



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

AMANDA DA SILVA COSTA
CASSIA GABRIELE DA SILVA QUEIROZ
RAISSA LIMA SANTOS

**A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA NO SETOR
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:** Uma revisão de Literatura

Itaituba - PA

2023

AMANDA DA SILVA COSTA
CASSIA GABRIELE DA SILVA QUEIROZ
RAISSA LIMA SANTOS

**A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA NO SETOR
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Uma revisão de Literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção de nota
semestral do Curso de Bacharelado em
Fisioterapia.

Orientadora: Prof.: Amanda Carolina Rocha dos
Santos

Itaituba - PA

2023

COSTA, Amanda da Silva; QUEIROZ; Cássia da Silva; SANTOS, Raissa Lima.

A importância do profissional fisioterapeuta no setor de urgência e emergência: uma revisão de literatura. / Itaituba, 2023.

44 f.: il.

Orientadora: Prof. Amanda Carolina Rocha dos Santos.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Faculdade de Itaituba– FAI, 2023.

1. Urgência e Emergência. 2. Fisioterapeuta. I. Santos, Amanda Carolina Rocha dos Santos II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2023.

AMANDA DA SILVA COSTA
CASSIA GABRIELE DA SILVA QUEIROZ
RAISSA LIMA SANTOS

**A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA NO SETOR
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Uma revisão de Literatura**

Trabalho de TCC II apresentado à Faculdade de
Itaituba para obtenção de nota semestral do Curso
de Bacharelado em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.: Amanda Carolina Rocha dos
Santos

BANCA EXAMINADORA

Presidente _____ Nota: 100
Prof. Amanda Carolina Rocha dos Santos

Avaliador _____ Nota: 95
Prof. Cleydson Lira Porto

Avaliador _____ Nota: 90
Prof. Cristhianny Almeida e Silva Aguiar

Resultado: **APROVADAS** Média: 95

Data 04 de Abril de 2023.

Agradecer primeiramente a Deus pelo dom da vida, pela saúde e fortalecimento diário que fez com que chegássemos até o final do Curso.

AGRADECIMENTOS

AMANDA DA SILVA COSTA

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos.

A minha família por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste sonho, em especial minha mãe **Lourdes Costa** que foi meu maior suporte nestes cinco anos me ajudando com as crianças e me apoiando financeiramente, minhas irmãs **Ariane Costa** e **Adriana Costa** pelo incentivo, e ao meu esposo **Ayrton Pantoja** pela paciência e apoio nas noites em claro de estudo e apoio financeiro.

Aos amigos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este curso.

Aos professores, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

CASSIA GABRIELE DA SILVA QUEIROZ

Agradeço a Deus primeiramente, pela minha vida, por toda força que me destes para conseguir superar as dificuldades que enfrentei nesses 5 anos de faculdade.

A minha Mãe **Francisca de Cássia** (in memoriam), que hoje não pode estar presente nesse momento tão especial em minha vida, mas se hoje eu estou aqui foi por que ela sempre me incentivou, me ensinou a ser forte e independente enquanto esteve presente na terra, sei que em algum lugar ela deve estar vibrando com a “nossa” vitória, devo tudo a ela. Saudades eternas, mãe!

Agradeço aos meus avós **Dioligia Barbosa e Renildo Queiroz**, a todos os meus tios que também contribuíram para que eu conseguisse chegar aqui hoje, eu jamais serei capaz de retribuir tudo o que vocês fizeram por mim.

Ao meu esposo **Rafael**, pelo companheirismo e paciência comigo durante essa jornada, por ter sido meu porto seguro nos dias difíceis. Por fim em especial, ao meu filho **Luís Miguel** que foi um milagre em minha vida, me dando forças e coragem para continuar e poder estar aqui hoje, tudo são por você filho.

RAISSA LIMA SANTOS

Agradeço a Deus, pela minha vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso.

Aos meus pais Maria dos Anjos e Francisco Reginaldo por todo apoio e incentivo que sempre estiveram comigo, sem vocês eu jamais chegaria ao fim dessa jornada.

A minha Avó **Lupercina (*in memorian*)** que me incentivou aos estudos e se estivesse presente em vida estaria feliz com essa conquista.

Ao meu avô **José Ribamar** que sempre me acolheu e incentivou em tudo, e hoje, comemora com toda felicidade do mundo.

Aos meus irmãos e amigos por conquistarem momentos incríveis comigo.

A fisioterapia é respeito, é amor ao próximo, é tratar o paciente como um todo, de forma humanizada!

Autor Desconhecido.

RESUMO

A integração dos fisioterapeutas nos serviços de urgência e Emergência, trabalhando com equipes multidisciplinares, podem facilitar o atendimento e tratamento dos adoentados que chegam a estes serviços com alterações significativas e a necessitar de assistência imediata. A sua principal contribuição é o suporte eficaz e rápido às principais doenças cardíacas e respiratórias, evitando a deterioração das condições clínicas e atuando diretamente na reabilitação precoce da patologia. Objetivo: fazer uma revisão sistemática da literatura sobre o impacto dos métodos fisioterapêuticos em pacientes no setor de urgência e emergência, a fim de objetivar um tratamento fisioterapêutico para proteger a articulação e proporcionar boa saúde aos pacientes. A inclusão do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares nas unidades de urgência e emergência pode facilitar o atendimento e o tratamento, diminuindo o risco de deterioração clínica dos pacientes internados nessas unidades por períodos prolongados.

Palavras-Chaves: Fisioterapeuta; Urgência e Emergência; Atendimento.

ABSTRACT

The integration of physiotherapists in urgent and emergency services, working with multidisciplinary teams, can facilitate the care and treatment of patients who arrive at these services with significant alterations and in need of immediate assistance. Its main contribution is the effective and fast support to the main heart and respiratory diseases, avoiding the deterioration of the clinical conditions and acting directly in the early rehabilitation of the pathology. Objective: to carry out a systematic review of the literature on the impact of physiotherapeutic methods on patients in the urgent and emergency sector, in order to aim at a physiotherapeutic treatment to protect the joint and provide good health to patients. The inclusion of a physiotherapist in multidisciplinary teams in urgent and emergency units can facilitate care and treatment, reducing the risk of clinical deterioration of patients hospitalized in these units for prolonged periods.

Keywords: Physical Therapist; Urgency and emergency; Service.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Resumo dos artigos.....	33
-----------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

CMUM	Centro Municipal de Emergência Médica
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapeutas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNHAH	O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UE	Urgência e Emergência
UBS	Unidade Básica de Ensino
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WCPT	World Confederation for Physical Therapy / Confederação Mundial de Fisioterapia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERENCIAL TEORICO.....	15
2.1 SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	15
2.2 O PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA.....	20
2.3 ÁREAS DIRECIONADAS A PROFISSÃO.....	23
2.4 A ALOCAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	25
2.5 O ATENDIMENTO AO TRATAMENTO PRECOCE DE PATOLOGIAS AGUDAS E CRÔNICAS.....	27
2.6. INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA.....	28
2.6.1 Educação e gestão da dor.....	28
3 METODOLOGIA.....	30
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES.....	30
3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS.....	31
3.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	31
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	32
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	33
4.1 TRABALHO DESENVOLVIDO PELO FISIOTERAPEUTA NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	35
4.2 MELHORIAS DOS PACIENTES ATRAVÉS DO FISIOTERAPEUTA.....	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAIS.....	49

1 INTRODUÇÃO

Uma emergência é um ambiente em que um paciente crítico ou potencialmente grave entra em uma rede hospitalar. O fisioterapeuta há muito tempo é um auxiliar da equipe de emergência, porém, hoje, em alguns serviços, é parte essencial da equipe. Os fisioterapeutas que atuam em salas de urgência e emergência (UE) são responsáveis por atender os pacientes, avaliar, identificar aqueles com maior risco de complicações e níveis de funcionamento, administrar o tratamento da doença e promover a saúde e o bem-estar social (MELO; SILVA, 2016).

Atualmente no Brasil, o principal objetivo do atendimento fisioterapêutico da UE é dar suporte à doença cardiopulmonar de forma rápida e eficaz, evitando assim possível deterioração do quadro clínico, como a necessidade de intubação orotraqueal, o uso de ventilação mecânica invasiva e o desenvolvimento em uma Unidade de terapia Intensiva (UTI) para os cuidados necessários (SOUZA, 2017).

A justificativa deste trabalho torna-se importante devido ao potencial de inserção do fisioterapeuta em áreas inexploradas. Uma vez que a escassez de leitos de terapia intensiva em muitos hospitais públicos do Brasil faz com que muitos pacientes evoluam com sua condição mesmo nos serviços de emergência, a presença de um fisioterapeuta nesta unidade pode otimizar a situação clínica de doentes: em descompensação respiratória, cardiovascular e musculoesquelética, reduzindo assim a necessidade de hospitalização, diminuindo os custos de hospitalização e permitindo que os pacientes sejam reintegrados mais cedo.

No entanto, o papel dos fisioterapeutas nos hospitais no setor de UE não foi consolidado ou definido pelos atuais gestores. No entanto, principalmente no Reino Unido e na Austrália, as discussões sobre a inserção do fisioterapeuta nas UEs têm suscitado questionamentos e indagações sobre os benefícios e o espaço de atuação desses profissionais (GOMES, 2017).

Esse trabalho tem como objetivo geral realizar uma revisão sistemática da literatura sobre o impacto dos métodos fisioterapêuticos em pacientes no setor de urgência e emergência, a fim de objetivar um tratamento fisioterapêutico para proteger a articulação e proporcionar boa saúde aos pacientes. Trazendo como objetivos específicos: Compreender a unidade de urgência e emergência; distinguir o profissional fisioterapeuta no setor de urgência e emergência como parte da

equipe multidisciplinar; Mostrar a importância do profissional no tratamento e prevenção de complicações hospitalares.

O estudo tem como problemática: Qual a importância do profissional fisioterapeuta no setor de urgência e emergência?

Os fisioterapeutas foram recentemente incluídos no departamento como parte da equipe Multidisciplinar, reunindo uma variedade de profissionais dedicados à comunicação, obtendo conhecimento para uma ajuda mais rápida e eficaz, com tratamento específico de acordo com o diagnóstico de alterações cardiorrespiratórias que necessitem de oxigenoterapia e ventilação mecânica para ajudar a melhorar a condição e reduzir o tempo persistência em caso de emergência (GOMES, 2017).

Esta pesquisa é qualitativa de natureza explicativa em que foi realizada uma pesquisa revisão de literatura. Foram realizadas as buscas das publicações, bem como textos e artigos confiáveis, onde foram definidos e catalogados diferentes e diversos artigos sobre o tema do estudo.

A explicação científica será realizada em seções e subseções: após a introdução foi discorrido à urgência e emergência, seguido de definições e explanações de como funciona. Depois foi falado sobre o profissional fisioterapeuta, enfatizando suas qualificações e o setor de urgência e emergência onde é atendido pacientes com diversas problemáticas de saúde. Onde se foi discorrido diversos fatos sobre o mesmo e sobre sua atuação na urgência e emergência. Seguiu-se falando sobre a atuação fisioterapêutica, e destacando as maneiras onde o profissional intervém na urgência e emergência, em sequência ressaltando os procedimentos metodológicos, a análise e apresentação de alguns resultados de pesquisas, fechando com as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Urgência e Emergência possuem conceitos diferenciados, não utilizados apenas no planejamento em saúde. Eles definem o tipo de assistência médica e tratamento que os novos pacientes recebem na unidade hospitalar. Embora tenham definições diferentes na área médica, muitas vezes essas condições acabam sendo usadas incorretamente como sinônimos. Uma urgência é considerada uma situação que envolve sofrimento grave ou risco iminente de morte e, portanto, requer atenção médica imediata (MELO; SILVA, 2016).

Uma emergência, por outro lado, é um evento imprevisto, que demonstre ou não alguma problemática a vida, em que um indivíduo requer atenção médica imediata. Portanto, as duas acepções pressupõem atendimento médico rápido e são proporcionais à sua gravidade, sendo as urgências mais graves do que as emergências (SOUZA, 2017).

Portanto, situações urgentes requerem tratamento imediato devido ao risco iminente de morte ou lesões permanentes, como fraturas expostas, parada cardiorrespiratória e hemorragias graves. Por outro lado, as emergências não requerem necessariamente uma intervenção imediata, embora seja necessária uma avaliação médica imediata devido ao seu risco potencial. Tal como acontece com fraturas não expostas, cólica renal, pressão arterial elevada, etc. (GOMES, 2017).

Os serviços de urgência e emergência são a porta de entrada no hospital para pacientes que apresentam alterações do ponto de vista biológico e físico, causando risco de vida. O conceito existente sobre a palavra Urgência descreve sobre a qualidade de urgente, tendo como definição dois critérios que são cruciais para que essa qualidade seja alcançada, o critério relacionado à rapidez e o outro ligado à necessidade do que precisa ser feito de forma urgente. Já diante do termo Emergência aplica-se a um caso, dissociando-se do termo urgência (MELO; SILVA, 2016).

O atendimento de urgência e emergência surgiu da necessidade de um atender imediato que trouxesse ao paciente um retorno rápido diante do seu problema, isso possui relação pela quantidade de estrutura e suporte que o mesmo receberá se deslocando até um Hospital, pois nos casos relacionados a

atendimentos em UBS, o paciente não terá o mesmo suporte que realmente precisa naquele momento (SOUZA, 2017).

A busca por melhorias que atendessem a população em um tempo mais ágil que viesse interferir nos procedimentos que o indivíduo necessita é o principal objetivo, isso está relacionado para os casos graves ou até mesmo aqueles que estejam em uma evolução sem um informativo de agravamentos ou não, buscando evidenciar sempre melhorias ao paciente (GOMES, 2017).

Nos termos do Decreto nº 354, de 10 de março de 2014, que dispõe sobre as boas práticas na organização e funcionamento dos serviços de urgência e emergência, com os seguintes significados: Emergência: Uma condição de risco à saúde medicamente identificada, significando sofrimento grave ou risco iminente de morte, que requer atenção médica imediata. Urgência: Ocorrência de um problema de saúde imprevisto, com ou sem condições potencialmente fatais, cujo portador requer atenção médica imediata (BRASIL, 2014).

Em uma emergência se corresponde ao procedimento de risco iminente de vida, sendo seu diagnóstico e tratamento nas horas iniciais depois de sua descoberta. Isso determina que o tratamento ocorra de forma imediata por conta da necessidade de conservar as funções vitais e evitando assim que haja uma complicação grave do indivíduo, alguns exemplos como: choques, paradas cardíacas ou respiratórias, hemorragias, traumatismos cranianos e etc. Já diante da urgência conceitua-se pelo procedimento agudo clínico ou cirúrgico sem risco para o paciente, o problema da urgência o quadro do paciente evoluir e ocorrer complicações graves ou mesmo vir a óbito (MELO; SILVA, 2016).

Uma das maiores queixas das pessoas hoje, tanto no setor público quanto nas redes privadas, é a falta de opções para atender às suas necessidades em situações agudas-concorrentes ou aguda-crônicas-concorrentes, com destaque para aquelas que não constituem emergências típicas (SOUZA, 2017).

Os princípios fundamentais para os profissionais de saúde formularem ações são o respeito à singularidade das instituições hospitalares e a integração e estreita cooperação entre as instituições que compõem o Sistema de Saúde, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e instituições hospitalares (BRASIL, 2005).

A fecundação cruzada dessas instâncias mostrou-se igualmente importante para o incremento das ações propostas, bem como para o fortalecimento da própria

base de atendimento humano de cada hospital. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) traz uma diretriz global que contempla os programas de humanização desenvolvidos em todas as áreas da atenção hospitalar, estimulando o apoio criativo e permanente para promover e estimular a liberdade de expressão, o diálogo dinâmico, o respeito à diversidade de opinião e a solidariedade (BRASIL, 2005).

Integridade e humanidade devem andar juntas, não apenas seguindo os princípios descentralizados do moderno Sistema Único de Saúde (SUS), mas transmitidos de geração em geração como princípios fundamentais da educação, é apenas uma visão romântica para fugir, parece nobre porque as pessoas são gentis com os outros. Este humanismo fundamental deve ser aplicável a qualquer ambiente de prática profissional atual (GOMES, 2017).

Desta forma, quando se fala em humanização, pensa-se na descentralização do atendimento, que se refere a um atendimento mais humano e necessitado de resgate, é capaz de focar na dignidade das pessoas em situações que requerem cuidados ou atenção. Em alguns casos extremos de outros tempos, como os vividos durante a guerra, eles mostram que a falta de amor e a desvalorização da vida podem ocorrer em determinadas situações, como em campos de concentração ou guetos, onde direitos mínimos são suprimidos impunemente (TRINDADE, 2016).

Ao se realizar uma discussão sobre urgência e emergência em um Hospital Público Municipal, é necessária definição que cada área da saúde possui, com isso há a justificativa para a existência de serviços de atendimento que tem a prioridade no atendimento e critérios de priorização do urgente e do emergente diante de um paciente que apresente um risco de vida, através da falta de funções vitais (SOUZA, 2017).

Diante disso em um caso de emergência a vida que está próximo de ocorrer, já na situação de urgência esse fato existe, mas não é iminente, e com isso é conhecedor diário na rotina hospitalar. Portanto é necessária uma avaliação diante dos casos que apresentem urgência ou emergência se torna um fato impreciso que necessita de observação médica para se ter um diagnóstico preciso, pois através dessa intervenção haverá uma definição no quadro do paciente em atendimento, através de sintomas e patologias apresentadas (GOMES, 2017).

A urgência e a emergência definem-se como permanentes, mas com ações que ocasionam alerta com um procedimento extremo, pois em um sentido possui a

absoluta carência de risco a vida correspondendo como casos rotineiros e do outro lado existe o risco alto correspondendo situações de emergência (TRINDADE, 2016).

Através do complexo conceito o Ministério da Saúde através de portarias e manuais regulamenta recepção que de fato esteja relacionada com categorias existentes no sistema de saúde brasileiro. Para dar ênfase a assistência na Urgência e Emergência, a Portaria Nº 1.600 com publicação pelo Ministério da Saúde no ano de 2011, através do surgimento de uma apresentação reformulado na Política Nacional de Atenção às Urgências. Em visão posterior dessa regulamentação através das inovações que trazem se menciona as Instituições de Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção às Urgências Emergências, possuindo relevância diante do quadro atual encontrados em hospitais públicos e prontos-socorros por conta de lotação máxima.

Conforme o Manual de Orientação das Redes de Atenção Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde (SUS), é:

A amostra encontrada na Política Nacional de Atenção às Urgências no ano de 2003 se mostra escasso e precário para se alcançar desafios clínicos atuais e sem sustentação necessária para o planejamento futuro. As demonstrações de dados epidemiológicos existentes no País indicando aceleração progressiva de óbitos por causas externas, com evidência em violências e traumas, torna-se a segunda maior causa de mortes em homens e a terceira no geral. Outra demonstração ocorre em situações de doenças crônicas não transmissíveis, com importância nos números de óbitos infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, possuindo assim destaque nas principais dificuldades de saúde. Diante desse contexto o enfrentamento nas situações de urgência e emergência requer não só assistência imediata, mas incluindo ações que previnem doenças e agravos, um tratamento específico para as doenças crônicas e a reabilitação também aos cuidados paliativos (BRASIL, 2013, p. 15-16).

No Caderno de Acolhimento à Demanda Espontânea a Atenção Básica, encontra-se instruções para a equipe de enfermagem, de como agir diante de circunstâncias de urgência e emergência. Esse material ainda dispõe de exemplos existentes e relatados por pacientes ao chegar à unidade de saúde, e principalmente serve de instrução para a equipe no momento da atenção a ser realizadas no setor de urgência e emergência (TRINDADE, 2016).

Já no caderno de Volume Nº: 28 (2013), publicada pelo Ministério da Saúde, composta por dois volumes I e II, apresentando orientações básicas relacionadas ao acolhimento da ação que estejam envolvidas na rotina hospitalar. Na atenção de

urgência e emergência é necessário lidar com diversas situações cotidianas, e diante disso é necessário que as equipes envolvidas na saúde saibam lidar com qualquer que seja a situação grave ou não, sempre no respeito com extensões orgânicas, pessoais, sociais diante do processo de cuidar (BRASIL, 2013).

É necessário e relevante que os profissionais envolvidos à frente da saúde possuam o material necessário que venha trazer auxílio diante da sua função no atendimento de urgência e emergência. Para realmente fazer isso, é preciso que esse profissional tenha recursos materiais e humanos adequados, para a execução do seu trabalho, e o mais importante diante do atendimento é a organização da unidade diante do fluxo de atendimento e recebimento que atenda a demanda de caráter eficaz e resolutiva (MELO; SILVA, 2016).

Dentre os desafios do Sistema Único de Saúde - SUS merece destaque o atendimento de urgência e emergência, pois sua ausência ou insuficiência pode resultar em incapacidade ou morte de um indivíduo. Questões como mudança demográfica e aumento de acidentes têm levado a uma utilização mais intensiva dos serviços de saúde, principalmente os serviços de emergência, sugerindo a necessidade de estruturação dos gestores de saúde (BRASIL, 2002).

O sistema de emergência norte-americano regionalizado implementado nos Estados Unidos na década de 1970 foi assim considerado porque articulava um “sistema planejado de saúde, hospitais e recursos humanos profissionais executados sob coordenação regional”. Atualmente, o sistema se estende a outras necessidades, como o atendimento a crianças com graves problemas de saúde e lesões, como doenças cardiovasculares. De modo geral, a regionalização dos sistemas de emergência foi reiterada por autoridades, gestores e profissionais como uma estratégia necessária, pois permite simultaneamente o acesso ao melhor atendimento com base na ampla gravidade e garante o ingresso à atenção especializada, que pode não estar disponível nos centros locais (BRASIL, 2010).

No Brasil diante do citado acima se destaca do ponto de vista, cada país é aconselhado a organizar seu sistema de UE, cuja estrutura é considerada essencial para a concretização dos princípios do SUS. A validade da proposta pressupõe que o sistema da UE esteja organizado em rede e contenha serviços de complexidade variável (SANTOS *et al.*, 2003).

2.2 O PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA

A Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios funcionais e dinâmicos concomitantes dos órgãos e sistemas humanos causados por alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas. Atua de acordo com seu próprio mecanismo terapêutico através da biologia, morfologia, fisiologia, patologia, bioquímica, biofísica, biomecânica, cinesiologia, sinergia funcional de órgãos e sistemas humanos e patologia do movimento, bem como comportamento e sistematiza o estudo das ciências sociais (CREFITO, 2018).

Segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a atuação da fisioterapia pode ser realizada em clínicas, hospitais, ambulatorios, consultórios, centros de reabilitação, saúde coletiva, educação e indústria de equipamentos. Na saúde coletiva, o papel do fisioterapeuta é o planejamento institucional, as ações essenciais de saúde, a saúde do trabalhador e o acompanhamento da saúde. Na educação, os fisioterapeutas são responsáveis pelo ensino (intermediário e avançado), promoção, pesquisa, supervisão (técnica e administrativa), direção e coordenação de aulas, além de atuar nas indústrias de fisioterapia e equipamentos para exercícios. Especialidades reconhecidas para fisioterapeutas são acupuntura, quiropraxia e osteopatia, fisioterapia funcional pneumática, fisioterapia funcional neurológica e fisioterapia funcional do trauma e fisioterapia funcional dermatológica (TRINDADE, 2016).

Um fisioterapeuta é um profissional de saúde que avalia a lesão de um paciente aplica e administra o tratamento usando meios físicos com base em seu funcionamento ou diagnóstico fisioterapêutico. Ou seja, exercícios que exercitam determinados músculos, pele, articulações para restaurar o movimento ou disfunção em áreas específicas, correntes elétricas, lasers terapêuticos, piscinas terapêuticas (SOUZA, 2017).

Para se tornar um fisioterapeuta, você deve ter uma graduação em fisioterapia, que em sentido amplo nada mais é do que a ciência de como o corpo funciona. Como parte de sua profissão, é necessário pesquisar, diagnosticar, prevenir e tratar toda e qualquer doença relacionada ao funcionamento humano (TRINDADE, 2016).

A fisioterapia apesar de ser avaliada como uma ocupação nova no Brasil, regulamentada há menos de 60 anos. Isso porque, na década de 1930, no Brasil, os

serviços de fisioterapia eram prestados pelos então "médicos reabilitadores". Ao longo dos anos, o estudo do exercício se transformou em ciência, pois os profissionais trabalham para desenvolver seus conhecimentos e técnicas para realizar suas atividades no campo da fisioterapia (GOMES, 2017).

Portanto, a fisioterapia é uma ciência da saúde aplicada à pesquisa, diagnóstico, prevenção e tratamento de distúrbios funcionais do movimento de órgãos e sistemas humanos. A realização das atividades exige o conhecimento da estrutura e função do corpo humano, por isso é necessária formação superior em fisioterapia para atuar nesta área (SOUZA, 2017).

Não se pode iniciar esta revisão de literatura sem falar dos primórdios da fisioterapia, por ser uma ciência com origens antigas (4000 a.C. e 395 d.C.). Havia certa ansiedade em erradicar as doenças de quem as tinha através dos métodos e ferramentas alternativas existentes na época, por exemplo, peixe elétrico como eletroterapia, usado, entre outras coisas, como meio de curar e tratar doenças. Acredita-se que naquela época a ginástica estava nas mãos de padres que a utilizavam para fins terapêuticos, ou seja, estudavam-se os movimentos humanos para tratar doenças instaladas (GOMES, 2017).

O primeiro uso registrado de meios físicos para fins terapêuticos apareceu na China em 2698 a.C, sendo a terapia por exercícios o único caso; logo depois, na Índia. No entanto, recursos físicos naturais, como banhos de sol, têm sido usados como remédios ao longo da antiguidade (SOUZA, 2017).

A fisioterapia surgiu na Europa em meados do século XIX, com as primeiras escolas na Alemanha em Kiel e Dresden em 1902 e 1918 respectivamente. Publicado por Mendell e Cyriax, o trabalho de Winifred Linton em Londres sobre terapia de exercícios respiratórios e, em particular, neurofisioterapia com a fisioterapeuta Berta Bobath e o neurofisiologista Karel Bobath, que criou o método Bobath para tratar pacientes com paralisia cerebral (TRINDADE, 2016).

Em 1948, a Confederação Mundial de Fisioterapia - World Confederation for Physical Therapy (WCPT) foi formada em Londres em aliança com a Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de ativar a fisioterapia em todo o mundo. O surgimento da fisioterapia no Brasil foi influenciado pela chegada de membros da família real ao Brasil. Napoleão Bonaparte foi indiretamente responsável pelo desenvolvimento do primeiro serviço de saúde organizado do Brasil quando Portugal invadiu o Brasil e a coroa portuguesa desembarcou no país em 1808. Os serviços de

saúde do Brasil estão se modernizando com os avanços já obtidos na Europa, obrigando os profissionais daqui a se adaptarem a esses avanços (SOUZA, 2017).

Segundo Ferreira (2018), a fisioterapia como prática de reabilitação desenvolveu-se após a Segunda Guerra Mundial, a partir do momento em que teve que atuar diante das sequelas físicas da guerra. Os serviços de fisioterapia foram modernizados no Rio de Janeiro e em São Paulo, e novos serviços foram implantados em outras capitais do país.

Diante disso, em 1951, foi aberto o primeiro curso de formação de técnicos em fisioterapia na USP de São Paulo, reconhecido como curso superior em 1969 pelo Decreto nº 100.938, arts. 3 (Brasil, 1969), e com o objetivo de legislar e estabelecer um código de ética que regule a atuação do fisioterapeuta, foi criado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) com a função de legalizar e fiscalizar os serviços de acordo com a Resolução 17 de dezembro, 1975 Lei 6.316 que institui o Conselho Regional de Fisioterapeutas (CREFITO) (TELES, 2017).

A partir do momento em que o fisioterapeuta amplia seu campo de atuação e se mostra capaz de contribuir também para a prevenção primária, surge a necessidade de rever e reestruturar sua prática. No entanto, o processo de transformação é incompleto, pois carece de atribuição na regulamentação das ações de educação em saúde e prevenção de doenças (REZENDE, 2015).

Segundo Souza (2017) as origens da fisioterapia direcionaram a definição do campo profissional para atividades de reabilitação. Por causa da grande guerra, a profissão surgiu essencialmente para curar os feridos físicos.

Os fisioterapeutas são cada vez mais importantes nos serviços de atenção primária à saúde, como no Programa Saúde da Família - PSF. No entanto, a sua incorporação nestes serviços ainda está em construção. Para ser integrado no treinamento e na atenção primária, as competências do fisioterapeuta precisam ir além da boa técnica; sensibilidade para as necessidades e circunstâncias de vida das famílias e colegas envolvidos é necessária (TELES, 2017).

Embora o próprio mercado de trabalho esteja caminhando para o trabalho integrador, isso não significa simplesmente buscar equipes de profissionais de diferentes áreas, integradoras, apontando para o que atualmente se denomina uma perspectiva interdisciplinar. Deve-se considerar que as intervenções não dependem

apenas da atuação de um profissional, mas da flexibilidade dos atores sociais envolvidos (SOUZA, 2017).

Em 2002, o estado aprovou o "Programa do Curso de Graduação em Fisioterapia", que propõe que o conteúdo do curso possa ser diversificado, desde que seja assegurado o equilíbrio de conhecimentos entre as diferentes áreas, níveis de atividade e recursos de tratamento para garantir a formação geral. Além disso, o currículo deve apresentar um projeto instrucional construído coletivamente, tendo o aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado pelo professor como facilitador do processo (RESOLUÇÃO CNE/CES 4, 2002).

2.3 ÁREAS DIRECIONADAS A PROFISSÃO

A principal resolução a tratar da qualificação profissional de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais foi o COFFITO nº 8. Publicado no Diário Oficial da União em 3 de março de 1978, o principal objetivo deste documento era especificar, que esses profissionais estão legalmente vinculados a CREFITO. Os requisitos necessários para a culturalização são as condições necessárias para o exercício desta profissão. Para tanto, trata dos seguintes assuntos: regulamentos preliminares; registro e franquias profissionais; processamento de habilitações no CREFITO; documentos de identidade profissional; transferência e cancelamento de depósitos de habilitação; registro em cartório; publicidade profissional; obrigações pecuniárias e dívidas.

A Resolução, apesar de apresentar um forte caráter burocrático, pois esmiúça quase que “passo a passo” cada item referido acima, apresenta no primeiro capítulo, chamado de Disposições Preliminares, algumas considerações sobre os atos privativos do fisioterapeuta, que se constituirão em objeto de análise a seguir (SOUZA, 2017).

O primeiro Artigo das Disposições Preliminares afirma a exclusividade do exercício da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional por parte dos profissionais formados nessas áreas. O Artigo segundo descreve os atos privativos comuns às duas profissões como o próprio texto demonstra:

Compõem conduta privativa comum dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no ramo de atividade: I - Planejamento, planejamento, ordenação e supervisão de métodos e técnicas de fisioterapia e/ou terapia ocupacional, voltados para a prevenção primária, secundária e terciária da

saúde; II - avaliação, reavaliação e determinação das condições de alta para clientes em fisioterapia e/ou terapia ocupacional; III - orientação de serviços e locais para atividades de fisioterapia e/ou terapia ocupacional e Responsabilidade Técnica; IV - divulgação de métodos e técnicas de fisioterapia e/ou terapia ocupacional, ressalvados os casos de produção científica autorizados por lei" (artigo 2º, incisos I, II, III e IV).

Nos atos privativos comuns, tanto da Fisioterapia como da Terapia Ocupacional, a Resolução, além de reforçar a autonomia desses profissionais em arbitrar sobre a execução e supervisão de métodos e técnicas específicos de suas áreas, ampliou a dimensão desses atos em relação ao Decreto-Lei nº 938/69 que regulamentou as duas profissões. Ou seja, introduziu a avaliação, a reavaliação e a determinação das condições de alta das pessoas submetidas à Fisioterapia e à Terapia Ocupacional e tornou privativa a direção de serviços destinados a essas profissões (SOUZA, 2017).

Em relação à direção dos serviços de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, o Decreto-Lei 938/69, ao invés de tratar a questão como um ato privativo, afirma, no seu artigo 5º, que os profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais “Também no campo de atividade específico de cada indivíduo: gerir os serviços de instituições e organismos públicos ou privados, ou prestar-lhes assessoria técnica (...)”.

A interpretação desse Decreto-Lei, como uma das prerrogativas do Conselho Federal para balizar a elaboração das Resoluções necessárias à orientação da profissão, pode ser observada também no artigo terceiro que trata dos atos privativos específicos do fisioterapeuta:

A prática privada de um fisioterapeuta é prescrever, administrar e supervisionar a fisioterapia destinada a preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de um órgão, sistema ou função humana por:

I - Efeito independente ou concomitante de calor ou crioterapia, hidroterapia, aeroterapia, fototerapia, eletroterapia ou terapia sonora, determinado por:

- a) o objetivo do tratamento e o plano para alcançá-lo;
- b) a origem do agente terapêutico e, se for o caso, a especificidade de seu uso;
- c) a área do corpo do cliente que é afetada pelo agente terapêutico;
- d) a dosagem para o número de cursos de tratamento e indicar a duração de cada tratamento;
- e) a tecnologia utilizada;

II - Respiração com ou sem equipamento, exercício cardiorrespiratório, cardiovascular, educação ou reeducação neuromuscular, regeneração muscular, relaxamento muscular, exercício, regeneração óssea e articular, correção de dependência postural, adaptação ao uso de órteses ou próteses e adaptação disponível de meios e materiais, individuais ou circunstanciais, para desempenho físico cliente, certifique-se:

- a) o objetivo do tratamento e o plano para alcançá-lo;

- b) a parte do corpo do cliente que submete o exercício;
- c) o tipo de exercício utilizado e a intensidade correspondente;
- d) técnicas de massoterapia aplicadas, se aplicável;
- e) Instruir o cliente a realizar o tratamento em casa (se aplicável);
- f) “Frequência e número de cursos de tratamento, posologia e duração de cada curso” (RESOLUÇÃO COFFITO 8, Art. 3º).

A descrição do Artigo acima exprime a tendência de fazer repercutir, na Resolução, os dilemas relacionados às práticas profissionais vividos pelos fisioterapeutas, à época. Até então, o que se tinha de concreto sobre os atos privativos dos fisioterapeutas era o conteúdo do Decreto-Lei 938/69 que se resumia em “...destacar metodologias e procedimentos de fisioterapia com o objetivo de reparar, desenvolver e manter as capacidades físicas de um paciente” (Art.3º). (RESOLUÇÃO COFFITO).

Consequentemente, no embate do dia-dia nos espaços de trabalho, esse profissional não possuía outro instrumento legal que pudesse esclarecer as suas reais possibilidades de intervenção junto à saúde da população, e a definição dos seus limites de atuação frente à equipe de saúde, em especial em relação aos médicos que exerciam função de chefia em tais espaços (SOUZA, 2017).

Na direção da terapia física, como o derradeiro objeto de estudo e de intervenção da Fisioterapia que revela uma preocupação maior com o domínio e exclusividade da aplicação dos recursos terapêuticos do que com o estudo do ser humano e suas repercussões a Resolução descreve os atos privativos, relacionando alguns comprometimentos do corpo, ou parte do corpo, com as possibilidades da utilização de recursos manuais ou de aparelhos para a elaboração e aplicação de uma intervenção “que objetive preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano...”. Com essa intenção, a Resolução se propõe a esmiuçar as competências exclusivas dos fisioterapeutas, desde as fontes dos recursos físicos utilizados até a frequência, dosagem, número de sessões terapêuticas e segmento do corpo a ser tratado (TELES, 2017).

2.4 A ALOCAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A assistência à saúde relacionada aos serviços de emergência vem passando por uma crise de recursos humanos devido ao aumento da demanda e à redução do

treinamento de pessoal. Segundo os autores, desenvolver uma força de trabalho alternativa e mais resiliente tem sido uma prioridade para o Departamento de Saúde do Reino Unido desde 2001. O objetivo de longo prazo é transformar todo o sistema de saúde de um modelo descentralizado de atendimento para um que seja eficiente e seguro para o atendimento ao paciente (SEAL, 2017).

Os fisioterapeutas são introduzidos nos serviços de emergência do Reino Unido como Contact Physiotherapists Level 2 - Contact Physiotherapists Level 2: após avaliação médica e encaminhamento. O trabalho de Morris e Hawes (2015) demonstrou algumas evidências para o manejo de doenças musculoesqueléticas e indicadores prognósticos. O papel dos fisioterapeutas de primeiro contato evoluiu ou fisioterapeutas de prática avançada, os praticantes de fisioterapia avançada e Seal (2017) os definem como tão autônomos quanto os clínicos de primeiro contato (eles avaliam e tratam pacientes de forma independente, seguindo o procedimento de triagem de uma enfermeira). Segundo Lebec e Jogodka (2009), como especialistas musculoesqueléticos, os APPs podem desenvolver habilidades além do seu conhecimento.

A atuação do fisioterapeuta no atendimento de emergência nos Estados Unidos da América (EUA) foi descrita pela primeira vez na década de 2000, um documento sobre a prática no país foi publicado em 2011. Os fisioterapeutas em serviços de emergência trabalham em um modelo de enfermagem tradicional como profissionais de segundo contato. Esboça a prática envolvida nessa forma de trabalho, apontando para aplicações clínicas como dispositivos de planejamento para distúrbios musculoesqueléticos, treino de marcha, mobilidade segura e distúrbios vestibulares (KIM *et al.*, 2018).

Em 2000, a fisioterapia para um trabalho específico no pronto-socorro teve sua primeira experiência no Hospital Estadual do Grajaú, em São Paulo. Em 2005, a Escola Paulista de Medicina da UNIFESP iniciou um levantamento sobre a necessidade de atendimento integral de fisioterapia no pronto-socorro do Hospital São Paulo, levando a um treinamento em 2007 com foco nessa região (OGAWA *et al.*, 2009). Leite (2009) apresentou um fluxograma de atendimento fisioterapêutico no pronto-socorro do Hospital São Paulo e discutiu a presença de fisioterapeutas nos setores da unidade.

Nepel *et al.* (2011) analisaram intervenções de fisioterapia para idosos com problemas respiratórios no Centro Municipal de Emergência Médica (CMUM).

(2011). Os resultados mostraram um aumento nas altas e uma diminuição nas transferências hospitalares. Silva e Santos (2019) avaliaram o perfil clínico dos pacientes do pronto-socorro para discutir a atuação do fisioterapeuta nesse cenário; concluindo que o fisioterapeuta pode utilizar sua expertise como profissional de primeiro contato para atender aos requisitos da Classificação Verde de Risco (Baixa Complexidade) do Protocolo de Manchester.

2.5 O ATENDIMENTO AO TRATAMENTO PRECOCE DE PATOLOGIAS AGUDAS E CRÔNICAS

De acordo com Cordeiro (2017), a emergência é um espaço disponível na esfera hospitalar para pacientes críticos ou parcialmente críticos. Por algum tempo o fisioterapeuta foi auxiliar de equipes de urgência e emergência, porém, hoje em dia em algumas áreas é necessário tê-lo presente na equipe. Os fisioterapeutas que trabalham em unidades de terapia intensiva são responsáveis por assistir os pacientes, avaliar, diferenciar aqueles que são mais propensos a complicações e grau de funcionamento, administrar o tratamento da doença e fornecer benefícios de saúde e sociais.

As emergências fazem parte integralmente da unidade de atendimento adequada, composta prioritariamente por médicos e enfermeiros capacitados para atendimento de lesões agudas, doenças clínicas agudas ou agudizações de condições crônicas. Aqueles que não necessitam de aprovação hospitalar, mas ainda necessitam de tratamento fisioterapêutico, são citados nos atendimentos fisioterapêuticos. O autor ainda afirma que a fisioterapia não é tão estável nessas unidades hospitalares, e o modelo de gestão organizacional ainda não foi estabelecido. Nos últimos anos, no entanto, as divergências sobre a colocação de fisioterapeutas em serviços de emergência em consonância com as tendências internacionais, notadamente no Reino Unido e na Austrália, têm reconhecido um questionamento e investigação sobre o espaço de privilégio e representação desses profissionais (TELES, 2017).

Foi apresentado um estudo descritivo transversal relatando que os recursos fisioterapêuticos em ambiente hospitalar foram projetados para prevenir comportamentos negativos associados ao repouso prolongado no leito, estimular o desempenho mais rápido das atividades essenciais da vida diária, preservar sua

capacidade funcional e fortalecer as relações entre os pacientes e seu fisioterapeuta, reduza o impacto psicológico, evite problemas pulmonares, aumente suas chances de alta precoce e forneça princípios para o planejamento familiar (SOUZA, 2017).

Expôs que na maioria dos casos o atendimento urgente e emergente é procurado e sinalizado por pessoas que não precisam necessariamente de tratamento médico urgente ou imediato, mas a demora e lentidão na marcação de consultas e exames podem ser explicadas pela falta de profissionais para um atendimento mais rápido, essas pessoas procuram essas unidades na esperança de solucionar seus problemas de saúde, porém, devido a essa carência, acabam lotando esses espaços com pacientes cujas complicações podem ser atendidas em outro nível de atenção (TELES, 2017).

O fisioterapeuta é um daqueles trabalhadores que utilizam a mão como sua principal ferramenta e tocam o corpo do paciente da forma mais eficaz possível e, portanto, não permitem que suas intervenções terapêuticas sejam desumanizadas. O atendimento humanizado proporciona melhores condições para a recuperação do indivíduo hospitalizado, pois o paciente em tratamento sente-se visto sozinho seus sentimentos e doença são respeitados, portanto essa realização é sentida não só pela pessoa cuidada, mas também profissionalmente para que torne o tratamento mais agradável, procedendo em resultados mais rápidos (SOUZA, 2017).

2.6. INTERVENCAO FISIOTERAPEUTICA

2.6.1 Educação e gestão da dor

A dor pode apresentar-se clinicamente de diferentes formas e estar associada a uma variedade de sintomas. Portanto, os autores recomendam consistentemente que os fisioterapeutas tratem a dor de acordo com os mecanismos clínicos periféricos, centrais ou relacionados identificados durante a avaliação. Compreender e identificar esses mecanismos facilita o julgamento e o raciocínio clínico na avaliação, tratamento e prognóstico de pacientes com dor (KIM *et al.*, 2018).

No entanto, para a seleção do tratamento com base nos mecanismos clínicos, o fisioterapeuta deve ter conhecimento científico e prático. Cada técnica tem sua própria explicação neurofisiológica para seu mecanismo de ação. A fisioterapia utiliza conhecimentos específicos sobre os efeitos de técnicas clinicamente

aplicáveis. É importante identificar o mecanismo primário da dor pelo qual a fisioterapia é mais eficaz (SOUZA, 2017).

Dentro do objetivo primário, ocorrerá modulação inibitória da dor com redução dos estímulos periféricos e centrais que sensibilizam o sistema nervoso. Além disso, o fisioterapeuta deve determinar os fatores biopsicossociais que causam ou sustentam a sensibilização (TELES, 2017).

Vários mecanismos e teorias foram propostos para explicar os efeitos da fisioterapia no controle e manejo da dor. Estes envolvem tecidos locais periféricos, mecanismos neurofisiológicos e psicofisiológicos e efeitos placebo. Atualmente, eles se baseiam nas etapas do processamento da dor e nas alterações da neuroplasticidade do sistema nervoso. Assim, será discutida a atuação fisioterapêutica na fase de modulação e percepção a partir da estação periférica, da estação do corno dorsal, do sistema inibitório descendente e da estação do córtex cerebral. Além disso, serão discutidos os efeitos dessas técnicas nos sistemas motor, simpático e hormonal por meio da psicofisiologia e do efeito placebo (SOUZA, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é de revisão de literatura, do tipo descritiva. Segundo Vieira (2001) trata-se de um resumo de literaturas especializadas sobre o tema que se pretende abordar e desenvolver, onde o pesquisador colocará sua ideia, mas sempre abrangendo achados significativos do autor principal, que contribua para o desenvolvimento do assunto. A pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa idealiza-se através de uma realidade que não pode ser quantificada, ela trabalha no contexto dos significados, não se relaciona com aspectos quantificáveis ou variáveis.

A pesquisa inclui: artigos, teses, dissertações, monografias, livros e manuscritos. Com base em todo o material revisado, buscou-se discussões entre os autores, avaliaram-se pontos positivos e negativos para chegar aos resultados finais.

Segundo Gil (1999) a pesquisa de revisão de literatura é uma revisão bibliográfica rigorosa de material já publicado, como artigos científicos e livros, esse tipo de pesquisa permite um estudo mais amplo do fenômeno.

O presente estudo, então, seguirá as etapas sugeridas por Gil (2010). Sendo estas: “Escolha do tema; levantamento bibliográfico preliminar; formulação do problema; elaboração do plano provisório de assunto; busca de fontes; leitura do material; fichamento; organização lógica do assunto e redação do texto”.

Assim após a escolha do tema, para podermos realizar uma boa revisão um dos primeiros passos a serem definidos é uma questão adequada (formulação do problema), bem formulada e clara, dessa forma este estudo discutiu a importância do fisioterapeuta no setor de urgência e emergência.

3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES

Para dar resposta a questão, foi inicialmente identificada uma fonte que pode responder a uma solução para o problema em questão. Além de artigos, revistas, artigos e trabalhos acadêmicos mais atuais foram pesquisados para encontrar o máximo de informações possível para a base teórica deste trabalho. Os termos de busca utilizados neste estudo foram: “fisioterapeuta”, “urgência e emergência”. O

processo envolveu uma extensa revisão da literatura para identificar que avaliassem a importância do fisioterapeuta na urgência e emergência.

Para tanto, foram pesquisados artigos de diversas bases de dados, sendo escolhidas as bases de dados *Scielo* e *Lilacs* para serem utilizadas, entende-se que estes são a base para encontrar a maioria dos tópicos relacionados ao tema abordado, a pesquisa foi realizada entre Agosto e Novembro de 2022. Nesse período, foram pesquisados e selecionados 20 artigos científicos, sendo excluídos os estudos em que as palavras-chave não foram priorizadas.

Dos 20 artigos científicos encontrados, após leitura dos mesmos foi feito um fichamento com a seleção do material, para selecionar os que mais iriam contribuir para o trabalho realizado pelo fisioterapeuta, e feito uma seleção de 15 artigos que foram usados por todo o trabalho de conclusão de curso. Destes serão usados 15 artigos para a análise e discussão dos resultados.

3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS

Em um estudo de revisão bibliográfica é necessário se certificar de que o material que está sendo utilizado é de fonte fidedigna, assim se faz necessário à apreciação crítica para analisar a qualidade dos artigos, para dessa forma decidir se os resultados destes artigos são relevantes ou não (GIL, 1999). Para a leitura crítica do material se sugere que se inicie por uma leitura exploratória, seguida de uma leitura seletiva, para que então se realize uma leitura analítica e finalmente uma leitura interpretativa (GIL, 2010).

A tarefa de análise significa, antes de mais nada, organizar todo o material, dividindo-o em partes, ligando-as e tentando identificar tendências e padrões relevantes. No segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando relações e inferências em um nível superior de abstração (GIL, 2010).

As referências de todos os estudos foram verificadas detalhadamente e consideradas relevantes para trabalhos relacionados. Esclareça os dados conforme necessário mencione os autores com base nas informações obtidas do artigo. Os estudos considerados relevantes foram avaliados com anuência do orientador para discussão sobre inclusão ou exclusão nesta revisão.

3.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Gil (2010) mencionou que após arquivar o material selecionado e antes de escrever o relatório, é necessário organizar as principais ideias obtidas para atingir os objetivos da pesquisa. Assim, durante a leitura minuciosa do material selecionado, surgiram categorias de análise. Foram identificadas as seguintes categorias: Importância do Fisioterapeuta nas urgências e emergências.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão foi utilizado materiais dentro dos anos de 2011 a 2021 e que estavam relacionados com o tema, redirecionando para as palavras chaves: Fisioterapeuta, urgências e emergências.

Foram excluídos artigos que foram publicados anteriormente aos anos de 2011, em idioma diferente do português, espanhol e inglês, além daqueles que não eram de livre acesso e que não contemplavam os objetivos propostos pelo estudo.

Os critérios de inclusão seguiram a seguinte linha: estudos científicos completos com publicação entre os anos de 2011 e 2021 em periódicos brasileiros, traçando estudos sobre a importância do fisioterapeuta nas urgências e emergências, que estejam direcionados ao tema estudado e que demonstre relevância para esclarecimento dos questionamentos e abrange os objetivos.

Já os critérios de exclusão foram os seguintes: estudos incompletos, publicação fora dos anos em análise, que não foram publicados em periódicos brasileiros, que não esteja direcionado ao tema, e que não apresentem relevância para o alcance dos objetivos do presente trabalho de conclusão de curso.

Foram utilizados trabalhos em língua portuguesa que atendem os objetivos do tema em estudo, excluindo trabalhos em língua estrangeira.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

De forma a atender os preceitos éticos de um estudo de referência bibliográfica, todos os autores utilizados nesta pesquisa foram minuciosamente referenciados no corpo do texto e na lista de referências, respeitando a lei de direitos autorais Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, Art. 1º Esta Lei regula os direitos

autorais, entendendo-se sob esta denominação os direitos de autor e os que lhes são conexos. Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, não houve necessidade de envio ao CEP – Comitê de Ética em Pesquisa ou aplicação de TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados 20 artigos, que após análise dos critérios de inclusão e exclusão, resultou na seleção de 15 artigos, estando estes descritos no Quadro 1.

QUADRO 1. RESUMO DOS ARTIGOS

AUTOR	TÍTULO DA OBRA	OBJETIVOS
WATZLAWICK 2018	A importância da assistência do fisioterapeuta no setor de urgência e emergência;	Analisar de que forma o fisioterapeuta contribui para a restauração do paciente;
MAMBRIANI 2017	O papel do fisioterapeuta frente aos sintomas de doenças crônicas;	Como o fisioterapeuta interfere nos números de altas a pacientes;
LAZURE 2015	A comunicação terapêutica fisioterapeuta e paciente;	Definir como o fisioterapeuta utiliza métodos terapêuticos no controle da dor;
LALANDA 2011	Atuação do fisioterapeuta frente ao processo de recuperação de dores lombares;	Descrever como o fisioterapeuta realiza procedimentos de cuidados para pacientes com lesões;
GONÇALVES 2012	Contribuição do fisioterapeuta no acompanhamento a pacientes no setor de urgência e emergência;	Contribuição do fisioterapeuta no acompanhamento de pacientes no setor de urgência e emergência;
TEIXEIRA 2013	A importância do fisioterapeuta integrando a equipe multidisciplinar nas unidades de urgência e emergência;	Demonstrar como ocorre a assistência através do fisioterapeuta;
RILEY 2014	Pacientes atendidos pela fisioterapia no setor de urgência e emergência;	Realizar o processo de acompanhamento a

		pacientes no setor de urgência e emergência;
STEFANELLI 2014	Comunicação como instrumento básico no cuidar a pacientes pelo fisioterapeuta;	Intervir através da comunicação do fisioterapeuta no processo de acompanhamento a pacientes com covid-19;
PHANEUF 2014	Intervenção Multidisciplinar pelo fisioterapeuta;	Demonstrar o trabalho do fisioterapeuta diante da comunicação com a equipe multidisciplinar;
SÁ 2015	Mecanismos de ação e efeitos da fisioterapia no tratamento da dor;	Analisar como o fisioterapeuta utiliza intervenções durante o acompanhamento a pacientes decorrentes de acidentes;
OLIVEIRA 2015	Fisioterapia é a melhor alternativa para tratamento da dor;	Avaliar como o fisioterapeuta contribui para a alta de crianças em observação;
PONTES 2016	Papel do Fisioterapeuta da Dor Crônica;	Demonstrar a necessidade do acompanhamento do fisioterapeuta;
MORAES 2016	Contribuições da fisioterapia para educação em saúde;	Diagnosticar o trabalho do fisioterapeuta na intervenção a mulheres gestante;
CARDOSO 2017	Fisioterapia: A arte que transforma dor em amor;	Discorrer a ligação entre o farmacêutico e

		o paciente.
SOUZA 2018	Educação e Fisioterapia são eficazes para tratamento de dor.	Como se enquadra as consultas o fisioterapeuta

Fonte: Acadêmicas (2023)

4.1 TRABALHO DESENVOLVIDO PELO FISIOTERAPEUTA NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

De acordo com Watzlawick (2018) o atendimento de urgência e emergência inclui unidades hospitalares, mudando assim o modelo de atendimento, integrando uma equipe multiprofissional para prestar assistência adequada aos pacientes que procuram esse serviço, o perfil clínico dos pacientes atendidos em serviços de fisioterapia em urgência e emergência é descrito como a principal porta de entrada de muitos hospitais para receber pacientes.

Já Teixeira (2013) as necessidades desses serviços para os usuários vão desde sua área de responsabilidade, mas o grande número de ocorrências não emergenciais podem ser tratadas em uma estrutura menos complexa, o que parece prejudicar o atendimento de casos graves, atrapalhando o processo de trabalho devido à sobrecarregar as equipes médicas e profissionais e levar ao aumento do custo do atendimento.

Segundo Sá (2015) os profissionais de saúde que atuam nessa área ressaltam a importância de saber diferenciar urgências de emergências para o sucesso dos serviços. Uma situação que envolve uma emergência surge quando um paciente desenvolve sinais e sintomas com risco de vida que requerem ajuda e tratamento imediato para evitar complicações graves. Emergência é aquela em que o paciente não apresenta risco iminente de vida, mas requer atendimento rápido para prevenir lesões decorrentes de um procedimento clínico ou cirúrgico agudo.

Em um estudo realizado por Moraes (2017) a organização e adequação do trabalho das equipes de saúde que atuam nessas unidades dependem de três momentos, atendimento rápido em situações de risco de vida, encaminhamento imediato ao pronto-socorro, ações e procedimentos voltados ao restabelecimento da vida, atendimento aos pacientes que continuarão sendo sob observação e, por fim, o

atendimento aos que não são urgentes, que atuaram com 29 profissionais da equipe de saúde em situações de urgência e emergência, constatou o estudo.

Stefaneli (2014) o aumento substancial da demanda de pacientes nos setores de urgência e emergência é caracterizado por problemas organizacionais como consultas sem padrões clínicos estabelecidos, atendimento imediato não priorizado para pacientes mais graves, interferência direta nos processos de trabalho e, muitas vezes, superação da capacidade do serviço. Reconhecendo os desafios na área da saúde, o Ministério da Saúde direciona a Estratégia de Humanização, investe em recomendações como acolhimento e classificação de risco e procura se organizar e enfrentar.

Para Gonçalves (2012) acolher logo na chegada do paciente ao serviço de saúde, incluindo ouvir e responder adequadamente às suas preocupações e angústias, oferecendo ajuda de forma decisiva e conectando-se com outros profissionais de saúde, orientando o usuário e a família para continuar o cuidado quando necessário. A satisfação do usuário é considerada quando os critérios de classificação de risco determinam a prioridade de atendimento aos pacientes mais graves para reduzir a morbimortalidade.

Como cita Phaneuf (2014) serão atendidas imediatamente, as Classes III (urgentes) deverão aguardar na sala de observação por no máximo 60 minutos, e as Classes IV e V (semi-urgentes e não urgentes) serão encaminhadas à sala de espera e reavaliadas periodicamente.

Segundo Lalande (2011) destaca que devido à alta demanda e imprevisibilidade dos serviços, em seu estudo mostraram que em situações de urgência e emergência é importante integrar departamentos de diferentes categorias profissionais, a fim de oferecer aos pacientes serviços baseados em uma troca de conhecimento e ação que coloca a proteção da vida em primeiro lugar.

Os programas de enfermagem de modelo tradicional consistem em médicos e enfermeiros treinados em trauma agudo e cuidados médicos agudos. Atualmente, as equipes multidisciplinares contam com a atuação de múltiplas especialidades e profissionais realizando trabalhos inter-relacionados e, em alguns hospitais de alta complexidade, os fisioterapeutas, embora ainda estrangidos, tendem a prestar atendimento prioritariamente a pacientes com diagnósticos cardiopulmonares (MAMBRIANI, 2017).

De acordo com Riley (2014) Os fisioterapeutas desempenham um papel importante como parte dessas equipes profissionais por muito tempo atuou como prestadores de cuidados e nos últimos anos ampliaram seu papel como componente essencial, visando reduzir complicações otimizando clinicamente a saúde dos pacientes e redução de custos.

A atuação do fisioterapeuta nas unidades de emergência e ambulância é relativamente recente, tendo sido relatada sua primeira contratação em 2000 no Hospital Estadual do Grajaú (SP), no Protocolo de Atenção à Saúde, estabelecido pelo Governo do Distrito Federal, onde atua com rapidez e eficiência, minimizando o tempo de intubação orotraqueal, evitando complicações e encurtando o tempo de internação devido à ventilação invasiva. Cinco anos depois, foi realizada uma pesquisa que considerou importante a necessidade de uma assistência fisioterapêutica integral e, em 2007, surgiu uma nova especialidade de fisioterapia de emergência (MAMBRIANI, 2017).

A importância da atuação do fisioterapeuta e a eficácia de sua técnica no manejo de pacientes críticos que não necessitam de suporte ventilatório, mas precisam evitar complicações respiratórias e motoras. Nos casos em que o paciente necessita de ventilação mecânica, o envolvimento do fisioterapeuta começa com a preparação e ajuste dos parâmetros ventilatórios, ventilação do paciente durante a intubação, processo de desmame e extubação (LAZURE, 2015).

4.2 MELHORIAS DOS PACIENTES ATRAVÉS DO FISIOTERAPEUTA

Em estudo com 570 pacientes no pronto-socorro de um hospital de Porto Alegre. Os principais critérios para consideração das indicações de um fisioterapeuta profissional são o risco potencial de complicações respiratórias do paciente, necessidade de oxigenoterapia e ventilação não invasiva, uso gradual de suporte ventilatório mecânico invasivo e permanência na enfermaria (CARDOSO, 2018).

Um centro de emergência em Curitiba, composto por 64 pacientes idosos com doenças respiratórias diagnosticadas clinicamente, mostrou que as intervenções fisioterapêuticas resultaram em aumento das taxas de alta, redução de internações e menos transferências hospitalares. O programa de intervenção incluiu manobras de expansão pulmonar, padrões respiratórios, higiene brônquica, exercícios físicos e orientações para pacientes e familiares (OLIVEIRA, 2019).

Achados de um estudo com 192 pacientes com diagnósticos cardiovasculares e pulmonares no pronto-socorro de um hospital paulista reforçam a importância do fisioterapeuta como parte de uma equipe multidisciplinar. Relata que a assistência rápida e eficaz dos fisioterapeutas no departamento pode beneficiar os pacientes, o que se reflete na redução da taxa e tempo de intubação, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, número de infecções e possíveis complicações (PONTES, 2016).

Para Lazure (2015) o fisioterapeuta deve compreender as necessidades básicas do paciente e de seu acompanhante, buscar desenvolver um bom relacionamento com ambos e realizar seu trabalho de forma responsável para que esses indivíduos se sintam confortáveis durante sua internação.

Segundo Gonçalves (2012) ter um bom relacionamento com seu paciente pode tornar seu atendimento mais humano e confiante, esses pequenos gestos podem fazer com que o paciente veja o atendimento por outro ângulo, podemos chamar o nome dele ao invés do número do leito, e ver como ele o trata, mostrar respeito em sempre, conversar com antecedência e explicar os procedimentos que serão realizados posteriormente, conecte-se com os gestos não verbais passados pelo paciente, mantenha-o próximo e confiante, ajude nas dores e desconfortos relatados a ele, ajude a aproximá-lo da distância familiar, certifique-se de que ele torna-se engajado e cooperativo no processo de recuperação, e trate-o com amor, respeito e, acima de tudo, ética.

Souza (2021) ao fazê-lo, uma equipe multidisciplinar é integral, e os fisioterapeutas são profissionais que desenvolvem exercícios específicos para cada paciente nos serviços de urgência e emergência, facilitam os cuidados preventivos, e tratam alguma perda físico, motora ou complicações respiratórias sistêmicas.

CONCLUSÃO

Perante do que foi observado no estudo, há escassez de profissionais de fisioterapia nos setores de urgência e emergência. O principal motivo é que o setor está sobrecarregado, sendo a grande maioria hospitais que funcionam com um sistema de demanda espontânea, chamado de “portas abertas”, que permite fácil acesso à multidão. Como o departamento utiliza classificação de risco, a prioridade é dada aos pacientes classificados em vermelho e laranja, mas os classificados em verde são os de maior demanda e de menor complexidade.

A fisioterapia pode servir como o primeiro ponto de contato dos profissionais para pacientes com classificação de risco por sua baixa complexidade, prestando atendimento no setor de urgência e emergência, permitindo ao médico atuar em situações mais complexas.

O presente estudo mostra que a inserção de fisioterapeutas especialistas nas unidades de urgência e emergência é recente, porém, sua contribuição na equipe multidisciplinar é de extrema importância e justificada pelo grande número de pacientes que procuram esse serviço por meio do diagnóstico cardiopulmonar e do grande volume de oxigênio inalção, ventilação mecânica e permanência prolongada na enfermaria às vezes são necessárias na maioria dos casos. Pesquisas abordando o tema da atuação do fisioterapeuta no setor de emergência ainda são escassas e, diante dessa situação, recomendam-se mais pesquisas para avaliar a contribuição do fisioterapeuta no setor de emergência com maior fidelidade e precisão.

A função principal do fisioterapeuta em unidade de emergência e urgência é oferecer apoio rápido e eficiente para disfunções cardiorrespiratórias, principalmente durante as primeiras horas, para que não haja um agravamento do quadro do paciente, evitando, por exemplo, a necessidade de intubação orotraqueal ou ventilação mecânica.

Entre as funções do fisioterapeuta em unidade de emergência e urgência também está o atendimento ao tratamento precoce de patologias agudas e crônicas, comorbidades e complicações funcionais do paciente, auxiliando, assim, na redução do tempo de internação, mortalidade e custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Coordenação Geral de Saúde Mental. Urgência e Emergência em hospitais Públicos.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.126, de 06 de abril de 2002. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de urgência e emergência.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 de jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS.** Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf>. Acesso em: 10 de jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 354, DE 10 DE MARÇO DE 2014 –** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html> Acesso em 12 JAN. 2021.

CARDOSO, L. C. Uma visão da pratica da fisioterapia respiratória: ausência de evidência não e evidencia de ausência. **Revista Arquivos Médicos do ABC** v. 32, p.76-78, 2017.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional — COFFITO. Fisioterapia/definição. [Internet]. 2007 [Acesso 20 Jun 2022]. Available from: URL: www.coffito.org.br.

CORDEIRO, F. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de Risco: Revisão de Literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso – Escola da Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas. 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6ª ed. São Paulo: Atlas. 2010.

GOMES, M. L. C. **Enfermagem no CAPS.** Rev. Bras. de Epidemiologia, São Paulo, v. 16, p. 30-39, 2017.

GONÇALVES, Ana Carolina Silva. **Perfil clínico dos pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia na unidade de urgência e emergência de um hospital público de Minas Gerais.** ASSOBRAFIR Ciência, v. 5, n. 3, p. 55-62, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.cpcrjournal.org/article/5de00c870e882578204ce1d5/pdf/assobrafir-5-3-55.pdf>>. Acesso em: 07 DEZ. 2022.

FERREIRA, H.M. **Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde.** São Paulo, 2018. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/78> Acesso em 12 JAN. 2021.

KIN, J. L. et al. O Perfil da Emergência do Hospital da Restauração: Uma Análise dos Possíveis Impactos Após a Municipalização dos Serviços de Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 7, nº.3, 2018.

LALANDA, D. P. **Aporte fisioterapeuta a paciente no setor de urgência e emergência.** Revista Transformar, 2011; 10: 152-169.

LAZURE, M. J. **O papel do profissional fisioterapeuta a pacientes urgentes e emergentes. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia).** Faculdade de Juazeiro do Norte, 2015; 24 p. 12.

LEITE, R. Caracterização do Perfil Assistencial dos Pacientes Adultos de um Pronto Socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Vol. 63, nº.5, set-out, 2009, pp. 749-754.

LEBEC, GA; JOGODKA, HD. **Fisioterapia na Saúde Pública — Um Agir Técnico, Político e Transformador.** In: Barros FBM, organizador. O Fisioterapeuta na Saúde da População: Atuação Transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2009.

MAMBRIANI, C. L. **Abordagem terapêutica do fisioterapeuta.** Tese de Doutorado em Ciências Farmacêuticas. Universidade do Algarve, Portugal, 2017: 92p.

MELO, V. S. F.; SILVA, M. **Equipe no Setor de Urgência e Emergência.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1087-1816, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, M. C. **Papel do fisioterapeuta no atendimento de urgência e emergência.** Revista JRG de Estudos Acadêmicos, 2016; 3 (7): 636-646. 5.

MORRIS, V. P. M; HAWES, P. L. M. Caracterização do Perfil de Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Arquivos Caratinenses de Medicina.** Vol.36, nº.4, de 2015.

NEPEL, Ana Ecilda Lima; PONTES, Ricardo José Soares; LOIOLA, Francisco Antonio. **Campo comum da atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção.** Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 23, n. 2, p. 415-437, jun. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/57XDrqqYzsHKXNHBkmjYJ5D/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 29 ago. 2022.

OGAWA, Giovanni E.; TRAEGER, Adrian C.; MAHER, Chris G. **Review article: a scoping review of physiotherapists in the adult emergency department.** *Emergency Medicine of Australasia*, v. 31, n. 1, p. 43-57, abr. 2009. Disponível

em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1742-6723.12987>>. Acesso em: 07 DEZ. 2022.

OLIVEIRA NM. **Importância da fisioterapia no setor de urgência e emergência.** Revista Humano Ser, 2015; 1(1): 60-73.

PHANEUF, L. A. **O fisioterapeuta no setor de urgência e emergência: uma revisão integrativa da literatura.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2014; 42: e2082-e2082. 2.

PONTES, Natalia Almeida; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Expectativas do fisioterapeuta diante do trabalho no setor de urgência e emergência.** Temas psicologia, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1413-389X2016000200015 Acesso: 28 jan. 2021.

REZENDE, M. **A equipe multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl.1): 1403-1410, 2015.

RILEY, V. A. **Implementação do trabalho do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia). Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2014; 20 p. 13.

SÁ, Roberto Antônio Araújo. **Associação de alta dos pacientes no setor de urgência e emergência pelo fisioterapeuta.** Rev Bras Saúde Matern Infant, v. 5, n. 3, p. 329-335, 2015.

SANTOS, J.L.G; GOMES, F.S; ROCHA, T.K; ROMMES, P.R; SILVA, M.B. **A dimensão gerencial do trabalho do fisioterapeuta em um serviço hospitalar de emergência.** Porto Alegre, 2003. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2463>> Acesso em 17 JUN. 2022.

SILVA, M; SANTOS, MR; Filho AA. **A equipe multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl.1): 1403-1410, 2019.

SOUZA, J. L. L. **O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde.** Informe-se em promoção da saúde, v.2, n.1, p.03-05. 2017. Disponível em: www.uff.br/promocaodasaude/o%20process.pdf. Acesso em 17 JUN. 2022.

SOUZA, Tadeu Neves. **Fisioterapia: no ambiente hospitalar:[revisão].**Femina, v. 38, n. 10, 2018.

STAFANELLI, B. L. **Epidemiological Profile Pregnancies at Itajaí City, SC.** Arquivos Catarinenses de Medicina, 2019; 48(2): 34-55. 3. COSTA RC, et al. **O fisioterapeuta no atendimento: perfil e conhecimento das gestantes.** Saúde; 2014, 41(1):131-140. 4.

TELES, S. V. M. **Diagnósticos dos profissionais de Fisioterapia em Urgência e Emergência.** Revista Brasileira de Enfermagem, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-664, 2017.

TEIXEIRA, José Patrício. **Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais.** Ciência e Saúde Coletiva, v.15 (suppl. 1), p. 1627-1636, jun. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/PC76jP6HVQ6rYN7VgJ7z59g/?lang=pt>>. Acesso em: 09 DEZ. 2022.

TRINDADE, G. C. M. **O fisioterapeuta de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações.** Rev Latino-Am. Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 86-90, 2016.

WATZLAWICK, I. **Assessoramento Fisioterapia en Canadá: uma opinion que se paga.** Boletín Fepafar, v.10,n. p.6-7, 2018.