

Atuação do fisioterapeuta no serviço de emergência de um hospital de pronto socorro referência em trauma

The role of physical therapists in the emergency room of a trauma hospital

 Rita de Cássia Sebastião da Rosa¹,  Maria Karla Vitti¹,  Rafaela Prusch Thomaz¹,  Luis Henrique Telles da Rosa²,  Éder Kröeff Cardoso³

RESUMO

As emergências hospitalares são portas de entrada para pacientes graves com potencial risco de morte. Em um hospital referência em trauma, a função do fisioterapeuta dentro da equipe multiprofissional ainda tem necessidade de ser bem estabelecida. **Objetivo:** Discorrer sobre a atuação do fisioterapeuta no serviço de emergência de um hospital de pronto socorro referência em trauma e apresentar o perfil do paciente atendido. **Método:** Trata-se de uma pesquisa observacional descritiva, de caráter transversal retrospectiva a partir da análise dos atendimentos fisioterapêuticos registrados em prontuários de pacientes hospitalizados. **Resultados:** As causas mais frequentes de internação dos pacientes atendidos pela equipe de fisioterapia foram quedas (51,7%), acidentes de trânsito (14,9%), cardiovasculares (9,2%), agressões (9,1%), outros (8,3%) e respiratórias (6,8%). Quedas da própria altura com fratura de fêmur associadas representaram 26,4% da amostra. Nestes pacientes as condutas mais utilizadas pelos fisioterapeutas foram orientações, exercícios respiratórios, exercícios no leito e ajustes de posicionamento. O fisioterapeuta teve atuação com pacientes com pneumotórax, hemotórax ou hemopneumotórax submetidos à drenagem torácica, por meio de exercícios respiratórios expansivos, saída do leito e deambulação precoce. Observou-se também atuação com os pacientes em ventilação mecânica invasiva e não invasiva na sala vermelha. **Conclusão:** O fisioterapeuta, fazendo parte da equipe multiprofissional, apresenta importante atuação nas salas de emergência de um hospital de trauma, tal como o atendimento a pacientes submetidos a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, uso de técnicas de fisioterapia respiratória para expansão pulmonar e remoção de secreções bem como a utilização de técnicas de cinesioterapia para manutenção e ganho de força muscular e funcionalidade.

Palavras-chaves: Serviços Médicos de Emergência, Centros de Traumatologia, Acidentes por Quedas, Acidentes de Trânsito, Fisioterapeutas

ABSTRACT

Hospital emergencies are gateways to critically ill patients with potential risk of death. In a trauma referral hospital, the physical therapists role within the multiprofessional team must still be well established. **Objective:** To discuss the role of the physical therapist in the emergency department of a reference trauma hospital and to present the profile of the patients admitted to hospitalization. **Method:** This is a descriptive, observational, cross-sectional study that analyzes physiotherapy and records of hospitalized patients. **Results:** The most frequent causes of hospitalization of patients treated by the physiotherapy team were falls (51.7%), traffic accidents (14.9%), cardiovascular diseases (9.2%), assaults (9.1%), and respiratory (6.8%). Falls from standing height with associated femur fractures represented 26.4% of the records. With these patients, the procedures most used by physical therapists were orientations, breathing exercises, bedside exercises, and positioning adjustments. With lung-expanding breathing exercises, bedside exercises, and early walking, the physical therapist treated patients with pneumothorax, hemothorax, or hemopneumothorax who underwent thoracic drainage. Physical therapists also treated patients under invasive and non-invasive mechanical ventilation in the red ward. **Conclusion:** The physical therapist, as part of the multiprofessional team, has an essential role in the emergency rooms of a trauma hospital, such as care for patients undergoing invasive and non-invasive mechanical ventilation, use of respiratory physiotherapy techniques for lung expansion and removal of secretions, as well as the use of kinesiotherapy techniques to maintain and gain muscle strength and functionality.

Keywords: Emergency Medical Services, Trauma Centers, Accidental Falls, Accidents, Traffic, Physical Therapists

¹Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com Ênfase em Urgência e Emergência – PRIMURGE

²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

³Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – HPS

Autor Correspondente

Rita de Cássia Sebastião da Rosa
E-mail: rita.rosa@yahoo.com.br

Conflito de Interesses

Nada a declarar

Submetido: 21 setembro 2021

Aceito: 26 abril 2023

Como citar

Rosa RCS, Vitti MK, Thomaz RP, Rosa LHT, Cardoso EK. Atuação do fisioterapeuta no serviço de emergência de um hospital de pronto socorro referência em trauma. *Acta Fisiátr.* 2023;30(3):160-165.

DOI: 10.11606/issn.23170190.v30i3a174288

ISSN 2317-0190 | Copyright © 2023 | Acta Fisiátrica
Instituto de Medicina Física e Reabilitação – HCFMUSP



Este trabalho está licenciado com uma licença
Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

INTRODUÇÃO

As emergências hospitalares são portas de entrada para pacientes graves com potencial risco de morte. Nesses locais, o fisioterapeuta pode atuar como prestador de serviço no atendimento a disfunções cardiorrespiratórias com o objetivo de evitar o agravamento do quadro clínico e consequente necessidade de evolução para UTI.¹

A atuação de fisioterapeutas em unidades de urgência e emergência é regulamentada desde 2002. A Portaria nº 2048, do Ministério da Saúde, determina a assistência em casos de primeiro e segundo nível de complexidade em hospitais de pequeno a médio porte.² O trabalho é focado em suporte, acompanhamento clínico e reabilitação de pacientes. Já em 2012, a Portaria nº 665 determinou a inserção de fisioterapeutas na equipe multidisciplinar de atendimento emergencial especificamente a pacientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC).³

Em dezembro de 2018 o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) publicou a resolução nº 501, que reconhece a atuação do fisioterapeuta em Urgência e Emergência, apesar de ainda não configurar como uma especialidade da profissão. A mesma resolução ainda sugere que o fisioterapeuta que atue nas equipes de urgência e emergência tenha formação em ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support).⁴

Desta forma, tendo por finalidade promover um maior conhecimento sobre as atividades que o fisioterapeuta exerce nas unidades de urgência e emergência, bem como apresentar o perfil dos pacientes atendidos.

OBJETIVO

Este estudo por objetivo discorrer sobre a atuação do fisioterapeuta no serviço de emergência de um hospital de pronto socorro referência em trauma.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional descritivo, de caráter transversal, com coleta retrospectiva dos dados a partir da análise de prontuários. Foram incluídos prontuários de pacientes hospitalizados entre janeiro e dezembro de 2018, com prescrição de fisioterapia, provenientes das salas amarela e vermelha de um hospital de pronto socorro referência em trauma da cidade de Porto Alegre/RS. Prontuários que se apresentavam incompletos foram excluídos.

Na sala vermelha do hospital onde foi realizada a pesquisa são atendidos os pacientes que apresentam emergências (risco iminente de morte) e urgências (pacientes que necessitam de atendimento quase que imediato). Na sala amarela são atendidos os pacientes com urgências e que necessitam de atendimento rápido, porém podem aguardar sem que isso represente risco à vida. A classificação de risco na instituição é realizada por meio de uma adaptação do ESI (Emergency Severity Index) que estima os recursos necessários que o paciente necessita no atendimento e determina um tempo máximo de espera.⁵

A pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS (PMPA), sob o número CAAE: 15990819.6.0000.5338.

Foram coletados número de prontuário, idade, data de nascimento, cidade de residência, sexo, cor, causa da internação, desfecho da internação na emergência e condutas fisioterapêuticas realizadas com os pacientes que apresentavam as causas mais frequentes de internação. A busca de pacientes se deu pelo sistema de prontuários do hospital, sendo listados os pacientes prescritos com fisioterapia no período estabelecido pela pesquisa.

Na análise estatística, as variáveis contínuas foram apresentadas em mediana e valor mínimo-máximo e as variáveis categóricas em frequências absolutas e relativas. As análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS® (v.22.0.0.1, Chicago, EUA).

RESULTADOS

A amostra total foi composta por 673 pacientes, 79% (n= 532) internados na sala amarela e 21% (n= 141) na sala vermelha. A Figura 1 mostra as causas de internação mais frequentes dos pacientes atendidos pela equipe de fisioterapia na Emergência.

Entre as quedas, que representaram 51,7% (n= 348) do total dos motivos de internação (Tabela 1), se destaca a queda da própria altura com fratura de fêmur associada, que isoladamente apresentou 26,4% (n= 178) do total.

O perfil do paciente internado por queda da própria altura com fratura de fêmur associada é predominantemente feminino 82% (n= 146), com uma mediana de idade de 79 anos (7-97), de cor branca 93% (n= 166) e composta por moradores da cidade de Porto Alegre em sua maioria 86% (n= 153). O desfecho mais comum observado entre esses pacientes foi a transferência externa diretamente da Emergência 84% (n= 149).

Causas de Internação - Emergência (Geral)

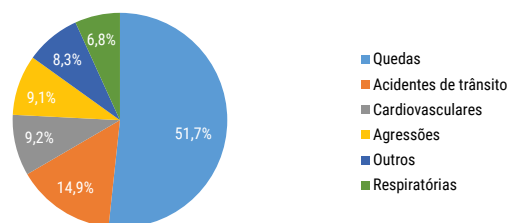


Figura 1. Causas de internação da Emergência

Sala Vermelha

A mediana de idade dos pacientes atendidos na sala vermelha foi de 55 anos, com idade mínima observada de 14 e máxima de 94 anos. A maioria dos pacientes era do sexo masculino 70% (n= 75), cor branca 88% (n= 94) e moradores do município de Porto Alegre/RS 70% (n= 75).

Sala Vermelha - Causas de Internação

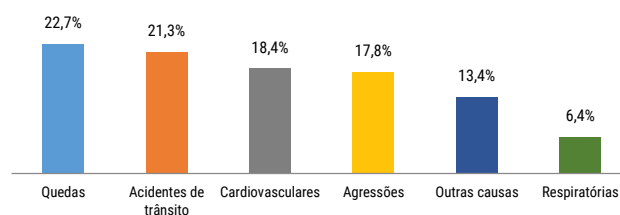


Figura 2. Causas de internação dos pacientes atendidos pelos fisioterapeutas na sala vermelha

Tabela 1. Variáveis de caracterização da amostra considerando motivo de internação

	Quedas (n= 348)	Acidentes de trânsito (n= 100)	Cardiovasculares (n= 62)	Agressões (n= 61)	Outros (n=56)	Respiratórias (n= 46)
Idade, anos	74 (4-98)	40 (8-81)	69 (20-92)	29 (11-82)	53 (12-91)	62 (16-92)
Sexo masculino, n (%)	135 (40)	73 (73)	30 (48)	53 (87)	29 (52)	20 (44)
Cor, n (%)						
Branca	314 (91)	87 (87)	52 (84)	44 (72)	45 (80)	42 (91)
Parda	21 (6)	9 (9)	8 (13)	8 (13)	4 (7)	0 (0)
Preta	9 (3)	3 (3)	2 (3)	9 (15)	7 (13)	4 (9)
Amarela	4 (1)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cidade de origem, n (%)						
Porto Alegre	290 (83)	75 (75)	45 (73)	42 (69)	43 (77)	39 (85)
Outros	58 (17)	25 (25)	17 (27)	19 (31)	13 (23)	7 (15)
Desfecho da internação hospitalar, n (%)						
Transferência externa	189 (54)	32 (32)	9 (14)	10 (16)	15 (27)	4 (9)
Transferência interna						
Enfermaria	78 (22)	33 (33)	18 (29)	22 (36)	15 (27)	17 (37)
UTI	12 (3)	4 (4)	8 (13)	4 (7)	5 (9)	3 (6)
Alta hospitalar	63 (18)	31 (31)	25 (40)	24 (39)	20 (36)	22 (48)
Evasão	1 (1)	0 (0)	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
Óbito	5 (2)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	1 (1)	0 (0)

Entre as causas de internação por quedas 22,7% (n= 32), a queda da própria altura foi a mais frequente 15,6% (n= 22), seguida pela queda de nível (queda de altura: telhado, andares). A complicação mais observada entre os pacientes que internaram por quedas da própria altura na sala vermelha foi o TCE (Trauma Crânio Encefálico), com 8,5% (n= 12).

Grande parte dos pacientes internados com TCE de moderado a grave necessitou de ventilação mecânica invasiva, com o fisioterapeuta tendo uma atuação importante no manejo da via aérea artificial. As condutas mais realizadas com os pacientes que foram submetidos a intubação orotraqueal foram manobras torácicas reexpansivas e desobstrutivas, aspiração de tubo orotraqueal e vias áreas superiores, ajustes de parâmetros do ventilador mecânico e ajustes de posicionamento do paciente no leito.

Entre os acidentes de trânsito 21,3% (n= 30), a maior parte se caracterizou por colisões ou capotamentos de automóveis, motocicletas e bicicletas 14,9% (n= 21), seguidos pelos atropelamentos 4,9% (n= 9).

Pacientes que internaram por agressões 17,8% (n= 25 se dividiram em Ferimentos por Projétil de Arma de Fogo (FPAF) com 12,8% (n= 18), Ferimentos por Arma Branca (FAB) com 4,3% (n= 6) e espancamento com 0,7% (n= 1).

Foi observada uma ocorrência frequente de pneumotórax, hemotórax e hemopneumotórax 37,5% (n= 21) com consequente drenagem torácica (utilização de drenos de tórax) em pacientes que internaram por acidentes de trânsito e agressões por FPAF e FAB. Nesses pacientes as condutas fisioterapêuticas mais observadas estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2. Condutas fisioterapêuticas realizadas nos pacientes sob drenagem torácica

Condutas	n= 21
Deambulação, n (%)	11 (52)
Sedestação à beira leito, n (%)	12 (57)
Exercícios/manobras ventilatórias reexpansivas, n (%)	21 (100)
Terapia com Pressão Expiratória Positiva, n (%)*	8 (38)

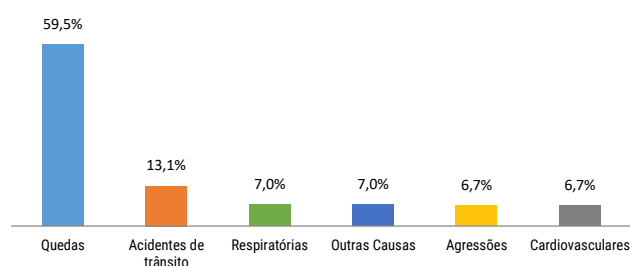
Valores apresentados em frequência absoluta e relativa. *Selo D'água ou EPAP (Expiratory Positive Airway Pressure)

Ainda que o hospital onde foi realizado este estudo seja referência em trauma, observou-se também uma demanda de atendimento a pacientes clínicos tanto na sala amarela quanto na sala vermelha. Entre esses pacientes a maior frequência observada foi devido a causas de internação respiratórias ou cardiovasculares (Figura 1), com utilização de Ventilação Mecânica Não-Invasiva quando indicada.

Sala Amarela

A mediana de idade dos pacientes atendidos na sala amarela foi de 66,5 anos, com idade mínima observada de 4 e máxima de 98 anos (Figura 3). A maioria dos pacientes era do sexo feminino 55% (n= 292), cor branca 87% (n= 460) e moradores do município de Porto Alegre/RS 82% (n= 435).

Sala Amarela - Causas de Internação

**Figura 3.** Causas de internação dos pacientes atendidos pelos fisioterapeutas na sala amarela

Entre os pacientes atendidos pela equipe de fisioterapia na sala amarela, a causa de internação que se destacou entre as demais foi Quedas, representando quase 60% (n= 316) da amostra. Cerca de metade dos pacientes (n= 173) que internaram por quedas na sala amarela apresentava fratura de fêmur.

Tais pacientes eram atendidos no período pré-operatório e restritos ao leito, devido à indisponibilidade do hospital em realizar cirurgias ortopédicas no momento da coleta, sendo os pacientes então internados no hospital e submetidos à espera de leito

em outro hospital que realizasse redução cirúrgica da fratura ou colocação de prótese. As condutas realizadas com estes pacientes estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3. Condutas fisioterapêuticas realizadas com pacientes restritos ao leito com diagnóstico de fratura de fêmur

Condutas	n= 173
Orientações, n (%)	141 (81)
Exercícios ventilatórios expansivos, n (%)	153 (88)
Exercícios ativos/resistidos/mobilizações passivas, n (%)	158 (91)
Ajustes de posicionamento, n (%)	8 (38)

Valores apresentados em frequência absoluta e relativa

DISCUSSÃO

O presente estudo obteve resultados semelhantes aos de outros autores,^{6,7} em relação às causas de internações dos pacientes atendidos pelas equipes de fisioterapia. Em um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com 198 pacientes, foi observada uma maior frequência de acidentes de trânsito (63,1%), seguido de quedas (25,2%) e violência (11,6%).⁶ No pronto atendimento do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE) de Ananindeua – PA, pesquisadores analisaram 179 prontuários de pacientes atendidos por fisioterapeutas.⁷ Eles observaram que os acidentes de trânsito também foram mais frequentes, com acidentes de motos representando 32,57% da amostra, ferimentos por arma de fogo 16% e quedas 14%.

Um hospital de pronto socorro referência em trauma geralmente atende vítimas de acidentes (automobilísticos e motociclísticos), atropelamentos, agressões, quedas, queimaduras, entre outras causas externas.⁸

A atuação do fisioterapeuta na sala vermelha deste estudo com pacientes em ventilação mecânica invasiva se assemelhou à atuação do fisioterapeuta nas unidades de terapia intensiva, por meio de ajustes de parâmetros do ventilador mecânico, da realização de condutas de fisioterapia respiratória visando expansão pulmonar e mobilização de secreções pulmonares, aspiração de tubo orotraqueal e vias aéreas altas e da mobilização e posicionamento no leito.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica,⁹ formulada pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), pacientes sob ventilação mecânica invasiva devem ser assistidos por equipe de fisioterapia em regime de 24 horas.

Nestas são recomendadas as condutas para terapia de higiene brônquica em pacientes com aumento de resistência de via aérea gerada por presença de secreção pulmonar. Sugerem-se também técnicas de expansão pulmonar em pacientes com índices de colapso pulmonar com redução da complacência e oxigenação.⁹

Entre os pacientes submetidos à ventilação mecânica deste estudo, a maioria apresentava Trauma Crânio Encefálico (TCE) associado, sendo a complicação mais frequente dos pacientes que internaram por queda da própria altura na sala vermelha. Neste perfil de paciente, as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica também recomendam que se evite a hipoxemia, uma vez que ela leva ao aumento da morbidade e taxa de mortalidade,

bem como a se evitar a hiperventilação profilática ou prolongada, sendo estes alguns dos cuidados do fisioterapeuta com esse perfil de paciente.⁹

Apesar de apresentar uma demanda menor de pacientes com indicação de utilização de ventilação mecânica não invasiva comparado a um hospital de perfil mais clínico, foi observada neste estudo a utilização da VNI com pacientes com diagnóstico de insuficiência respiratória aguda por exacerbação de DPOC e edema pulmonar cardiogênico, além de pacientes com presença de trauma de tórax. A última diretriz do European Respiratory Journal de 2017 sobre ventilação não invasiva na insuficiência respiratória aguda traz recomendações condicionais à utilização da VNI em pacientes com trauma torácico, com moderado nível de evidência. Já as indicações de utilização da terapia em casos de insuficiência respiratória aguda por exacerbação do DPOC e edema cardiogênico apresentam recomendação já bem estabelecida, com moderado a alto nível de evidência.¹⁰

Nas salas de emergência do presente estudo, o fisioterapeuta apresentou uma atuação bastante presente com pacientes submetidos à drenagem torácica, com o objetivo de reexpansão pulmonar. As condutas mais utilizadas nestes pacientes foram sedação à beira do leito, saída do leito e deambulação, exercícios ventilatórios e terapias com pressão positiva, concordando com o estudo de Costa et al.¹¹ que avaliou o impacto da fisioterapia na reabilitação de pacientes submetidos à drenagem torácica.

A drenagem torácica em sistema fechado é uma conduta utilizada em pacientes que apresentam a mecânica e fisiologia pulmonar alterada em função de traumas torácicos, processos infecciosos, entre outras causas. Seu objetivo é remover a coleção de líquido (hemotórax) ou ar (pneumotórax) do espaço pleural, possibilitando o reestabelecimento das pressões intratorácicas com consequente reexpansão pulmonar.¹²

Pneumotórax, hemotórax e hemopneumotórax foram lesões comumente ocorridas em pacientes que internaram por agressão por Ferimento por Arma Branca (FAB), Ferimento por Projétil de Arma de Fogo (FPAF) e acidentes de trânsito, sendo presentes em 37,5% destes pacientes internados na sala vermelha.

Já é sabido da importância do atendimento fisioterapêutico a pacientes com drenos de tórax. No estudo de Abreu et al.¹³ os autores avaliaram a implantação de um protocolo de cuidado padronizado com 191 pacientes com dreno de tórax em um hospital público de referência para traumas, sendo um dos itens do protocolo a realização de fisioterapia respiratória duas vezes ao dia.

A realização de fisioterapia respiratória diária mostrou-se um fator independente na redução significativa da incidência de 7 dos 8 desfechos estudados, sendo eles: hemotórax retido, empiema, pneumonia, infecções de ferida operatória, complicações de pacientes retornados, internação inferior a 6 dias e tempo de permanência de dreno inferior a 5 dias.

É papel do fisioterapeuta identificar e diagnosticar reduções de volumes pulmonares em pacientes de risco e aplicar terapia de expansão pulmonar.⁹ Em pacientes em ventilação espontânea, pode-se utilizar recursos de aumento da pressão alveolar, como EPAP (Expiratory Positive Airway Pressure) e VNI (Ventilação Não Invasiva) e recursos com redução da pressão pleural, como os exercícios respiratórios. Já em pacientes em Ventilação Mecânica Invasiva, pode-se lançar mão da PEEP (Positive Expiratory End Pressure) e da hiperinsuflação pulmonar como terapias de primeira escolha.⁹

No presente estudo, foi observada a utilização de um sistema artesanal de geração de resistência ao fluxo expiratório, através de um selo d'água como estratégia de aumento de pressão alveolar, além da utilização dos exercícios respiratórios. Destacou-se neste estudo o grande número de pacientes internados pelo motivo de queda, com destaque para quedas da própria altura com fratura de fêmur associada. Tal complicação foi mais frequente em mulheres, com uma mediana de idade de 79 anos, predominantemente de cor branca, e moradores da região urbana (Porto Alegre/RS).

Segundo dados do Inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o perfil dos idosos vítimas de quedas atendidos em serviços de urgência e emergência das principais capitais brasileiras é descrito com uma média de idade de 73 anos (mediana de 72), com a maioria do sexo feminino (62,6%), de cor não branca (56,3%) e ocorrência na zona urbana, com 91,7%.¹⁴

Em uma revisão integrativa da literatura sobre a epidemiologia das quedas em idosos no Brasil,¹⁵ foi observado que ser do sexo feminino e ter idade maior ou igual a 80 anos são fatores de risco associados a uma maior incidência de quedas em idosos.

Pacientes internados com fratura de fêmur decorrente de queda da própria altura podem ter de lidar com o imobilismo e restrição ao leito enquanto esperam pelo procedimento cirúrgico definitivo, principalmente no hospital onde foi realizado o presente estudo, pela característica de o mesmo não realizar cirurgias de osteossíntese e próteses de quadril.

Sabe-se que as internações hospitalares são fatores de risco para a manutenção da funcionalidade dos pacientes, podendo ser um processo que leva ao seu declínio através da falta de condicionamento causada, entre outras coisas, pelo imobilismo no leito.¹⁶

Embora em alguns casos o repouso beneficie o segmento lesionado, o seu prolongamento afeta os demais sistemas como o circulatório e o respiratório, além de reduzir a capacidade funcional do paciente, sendo a cinesioterapia a terapêutica mais indicada para o tratamento de indivíduos acamados.¹⁷ Em pacientes com fraturas de extremidades, que se encontram acordados, se recomenda a mobilização dos segmentos livres através de exercícios ativos e resistidos e a realização de exercícios isométricos para os segmentos que não podem ser mobilizados.¹⁸

Desta forma, as condutas fisioterapêuticas observadas nos pacientes acamados internados nas salas de emergência deste estudo em função de fratura de fêmur concordam com a recomendação da literatura sobre exercícios que devem ser feitos para amenizar os efeitos deletérios causados pelo imobilismo.

Como limitações deste trabalho destacam-se o grande número de prontuários com evoluções incompletas da equipe de fisioterapia e o fato de a busca por prontuários estar condicionada às prescrições de fisioterapia feitas pela equipe médica, dessa forma muitos pacientes que foram atendidos na Emergência sem a prescrição no sistema podem ter ficado de fora da amostra.

CONCLUSÃO

O fisioterapeuta, inserido na equipe multiprofissional, apresenta uma vasta atuação nas salas de emergência de um hospital de trauma, tal como o atendimento a pacientes submetidos a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, uso de técnicas de fisioterapia respiratória para expansão pulmonar e remoção de secreções bem como a utilização de técnicas de cinesioterapia

para manutenção e ganho de força muscular e funcionalidade.

Sugere-se mais estudos sobre o tema a fim de gerar indicadores mostrando a importância da atuação e que garantam a presença deste profissional nas equipes fixas dos setores de emergência dos hospitais - principalmente os especializados em trauma - assim como hoje é assegurada a presença dos fisioterapeutas nas Unidades de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Cordeiro AL, Lima TG. Fisioterapia em unidades de emergência: uma revisão sistemática. *Rev Pesq Fisioter.* 2017;7(2):276-81. Doi: [10.17267/2238-2704rpf.v7i2.1360](https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i2.1360)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF);* 2002 Nov 12; Seção 1:32-54.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a linha de cuidados em AVC. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF);* 2012 Nov 13; Seção 1:35-39.
4. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO. Resolução n. 501, de 26 de dezembro de 2018. Reconhece a atuação do Fisioterapeuta na assistência à Saúde nas Unidades de Emergência e Urgência. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF);* 2019 Jan 25; Seção 1:81.
5. Silva JA, Emi AS, Leão ER, Lopes MC, Okuno MF, Batista RE. Índice de Gravidade de Emergência: acurácia na classificação de risco. *Einstein (São Paulo).* 2017;15(4):421-7. Doi: [10.1590/s1679-45082017ao3964](https://doi.org/10.1590/s1679-45082017ao3964)
6. Padovani C, Silva J, Tanaka C. Perfil dos pacientes politraumatizados graves atendidos em um serviço público de referência. *Arq Ciênc Saúde.* 2014;21(3):41-5.
7. Almeida ICN, Lima GM, Costa LA, Carneiro LM, Santos MIG, Macêdo RC, et al. Atuação da fisioterapia na urgência e emergência de um hospital referência em trauma e queimados de alta e média complexidade. *Rev Univ Vale do Rio Verde.* 2017;15(1):791-805. Doi: [10.5892/ruvrd.v15i1.3490](https://doi.org/10.5892/ruvrd.v15i1.3490)
8. Pereira Júnior GA, Scarpelini S, Aquino AMF, Santiago RC, Negrini BVM, Passos ADC. Caracterização dos pacientes traumatizados atendidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo utilizando os índices de gravidade RTS, ISS e TRISS, em 2006/2007. *Bepa - Bol Epidemiol Paul.* 2009;6(62):4-11.
9. Barbas CSV, Ísola AM, Farias AMC, Cavalcanti AB, Gama AMC, Duarte ACM, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte 2. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2014;26(3):215-39. Doi: [10.5935/0103-507X.20140034](https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140034)

10. Rochweg B, Brochard L, Elliott MW, Hess D, Hill NS, Nava S, et al. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Eur Respir J*. 2017;50(2):1602426. Doi: [10.1183/13993003.02426-2016](https://doi.org/10.1183/13993003.02426-2016)
11. Costa LRN, Lima GM, Macedo RC, Boulhosa FJS, Santos AKF, Wariss BR, et al. Impacto da fisioterapia na reabilitação de pacientes submetidos à drenagem torácica em um hospital de referência em urgência e emergência da região metropolitana de Belém-PA. *Prática Hospitalar*. 2015;102:21-25.
12. Nishida G, Sarrão BD, Colferai DR, Tenório GOS, Bandeira COP. Cuidados com o sistema de drenagem torácica em adultos internados no Hospital Universitário Regional de Maringá, Estado do Paraná, Brasil. *Acta Sci Health Sci*. 2011;33(2):173-9. Doi: [10.4025/actasci-healthsci.v33i2.8877](https://doi.org/10.4025/actasci-healthsci.v33i2.8877)
13. Abreu EMS, Machado CJ, Pastore Neto M, Rezende Neto JB, Sanches MD. Impacto de um protocolo de cuidados a pacientes com trauma torácico drenado. *Rev Col Bras Cir*. 2015;42(4):231-7. Doi: [10.1590/0100-69912015004007](https://doi.org/10.1590/0100-69912015004007)
14. Freitas MG, Bonolo PF, Moraes EN, Machado CJ. Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):701-12. Doi: [10.1590/1413-81232015203.19582014](https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.19582014)
15. Leitão SM, Oliveira SC, Rolim LR, Carvalho RP, Coelho Filho JM, Peixoto Junior AA. Epidemiologia das quedas entre idosos no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. *Geriatr Gerontol Aging*. 2018;12(3):172-9. Doi: [10.5327/Z2447-211520181800030](https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800030)
16. McKelvie S, Hall AM, Richmond HR, Finnegan S, Lasserson D. Improving the rehabilitation of older people after emergency hospital admission. *Maturitas*. 2018;111:20-30. Doi: [10.1016/j.maturitas.2018.02.011](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.02.011)
17. Pereira HCB, Duarte PHM, Mélo TM, Silva RMC, Santos WV, Barbosa DS, et al. Intervenção fisioterapêutica na Síndrome da Imobilidade em pessoas idosas: revisão sistematizada. *Arch Heal Investig*. 2017;6(11):505-8. Doi: [10.21270/archi.v6i11.2242](https://doi.org/10.21270/archi.v6i11.2242)
18. Padovani C, Silva JM, Tanaka C. Fisioterapia nos pacientes politraumatizados graves: modelo de assistência terapêutica. *Acta Fisiatr*. 2017;24(1):33-9. Doi: [10.5935/0104-7795.20170007](https://doi.org/10.5935/0104-7795.20170007)