico prévio. Houve um número crescente de pacientes/mês atendidos pela Fisioterapia (mínimo de 14 e máximo de 31) e uma queda no tempo médio de estada no setor, de 3,27 (±2,29) para 1,58 dia (±0,92). Os principais procedimentos realizados foram manejo da oxigenoterapia em 42,86% (n=45) e manipulação de ventilação mecânica invasiva em 41,90% (n=44). O destino principal foi a transferência para a UTI do próprio hospital (39%).
A3	A amostra foi composta por 297(52,2%) do gênero feminino com média de idade de 63 (±17) anos. Foi realizada internação na sala vermelha (urgência absoluta) e sala laranja (muito urgente) na admissão na emergência, respectivamente, 189(33,1%) e 381(66,8%) pacientes. Os diagnósticos cardiorrespiratórios foram encontrados em 311 (54,7%) pacientes. Necessitaram de oxigenoterapia, 174 (45,6%) pacientes da sala laranja e 49(25,9%) da sala vermelha. Ventilação mecânica invasiva foi realizada em 103(98%) pacientes da sala vermelha. A média de permanência dos pacientes nas salas laranja e vermelha foi de 5 dias, sendo que 247 pacientes (65%) da sala laranja evoluíram com alta da emergência e 66(35%) pacientes da sala vermelha evoluíram para a unidade de terapia intensiva, sendo justificada a inserção do fisioterapeuta devido ao grande número de casos de disfunção cardiorrespiratória e que necessitam de suporte ventilatório.
A4	Amostra composta de 175 prontuários de pacientes, a maioria do gênero masculino 82,29% (144), com faixa etária de 19 a 29 anos (28,57%), procedentes de Belém-PA 65,14% (70), submetidos a tratamento clínico conservador 65,14% (114). O traumatismo crânio encefálico foi o tipo de trauma mais prevalente 65,71% (115). A região corporal mais acometida pelo trauma foi a cabeça 74,86% (131) e o mecanismo de lesão mais frequente foi o acidente de moto 32,57% (57). A classificação de risco vermelho foi a mais observada 62,3% (109). Os procedimentos fisioterapêuticos mais realizados foram controle de ventilação mecânica 88% (154) e aspiração endotraqueal 60,57% (106). O destino da maioria dos pacientes foi a internação na UTI 68,5% (120).

4 DISCUSSÃO

Para Kilner e Sheppard (2010) a emergência consistia em unidade de tratamento prestado, principalmente, por médicos e enfermeiros treinados no cuidado do trauma agudo, doenças clínicas agudas ou exacerbação de doenças crônicas. As pessoas que não necessitavam ser admitidas no hospital, mas que requeriam o atendimento da Fisioterapia eram referenciadas para o serviço.

Durante muito tempo, o fisioterapeuta, prestava apenas assistência para a equipe da emergência; porém, atualmente, em alguns serviços, é parte fundamental dessa equipe (CORDEIRO, 2014). Baseada na reestruturação dos modelos de saúde, a inclusão desse profissional nos setores de emergência é recente, tendo surgido há três anos e tende a dar suporte inicial a pacientes que dão entrada na UE com quadros graves que colocam a vida do paciente em risco (OGAWA *et al*., 2009).

Paiva *et al.* (2017) mostram que em alguns hospitais, já é realidade a presença do fisioterapeuta na equipe, entretanto, ainda não é bem definida nem consolidada a atuação nas áreas de urgência e emergência dos hospitais. No entanto, principalmente, no Reino Unido e na Austrália, a discussão sobre a inserção dos Fisioterapeutas nas unidades de emergência tem promovido o questionamento e a investigação dos benefícios e dos espaços de atuação destes profissionais (ANAF, 2010).

Segundo Ogawa *et al.* (2009) a função do fisioterapeuta que atua na emergência é prestar assistência ao paciente, avaliar, identificar os que possuem maior risco de complicações e grau de funcionalidade, executar tratamento das morbidades, promover a saúde e bem-estar social.

A necessidade desse serviço reflete diretamente em um atendimento mais rápido e eficiente para disfunções cardiorrespiratórias, que englobam as principais causas de internações hospitalares, evitando, assim, um possível agravamento no quadro clínico, como a necessidade de intubação orotraqueal, utilização de ventilação mecânica invasiva e evolução para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), refletindo em menor tempo de internação hospitalar, redução da mortalidade e menores custos com a saúde de uma forma geral, reinserindo precocemente o paciente na sociedade (ALTHEMAN, 2007; PICCOLI *et al*., 2007; PAIVA *et al*., 2017). Assim, torna-se importante a inclusão do fisioterapeuta em um espaço ainda pouco explorado.

O perfil dos pacientes e o motivo pelo qual deram entrada no serviço de pronto atendimento diference-se de um estudo para outro, de acordo com a referência do hospital. Almeida *et al.* (2017) apresentam isso em seu estudo que mostra pacientes atendidos por fisioterapeutas no pronto atendimento de hospital referência em trauma correspondem em sua maioria ao gênero masculino na faixa etária de 19 a 29 anos, seguida da faixa etária

de 30 a 39 anos, tendo como terapêutica escolhida o tratamento clínico conservador.

Este perfil assemelha-se ao encontrado na pesquisa de Simons (2008) na qual o maior percentual dos atendimentos realizados em um serviço de urgência e emergência foi constituído de usuários do sexo masculino (54,5%) com maior percentual na faixa etária entre 19 e 29 anos (21,6%), seguido pelo grupo entre 30 e 39 anos (16,5%). Semelhantemente, o estudo de Neves *et al.* (2011) identificaram o perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011 onde os indivíduos do sexo masculino representaram a maior proporção entre os atendimentos: 64,2% dos atendidos por acidentes e 70,4% dos atendidos por envolvimento em atos de violência. Entre os atendimentos tanto por acidentes quanto por violência, a faixa etária mais frequente foi a de 20 a 39 anos com 39,3% e 56,9% respectivamente.

Em outros estudos que analisaram o perfil de pacientes atendidos por fisioterapeutas em serviços de urgência e emergência divergem-se das últimas pesquisas apresentadas. Gonçalves (2014) em um hospital público em Minas Gerais no setor de urgência e emergência, identificou que dos 105 pacientes analisados 51,43% (n=54) eram do sexo feminino. A idade média foi de 68 anos. Em outra pesquisa, Ogawa *et al.* (2009) avaliaram 192 pacientes que deram entrada no serviço de emergência do Hospital São Paulo/UNIFESP, com idade média de 65 anos, sendo 51% do sexo feminino.

Esses estudos evidenciam a atuação do fisioterapeuta em pacientes com diferentes perfis, perpassando desde emergências cardiovasculares, respiratórias até a urgência e emergência no trauma, abrangendo pacientes de todas as faixas etárias.

Em relação aos principais diagnósticos de admissão na UE foram atribuídos às causas pulmonares e cardiovasculares. Gonçalves (2014) observou em estudo, a respeito das hipóteses diagnósticas, maior incidência de Sepse de foco pulmonar, em 10,48% dos pacientes, e AVE isquêmico ou hemorrágico, também, em 10,48%, dados conflitantes com resultados de outras pesquisas. Enquanto, Ogawa *et al.* (2009) encontraram maior incidência de precordialgia/Infarto agudo do miocárdio (IAM) em 36% dos casos, seguido de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) descompensada em 20%. Ainda aponta que entre as disfunções pulmonares, 31% dos diagnósticos iniciais foram pneumonia, seguido de 16% de sepse pulmonar, DPOC exacerbado, em 13 casos (14%), insuficiência respiratória, em 11 casos (12%), crise asmática, em 9 casos (10%), edema agudo pulmonar, em 6 casos (7%), pneumotórax, em 3 casos (3%), hipertensão pulmonar e obstrução de traqueostomia (TQT), em 2 casos cada (2%), e derrame pleural, empiema, bronquite, em 1 caso cada (1%), como Taquary *et al.* (2015) depararam-se com 32,60% de crise asmática. Essa diferença

parece ser justificada pela análise dos antecedentes pessoais. Gonçalves (2014) ainda destaca uma expressiva incidência do relato de AVE prévio (21,90%), enquanto Ogawa *et al* (2009) encontraram apenas 6% deste mesmo fato, tendo sua maior referência de Hipertensão Arterial Sistêmica (57%).

Os quadros clínicos observados se beneficiariam de técnicas utilizadas na Fisioterapia, utilizando, geralmente, uma combinação de procedimentos que objetivam a higiene brônquica e a expansão pulmonar. E de acordo com as diretrizes elaboradas e publicadas pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) em 2012, além do seu papel tradicional no tratamento da obstrução ao fluxo aéreo, retenção de secreção e disfunção muscular, são considerados importantes na abordagem ao paciente crítico e potencialmente crítico aspectos como a mobilização global e o treinamento muscular. (FRANÇA *et al*., 2012)

De acordo com Carvalho *et al.* (2008) e Maquilón (2008) outro recurso essencial na fisioterapia respiratória é o uso da ventilação mecânica não-invasiva (VNI). O uso de VNI na urgência e emergência cresceu muito nos últimos anos devido fortes evidências de seus efeitos positivos em disfunções respiratórias (SILVEIRA *et al*, 2011).

No presente momento não há dúvidas de que o uso da VNI em grupos selecionados de pacientes, como, por exemplo, pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), exacerbação da asma, insuficiência respiratória aguda (IRpA) ou crônica é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, da mortalidade e dos custos do tratamento, motivo pelo qual o seu uso vem se tornando cada vez mais frequente (SCHETTINO, GPP *et al*., 2007).

São considerados efeitos fisiológicos importantes da VNI a melhora do fornecimento de oxigênio, a melhora do débito cardíaco, a redução do esforço respiratório com a melhora da capacidade residual funcional e da mecânica respiratória, melhora da ventilação alveolar e diminuição da hiperinsuflação dinâmica em pacientes com diversas patologias na bomba respiratória, via aérea e parênquima pulmonar (CARVALHO *et al.*, 2008; MAQUILÓN, 2008).

Ogawa *et al.* (2009) destacam que um dado importante a ser observado em seu estudo é o longo tempo de permanência na unidade de emergência (média de 5 dias). Diferente de outros estudos, em que a maioria dos pacientes permanecem na emergência até a estabilização do quadro clínico, que ocorre geralmente nas primeiras 24 a 48 horas, sendo depois transferidos para outras unidades, conforme sua complexidade e especialidade. Esta mesma pesquisa mostrou que o tempo de permanência variou entre menos de 24 horas (64%) e 30 dias (0,5%), ou seja, a maioria dos pacientes estabilizaram o quadro rapidamente e foram transferidos de setor, porém ainda há pacientes que permanecem por tempo

prolongado na sala de emergência, o que não é adequado, pois esse setor não é preparado para manter o tratamento dos pacientes por longos períodos, devendo este ser transferido o mais depressa possível, independente do seu grau de complexidade.

Estudos mostraram resultados desfavoráveis no tratamento de doenças cardiorrespiratórias, devido ao tempo prolongado de internação em unidades de urgência e emergência e atraso no início da assistência e tratamento (GRAFF *et al*., 2004; SCHULL *et al*., 2006). Resultados semelhantes foram verificados em estudos em hospitais de nível terciário. Richardson (2005) encontrou aumento da mortalidade hospitalar nos dez dias iniciais a partir da internação. Sprivulis *et al.* (2006) observaram a relação linear entre a superlotação na UE, tempo prolongado de internação na unidade e o aumento da mortalidade. Piccoli *et al.* (2013) observaram que 6% dos pacientes foram a óbito na sala laranja e 33% na sala vermelha, com um tempo médio de permanência de 5 dias nas unidades de urgência e emergência.

Em relação ao destino dos pacientes, Gonçalves (2014) mostra que 39,04% foram transferidos para a UTI do mesmo hospital, enquanto 33,33% foram encaminhados para as enfermarias. Tais resultados assemelham-se aos encontrados por Ogawa *et al.* (2009) em um hospital público de São Paulo, onde 34,50% dos pacientes atendidos foram encaminhados à UTI, enquanto 29% foram conduzidos para as enfermarias.

A atuação do Fisioterapeuta nas unidades de urgência e emergência vem como uma maneira de modificar os desfechos negativos, para atuar de forma eficaz, principalmente, em situações agudas que aumentam a morbimortalidade dos pacientes.

CONCLUSÃO

Com base nos dados mostrados através dos estudos inclusos nessa revisão, é possível concluir que existe uma grande demanda de pacientes na UE com afecções cardiorrespiratórias, que se beneficiam de intervenções fisioterapêuticas, principalmente oxigenoterapia, ventilação mecânica, aspiração traqueal e técnicas de fisioterapia respiratória e motora.

É relevante o papel do fisioterapeuta no serviço de emergência, visto que seus conhecimentos permitem selecionar de forma mais eficaz as técnicas, visando favorecer o atendimento e tratamento precoce de doenças, realizando procedimentos a fim de contribuir para a estabilização dos pacientes e otimizar o tratamento clínico e os leitos hospitalares, além de ganhos financeiros oriundos das internações.

A capacidade de agregar trabalho, a possibilidade de discussão de casos com a equipe multidisciplinar e o cuidado humanizado e integral com o paciente e a família traduzem o cuidado da atuação desse profissional no referido setor.

REFERÊNCIAS

ALBINO, RM. et al. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.

ALMEIDA, ICN. et al. Atuação da fisioterapia na urgência e emergência de um Hospital referência em trauma e queimados de alta e Média complexidade. **Revista da universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 15, n. 1, p. 791-805, 2017.

ALTHEMAN, F. **Transformar. Revista CREFITO**. n. 3, p. 24-5, 2007.
ANAF, S, SHEPPARD, L.A**.** Lost in translation? How patients perceive the extended scope of physiotherapy in the emergency department. **Physiotherapy.** v. 96, n. 2, p. 160-8, 2010.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.12, p. 1413-8123, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

BRASIL. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco:** um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2002.

CAMERRO, A. et al. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro SP, v. 8, n. 1, p. 15-524, 2015.

CARVALHO, L. et al. Ventilação Não-Invasiva no Edema Agudo do Pulmão no Serviço de Urgência. **Revista Port Cardiol**. v. 27, n. 2, p. 191-8, 2008.

CORDEIRO, A.L.L. Atuação fisioterapêutica na unidade de emergência. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; **Revista Pesquisa em Fisioterapia.** v. 7, n. 2, p. 276-281, Maio 2017.

FRANÇA, E.E.T. et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** v. 24, n. 1, p. 6-22, 2012.

GONÇALVES, A.C.S. Perfil clínico dos pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia na unidade de urgência e emergência de um hospital público de Minas Gerais. **Revista ASSOBRAFIR Ciência.** v. 5, n. 3, p. 55-62. Dez 2014.

GRAFF, L. et al. Measuring and improving quality in emergency medicine. **Acad Emerg Med.** v. 9, n. 11, p. 1091-107, 2002.

KILNER, E; SHEPPARD, L. The ‘lone ranger’: a descriptive study of physiotherapy practice in Australian emergency Departments. **Physiotherapy**. v. 96, n. 3, p. 248-56, 2010.

MAQUILÓN, CO. Consenso Chileno de Ventilación. **Rev Chil Enf Respir**. v. 24, n. 3, p. 175-6, 2008.

NEVES, ACM. et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras – 2011. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde. v**. 22, n. 4, p. 587-596, 2013.

OGAWA, K.Y.L. et al. Intervenção fisioterapêutica em emergências cardiorrespiratórias. **O Mundo da Saúde**. v. 33, n. 4, p. 457-66. 2009.

OLIVEIRA, G.N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. v. 19, n. 3, p. 1-9, 2011.

PAIVA, D.R. et al. Inserção e atuação de fisioterapeutas residentes em um Serviço de emergência hospitalar: relato de experiência. **Revista Pesquisa em Fisioterapia.** v. 7, n. 2, p. 255-260, 2017.

PICCOLI, A. et al. Indicações para Inserção do Profissional Fisioterapeuta em uma Unidade de Emergência. **Revista ASSOBRAFIR Ciência.** v. 4, n. 1, p. 33-41, 2013.

RICHARDSON, B. et al. Randomised controlled trial and cost consequences study comparing initial physiotherapy assessment and management with routine practice for selected patients in an accident and emergency department of an acute hospital. **Emerg Med J**. v. 22, n. 2, p. 87–92, 2005.

SCHETTINO, GPP. et al. Ventilação mecânica não-invasiva com pressão positiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** v. 19, n. 2, p. 245-57, 2007

SCHIAVON, ICA. **A triagem em serviço de emergência.** Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2006.

SCHULL, M. et al. Emergency Department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. **Ann Emerg Med.** v. 44, n. 6, p. 577-85, 2004.

SILVEIRA, APC. et al. Comparação do uso da pressão positiva com a fisioterapia convencional e incentivadores respiratórios após cirurgia cardíaca: revisão de literatura. **Revista de Medicina de Ribeirão Preto.** v. 44, n. 4, p. 338-46, 2011.

SIMÕES, C.G. et al. Ação interdisciplinar em serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde.** São Paulo, v. 6, n. 2, p. 127-134, 2013.

SIMONS, DA. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família.** 161 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2008

SPRIVULIS, PC. et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. **Med J Aust.** v. 184, n 5, p. 208-12, 2006.

TAQUARY, S.A.S. et al. Perfil clínico e atuação fisioterapêutica em pacientes atendidos na emergência pediátrica de um hospital público de Goiás. **Revista Fisioterapia e Pesquisa.** v.20, p. 262- 267, 2013.

BAHE – Brazilian Archives of Health and Environment
Patos, Paraíba
http://bahe.unifip.edu.br/