

O Fisioterapeuta como Membro da Equipe Multidisciplinar no Pronto Socorro

The Physiotherapist as a Multidisciplinary Team Member in the Emergency Room

Emmanuel Musetti Mastroantonio^a; Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior*

^aFaculdade Anhanguera, Pós-Graduação Lato Sensu em Atendimento em Urgência e Emergência, SP, Brasil

*E-mail: emmastroantonio@hotmail.com

Recebido em: 09/06/2017; Aceito em: 05/12/2017

Resumo

Fisioterapia pode ser definida como a ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios funcionais. Pronto Socorro é um setor do serviço de saúde hospitalar de atenção secundária e, geralmente, a porta de entrada do hospital, por onde adentram vários tipos de pacientes que podem ser classificados como Urgência e/ou Emergência, e com isso, apresentam maior risco de morte. O objetivo deste estudo foi apresentar as principais funções do fisioterapeuta e a importância do mesmo na equipe multidisciplinar em urgência e emergência no pronto socorro. Neste estudo se discorreu sobre os perfis de pronto socorro com indicadores em saúde, utilização dos serviços de urgência e suas causas de procura, além da função do fisioterapeuta como membro da equipe multidisciplinar, bem como a legislação vigente acerca da temática. A inserção do profissional nas unidades é recente, e são escassas as pesquisas envolvendo este novo campo, assim, se propõem maiores estudos para avaliar o impacto da atuação do profissional no setor, e ser de extrema importância que os profissionais que irão atuar neste novo campo busquem atualização em virtude da área compreendida.

Palavras-chave: Fisioterapia. Serviço Hospitalar de Fisioterapia. Socorro de Urgência.

Abstract

Physiotherapy can be defined as the health science that studies, prevents and treats functional disorders. Emergency room is a sector of hospital health, service of secondary care and generally at the hospital entryway, where various types of patients come in who can be classified a state of urgency or emergency and run imminent death risk. The purpose of this study was to present the main activities of the physiotherapist and the his or her importance in the multidisciplinary team in emergency care in the emergency room. In this study, it was talked about the emergency room profiles with health indicators, use of emergency services and the causes why patients look for it, besides the physiotherapist's role as a member of the multidisciplinary team, as well as the current legislation on the subject. The professional insertion in the units is recent, and the studies are insufficient involving this new field, thus it is proposed further studies to evaluate the professional practice impact in the industry, and is of utmost importance that the professionals who will work in this new field to catch up on due to the area that he or she is inserted to..

Keywords: Physical Therapy Specialty. Physical Therapy Department, Hospital. Emergency Relief.

1 Introdução

A fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios funcionais dos movimentos intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas¹.

Entre as atribuições gerais do profissional está a elaboração do Diagnóstico Cinesiológico Funcional, bem como em prescrever, planejar, ordenar, analisar, supervisionar e avaliar os projetos fisioterapêuticos, sua eficácia, resolutividade e as condições de alta do paciente submetido a estas práticas de saúde e a mesma é regida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO e Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO¹⁻³.

A rede de atenção à saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Essa é dividida em três tipos: atenção primária, secundária e terciária - administrados pela

Secretaria de Saúde^{4,5}.

O pronto socorro faz parte da atenção secundária ou de *média complexidade*, que são compostas pelas unidades de referência e, geralmente, se apresentam como porta de entrada do hospital - por onde, muitas vezes, entram vários tipos de pacientes que precisam de intervenção mais imediata⁶⁻⁹.

Devido ao aumento na demanda de pacientes nas unidades de pronto socorro, mudança nos perfis de pacientes e mudança considerada recente ao profissional fisioterapeuta na inclusão deste setor, a fisioterapia, integrando a equipe multiprofissional e atuando diretamente no serviço de emergência pode refletir em um atendimento mais rápido e eficiente, com menores índices e menos tempo de intubação orotraqueal e consequente ventilação mecânica invasiva, além de menor número de complicações, infecções e tempo de internação hospitalar¹⁰⁻¹².

2 Desenvolvimento

2.1 Metodologia

Foram realizadas buscas de produções científicas relativas

ao tema, que tenham sido publicadas entre 2001 a 2016, nas bases de dados Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs. O período de pesquisa que, em um primeiro momento, estava fixado em dez anos de produções, de 2006/2016, foi ampliado para quinze anos de produções, de 2001/2016 em virtude da seleção e tratamentos dessas mesmas produções. O acesso as bases de dados foi realizado pelo portal Biblioteca Virtual de Saúde – BVS e para as buscas foram utilizados os descritores DeCS. A busca foi realizada combinando os descritores acima através do operador booleano “AND”. Foram incluídos os estudos publicados entre 2001 a 2016; que fossem na língua portuguesa e inglesa; desenvolvidos nas disciplinas relacionadas à saúde e foram excluídos os estudos que não obedeceram aos critérios de inclusão.

2.2 Discussão

O fluxo dos usuários nos serviços de saúde é dado a partir de mecanismos que são organizados em redes regionais de atenção integral as urgências: são as Centrais de Regulação Médica das Urgências, que ordenam o fluxo e as medidas de transferências dos usuários, movimentando-se com os outros serviços da rede e com as demais centrais de regulação^{7,8}.

Esses serviços de urgência e emergência se constituem em um importante componente de assistência à saúde. São serviços que oferecem tratamento imediato e provisório a pessoas acometidas por enfermidades imprevistas ou acidentes, que não podem ser atendidas em outros níveis de atenção. Assim, têm como prerrogativa atender a população acometida por agravos agudos de qualquer natureza e de diferentes níveis de gravidade¹³.

Nos prontos socorros, esse atendimento possui diferenças não apenas na ordem e tempo de atendimento, mas como situação em si, ou seja, a urgência é uma ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já a emergência é uma constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato^{13,14}.

2.2.1 Utilização dos serviços de urgência

Para preparar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde da população na área de urgência e emergência, de forma direta, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral¹⁵.

A publicação da Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU, em 2003, foi um marco importante para a reorganização do sistema de saúde, já que a legislação

do SUS não trata especificamente da atenção às urgências e emergências. A política propõe uma estrutura de rede de atenção às urgências com o propósito de garantir o atendimento qualificado, equânime, universal e integral às urgências de baixa, média e alta complexidade de caráter clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico, psiquiátrico, pediátrico e relacionado às causas externas. Conforme a PNAU, é considerado como urgência todo agravo que tenha risco de morte ou complicação grave à saúde, que necessite de atendimento rápido e qualificado^{7,8}.

Acidentes e a violência fazem parte de um grave problema de saúde pública no Brasil, gerando um enorme impacto socioeconômico nos sistemas de saúde, previdenciário e na segurança pública. Além de ocasionar severos danos à saúde e à qualidade de vida da população¹⁶.

Causas externas – acidentes e violência - são a terceira causa de mortalidade na população em geral e a sexta causa das internações no país. Segundo estimativas da organização Pan-Americana de Saúde (PAHO), a taxa de mortalidade por causas externas no Brasil, no período entre 2003 a 2005, foi de 84,3 óbitos por 100 mil habitantes – uma taxa elevada se comparada com países como México (52,9), Estados Unidos (49,7), Canadá (35,9) e Chile (28,9)^{17,18}.

A utilização dos serviços de saúde começa pela percepção do usuário de sintomas, que são identificados como perda de saúde e que irão determinar, a partir da necessidade de investigar o problema e recuperar a normalidade perdida, a busca pelos serviços. O processo de utilização é resultante da interação entre indivíduo, que procura cuidados, e o profissional que realiza os cuidados dentro do sistema de saúde. Assim, a utilização dos serviços de saúde é influenciado por fatores que incluem características de oferta, perfil de necessidades do usuário e a demanda^{8,19}.

A oferta pode dizer a respeito da disponibilidade, do tipo, da quantidade de serviços e de recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), localização geográfica, cultura médica local, entre outros aspectos que influenciam o padrão de utilização. Já a demanda pode ser definida como a quantidade do serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo^{8,16}.

Quanto às necessidades, que levam o usuário a procura, são questões socioeconômicas, más condições de vida, violência, solidão/necessidade de vínculo com algum serviço/profissional ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia disponível capaz de proporcionar qualidade de vida^{6,9}.

Além dos fatores já citados anteriormente, a utilização pelos serviços de urgência também é associada às condições socioeconômicas dos usuários; influenciada por características dos serviços que, dependendo de como estão compostas, definem a escolha do usuário - a acolhida, as condições de acesso: distância da moradia, tempo e meios utilizados para o deslocamento e, funcional: processo de trabalho do serviço, tempo de espera para atendimento, qualidade do atendimento,

agilidade na marcação de consulta ou exame e encaminhamento para outro serviço, resolatividade da atenção, estrutura física e tecnologias disponíveis, experiências anteriores vividas pelo usuário, familiar e/ou amigo, vínculo estabelecido com profissionais e/ou serviço. Nas situações de urgência, além desses fatores, a busca está diretamente relacionada às necessidades do momento e à percepção individual de urgência^{14,16}.

Muitas vezes, os usuários procuram os serviços de pronto socorro para solucionar problemas de saúde, independentemente, de sua gravidade. Dessa forma, se acumulam nos serviços, usuários com problemas de saúde não urgentes, que poderiam ser resolvidos em outros níveis de atenção. Esse fator de procura pelos serviços de urgência pode ser justificado pela demora no agendamento das consultas na atenção primária, demora na obtenção de atendimento e falta de médicos. Para o usuário, o tempo de espera nos serviços de urgência não importa tanto quando existe a certeza do atendimento, o que é contrário à sensação de incerteza nos serviços de atenção primária^{6,9,14}.

Portanto se observa que a procura pelo atendimento, como a utilização dos serviços de urgência, são resultantes de uma multiplicidade de fatores preexistentes, contextuais e relativos tanto ao usuário quanto ao serviço, independentemente, de ser setor público ou particular. Nas situações de urgência, a escolha do indivíduo sobre qual local irá buscar assistência tem relação com sua percepção de saúde, conhecimento na oferta dos serviços e a organização do sistema para receber o usuário e resolver seu problema. Assim, os serviços de urgência se tornaram locais convenientes às pessoas que necessitam de resposta a algum dano de saúde, sendo esse urgente ou não^{6,8,14,20}.

2.2.2 Principais urgências e emergências

O setor público brasileiro é o principal financiador das internações hospitalares. Com as variações regionais, de 70% a 80% dessas internações se apresentam financiadas pelo SUS²¹.

Dos diagnósticos de admissão, nas unidades de urgência, são divididos em cardiovascular, cerebrovascular, pulmonar, tumores, distúrbios metabólicos e gastrointestinais e intoxicações exógenas²².

No caso de doenças cardiovasculares se pode citar, insuficiência cardíaca congestiva, edema agudo de pulmão, arritmia, infarto agudo do miocárdio, angina instável, endocardite e fibrilação atrial. Para cerebrovasculares: acidente vascular encefálico, aneurisma, edema cerebral e vasculopatias. Doenças pulmonares: doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, pneumonia, bronquite e embolia pulmonar. Além de tumores (mama, amígdala, orofaringe, pulmão, esôfago, estômago, vias biliares, bexiga, próstata, cólon de reto, pâncreas, colo de útero), metabólico (diabete descompensada), gastrointestinal (enterorragia e isquemia mesentérica) e intoxicação exógena por medicamentos^{1,9,22,23}.

Em relação às hipóteses diagnósticas, Ogawa *et al.*²⁴ encontraram maior incidência de precordialgia/infarto do miocárdio, seguido de insuficiência cardíaca congestiva descompensada, enquanto que Taquary *et al.*²³ apontaram crise asmática e pneumonia pediátrica entre as maiores incidências. Essa diferença pode se justificar ao se analisar os fatores preexistentes.

Os resultados dos dados mostrados por Brasil¹⁵ revelam que é necessário um planejamento de intervenções que visem prevenção de doenças e internações hospitalares, a fim de diminuir as comorbidades, o início de tratamentos precoces para que se diminuam os agravos e se promova a saúde da população²⁵.

2.2.3 A fisioterapia e a legislação vigente

Um trauma determina consequências importantes nos âmbitos sociais e econômicos, pois suas lesões decorrentes podem ocasionar a morte, a incapacidade temporária ou permanente do paciente, comprometendo sua qualidade de vida. De acordo com o Corpo de Bombeiros, são registradas cerca de 1.400 ocorrências por mês - desde acidentes de trânsito, a engasgo, convulsão, quedas, tentativa de suicídio, agressão, ferimento por arma branca, ferimento por arma de fogo, choque elétrico, acidente desportivo. Em relação às lesões, podem ser citadas escoriações leves, luxações, dispneia, dormência, edema, hemorragia, corte contuso, queimaduras, traumatismos, síncope, parada cardiorrespiratória, fratura e trauma cranioencefálico^{10,26}.

Segundo Schinetzler e Mota²⁷, existe predisposição de 70% dos futuros profissionais fisioterapeutas a trabalharem com emergências e uma boa aceitabilidade, por parte da equipe do Corpo de Bombeiros, desta ação conjunta. Entretanto, segundo o PMSB – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo⁷ avalia que para um atendimento eficaz e seguro para a população nas situações de emergências, os profissionais necessitam de manutenção das capacitações, contínua melhoria e aprofundamento dos conceitos técnicos e científicos^{11,28}.

Acrescentar evidências de pesquisa para a prática clínica é um dos principais objetivos de existirem estudos que sintetizam a literatura. Bons trabalhos são recursos importantes ante o crescimento acelerado de informações – assim auxiliando profissionais no seu cotidiano^{11,28,29}.

Historicamente, a Constituição da República de 1891 determinou aos Estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento. Na década de 1920/1930 nasce a Previdência Social no Brasil. Já na década de 1960/1970 houve as crises, reforma e consolidação da rede privada em saúde. Na década de 1980, precisamente no ano de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, constando um relatório^{5,30}.

As diretrizes dessa Conferência de 1986 ganharam forma de lei na Constituição Federal Brasileira de 1988 e, em conjunto com a Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) transformaram-se em

estrutura jurídico-legal a serem seguidos com o detalhamento da organização, estruturação e dos princípios para a elaboração do SUS - definido pelo artigo 198^{5,15,31}.

A Fisioterapia como profissão nasceu em meados do século XX, quando as duas Guerras Mundiais causaram um grande número de lesões e ferimentos graves que necessitavam de uma abordagem de reabilitação para reinserir as pessoas afetadas novamente em uma vida ativa. No Brasil, a Fisioterapia se iniciou dentro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1929, mas foi só em 1951 que foi criado o primeiro curso para formação de fisioterapeutas, na época, sendo esses denominados técnicos, com curso de duração de um ano. Em 1959 foi criada a Associação Brasileira de Fisioterapeutas - ABF, que se filiou a World Confederation for Physical Therapy - WCPT, cujo objetivo era buscar o amparo técnico-científico e sociocultural para o desenvolvimento da profissão. Somente no dia 13 de outubro de 1969, a profissão adquiriu seus direitos, por meio do Decreto-lei nº 938/69, no qual a Fisioterapia foi reconhecida como um curso de nível superior e definitivamente regulamentada^{12,32}.

Segundo Ogawa *et al.*²⁴, a Fisioterapia em setores de emergência ainda é pequeno, porém existe uma grande demanda de pacientes com problemas respiratórios e cardiovasculares graves que podem se beneficiar. Entretanto, como é uma fase de crescimento da profissão, são escassas as portarias e normas delimitando e incluindo suas funções dentro do SUS².

O COFFITO é órgão responsável por regulamentar o exercício das profissões de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e, de acordo com a Constituição Federal - Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, em seu artigo 5º, inciso XIII expressa que: “É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”³¹.

Nesta perspectiva da legislação do exercício de fisioterapia, não existe resolução específica sobre atuação do profissional em Pronto Socorro, porém se faz referência as resoluções do Coffito em que se definem as ações privativas do Fisioterapeuta^{2,20,33-35}.

2.2.4 Função do fisioterapeuta no pronto socorro

A entrada da fisioterapia nas equipes de urgência e emergência é recente nos hospitais brasileiros. O objetivo principal do atendimento é dar suporte eficiente e rápido para as disfunções cardíacas e respiratórias, principalmente, nas primeiras horas de internação, evitando assim um possível agravamento do quadro do clínico do paciente^{36,37}.

O início do atendimento, o quanto antes ocorrer, é crucial ao tratamento e na melhora dos resultados em longo prazo. Quando os vários aspectos da fisioterapia são introduzidos como parte dos cuidados desde o primeiro dia, eles se tornam parte da rotina da equipe e assim, mais fácil de seguir em uma fase posterior. A definir, as fases são a entrada do paciente na unidade de emergência e desenvolvimento no pronto socorro

e posterior, as fases de internação e alta hospitalar^{38,39}.

Segundo o estudo de Gonçalves²², o perfil dos pacientes atendidos pela fisioterapia é constituído por idosos, sem predominância de gêneros. Sendo as hipóteses diagnósticas em sua maioria de doenças pulmonares, seguidas por doenças cardiovasculares e em outros casos, doenças traumatológicas, distúrbios metabólicos, gastrointestinais, tumores e intoxicações exógenas. De acordo com Ogawa *et al.*²⁴ dos diagnósticos iniciais, o mais frequente foi precordialgia, seguido por ICC descompensada, arritmia, crise hipertensiva, parada cardiorrespiratória, aneurisma de aorta, pericardite e secção de aorta. Já em relação aos diagnósticos relacionados às doenças pulmonares, o mais frequente foi pneumonia, seguido por sepse de foco pulmonar, DPOC exacerbado, insuficiência respiratória, crise asmática, edema agudo pulmonar, pneumotórax, hipertensão pulmonar, obstrução de traqueostomia, derrame pleural, empiema e bronquite. Ainda, neste estudo, 57% dos pacientes realizaram fisioterapia, e dos outros 43% que ficaram/ficariam em observação, cinco chegaram em parada cardiorrespiratória e evoluíram a óbito.

Cabe destacar, ainda, que o papel do Fisioterapeuta é bem diverso em âmbito de um Pronto Socorro, seja em cuidados com a admissão, avaliação e evolução diária no prontuário; Domínio na leitura de exames laboratoriais, radiografias de tórax, tomografia computadorizada, eletrocardiogramas, gasometrias, dentre outros; Abordagem ao paciente crítico: da analgesia à ressuscitação cardiopulmonar; Utilização de recursos práticos/técnicos como as principais fórmulas e cálculos; Compreensão e adequada atuação na ventilação mecânica; Amplo conhecimento das principais patologias e a melhor conduta dentro das possibilidades existentes^{40,41}.

Na especificidade do setor, o fisioterapeuta participa da equipe multidisciplinar, atendendo pacientes que apresentam insuficiência respiratória aguda em decorrência de várias patologias. Além disso, promove uma melhora funcional dos pacientes lá internados, contribuindo para o restabelecimento do seu quadro clínico. Uma das principais atribuições do profissional, no setor, é auxiliar na utilização da ventilação não invasiva; ajustes ventilatórios em reabilitação mecânica; monitoramento geral do paciente; manobras de recrutamento alveolar e manobras de expansão pulmonar, dentre outras^{42,43}.

Para facilitar a abordagem do profissional, pode-se segmentar o atendimento de acordo com os setores que o pronto socorro possui, desde a unidade de emergência até o setor de observação. Assim, melhor esclarecendo, o profissional pode ser requerido nos casos em que o paciente precise de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, cuidados com as vias aéreas durante a parada cardiorrespiratória, de auxílio a equipe até a estabilização do paciente – em unidade de emergência. Já em unidades de internação/observação, na qual os pacientes aguardam cirurgias, término de medicação e transferência para outros setores especializados em sua doença, além de pacientes com patologias crônicas, cuidados paliativos precisam de uma abordagem mais clássica^{4,44}.

Em síntese, segundo Fukujima *et al.*⁴⁴, pode-se realizar uma triagem dos pacientes com necessidades de atendimento fisioterapêutico dentro de unidade de Pronto Socorro. Assim, aqueles que não precisam de assistência – naquele momento, devem ser monitorados hemodinamicamente, respiratória, neurológica e ter sua avaliação diária do quadro clínico. Já com os pacientes, que precisam de atendimento, se deve ter a identificação de intercorrência ou necessidade de assistência especializada e/ou orientações a serem realizadas.

Por fim, como condutas para o profissional, pode-se definir: Monitorização, Auxílio na Intubação Orotraqueal - IOT, Ressuscitação Cardiopulmonar - RCP, Ventilação Mecânica Invasiva / Não Invasiva, Transporte, Cinesioterapia, Ortostatismo / Sedestação, auxílio para a equipe de enfermagem nas trocas posturais, auxílio para a equipe de fonoaudiologia na evolução de paciente traqueostomizado, desmame ventilatório, treinamento muscular e orientações⁴⁵⁻⁴⁷.

Entretanto, mesmo com sua atuação, segundo Jesudason *et al.*⁴⁸, o serviço de fisioterapia não diminui a taxa de admissão hospitalar e, de acordo com Kilner⁴⁰, não existem provas suficientes para apoiar os benefícios de um serviço de fisioterapia na emergência, apesar de um controle melhor de quadro álgico e redução no curto prazo de internação no pronto socorro.

3 Conclusão

Considerando que é uma ciência em construção, os paradigmas da profissão se encontram abertos e em franca evolução, sempre em busca de mais conhecimento científico, revertendo-o em prol da comunidade.

A inserção do fisioterapeuta nas unidades de urgência e emergência é recente, entretanto, são escassas as pesquisas envolvendo esse novo campo de atuação. Diante disso, é de se propor maiores estudos para avaliar o impacto da atuação desse profissional neste setor.

Perante estes dados, é de extrema importância que os profissionais, que irão atuar neste novo campo, busquem uma constante atualização técnica e científica, tendo em vista a vasta área que este campo compreende e, o reconhecimento da importância do trabalho em equipe para maior segurança na abordagem, um atendimento eficaz e seguro à população nas situações emergenciais.

Referências

- Cardoso B, JP II destaca atuação dos fisioterapeutas na unidade. Rondônia: Secretaria de Estado da Saúde; 2013. [acesso em maio 2017]. Disponível em <http://www.sesau.ro.gov.br/?p=4005>.
- COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. [acesso em maio 2017]. Disponível em <http://www.coffito.org.br/site/index.php/resolucoes/2014-04-14-21-04-07.html>.
- Gill SD, Stella J. Implementation and performance evaluation of an emergency department primary practitioner physiotherapy service for patients with musculoskeletal conditions. *Emerg Med Australas* 2013;25(6):558-64. doi: 10.1111/1742-6723.12134.
- Laranjeira LN, Regenga MM, Corrêa DCT, Guimarães HP. Guia de urgência e emergência para fisioterapia. São Paulo: Atheneu; 2011.
- Rocha JSY. Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil. São Paulo: Atheneu; 2012.
- Lima KWS. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. 2013. Dissertação [Mestrado em Serviço de Saúde Pública] – Universidade de São Paulo; 2013.
- São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Gestão de Pessoas, do Trabalho e Educação em Saúde. Capacitação em urgência e emergência na atenção básica da coordenadoria regional de saúde: Sudeste do Município de São Paulo. São Paulo: SMSSP; 2015.
- Acosta AM. Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca por atendimento. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
- Silva GMA, Faria GL, Maciel MA. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no pronto-socorro de queimaduras de Goiânia. *Rev Bras Queimaduras* 2014;13(3):173-8.
- Anaf S, Lorraine A. Physiotherapy as a clinical service in emergency departments: a narrative review. *Sheppard Physiother* 2007;93(4):243-52.
- Carvalho CRR, Toufen Júnior CT, Franca AS. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *J Bras Pneumol* 2007;33:54-70.
- Praestgaard J, Gard G. Ethical issues in physiotherapy: reflected from the perspective of physiotherapists in private practice. *Physiother Theory Pract* 2013;29(2):96-112.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: MS; 2011.
- Silva SM, Ramos MZ. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. *Physis* 2014;24(3):693-741. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300003>.
- Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: MS; 2013.
- Belon AP, Silveira NYJ, Barros MB, Baldo C, Silva MMA. Atendimentos de emergência a vítimas de violências e acidentes: diferenças no perfil epidemiológico entre o setor público e o privado. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(9):2279-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900010>
- PAHO - Pan American Health Organization. Información y análisis de salud: situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2009. Washington: PAHO; 2009.
- Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet* 2011;6736(11):75-89. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60053-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60053-6)

19. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004;20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
20. Victorelli G, Ramacciato JC, Andrade ED, Ranali J, Motta RHL. Suporte básico de vida e ressuscitação cardiopulmonar em adultos, conceitos atuais e novas recomendações. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2013;67(2):124-8.
21. Melo ECP, Travassos C, Carvalho MS. Qualidade dos dados sobre óbitos por infarto agudo do miocárdio. *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):385-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000300008>
22. Gonçalves, ACS; Perfil clínico dos pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia na unidade de urgência e emergência de um hospital público de Minas Gerais. *ASSOBRAFIR Ciênc* 2014;5(3):55-62.
23. Taquary SAS, Ataíde DS, Vitorino PVO. Perfil clínico e atuação fisioterapêutica em pacientes atendidos na emergência pediátrica de um hospital público de Goiás. *Fisioter Pesq* 2013;20(3):262-7.
24. Ogawa KYL, Frigeri LB, Diniz JS, Ferreira CAS. Intervenção fisioterapêutica nas emergências cardiorrespiratórias. *Mundo Saúde* 2009;33(4):457-66.
25. Ribeiro BGA, Martins JT, Bobroff MCC, Montezeli JH, Gomes ZG. Perfil epidemiológico de pacientes com distúrbios cardiovasculares atendidos no pronto socorro de um hospital universitário. *REAS* 2013;2(3):32-41.
26. Silva DP, Brito RC, Sandoval RA. Inserção do fisioterapeuta em uma equipe de primeiros socorros. *Rev Digital* 2009;13(129).
27. Schinetzler D, Mota ECL. Fisioterapia no apoio à equipe de bombeiros em grandes emergências. *Fisioter Bras* 2012;13(6):428-33.
28. Pispico A. O papel dos cursos de imersão (BLS, ACLS, PALS, SAVIC). *Rev Soc Cardiol* 2013;23(3):72-5.
29. Sampaio, RF; Mancini, MC; Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter* 2007;11(1):83-9.
30. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Relatório Final. Brasília: MS; 1987.
31. Brasil. Constituição Federal: Legislação Complementar Fundamental. Rio de Janeiro: América Jurídica; 2005.
32. CREFITO-3 – Conselho de Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região. [acesso em 20 maio 2016]. Disponível em <http://www.crefito3.org.br/dsn/fisioterapia.asp>
33. Kempson SM. Physiotherapy in an accident and emergency department. *Accid Emerg Nurs* 1996;4(4):198-202.
34. Tadini R. Fisioterapia Intensiva na Parada Cardiorrespiratória. [acesso em 10 maio 2017]. Disponível em <http://www.sobrati.com.br/trabalho2-jan-2004.htm>.
35. Templeton M, Palazzo MGA. Chest physiotherapy prolongs duration of ventilation in the critically ill ventilated for more than 48 hours. *Intensive Care Med* 2007;33(11):1938-45.
36. Piccoli A, Werle RW, Kutchak F, Rieder MM. Indicações para Inserção do Profissional Fisioterapeuta em uma Unidade de Emergência. *ASSOBRAFIR Ciênc* 2013;4(1):33-41.
37. Taylor NF, Norman E, Roddy L, Tang C, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiother* 2011;97(2):107-14.
38. Cardoso, EK; Fernandes, AM; Rieder, M de M; Atuação da fisioterapia às vítimas da boate kiss a experiência de um Hospital de Pronto-Socorro. *Rev Bras Queimaduras* 2014;13(3):136-41.
39. Mcclellan, CM; Greenwood, R; Bengler, JR; Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. *Emerg Med J* 2006;23(5):384-7.
40. Kilner E. What evidence is there that a physiotherapy service in the emergency department improves health outcomes? A systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2011;16(1):51-8.
41. Pereira EC, Sandri P, Guimarães HP. Manual prático de fisioterapia no pronto-socorro e UTI. São Paulo: Atheneu; 2014.
42. Grchy A, Granger C, Gorelik A. Physical therapists as primary practitioners in the emergency department. *Phys Ther* 2015;95(9):1207-16. doi: [10.2522/ptj.20130552](https://doi.org/10.2522/ptj.20130552).
43. Griffiths JR, Bearder L, Currie S. Referrals to acute physiotherapy from the emergency department: na audit. *Emerg Med J* 2013;30(5):428-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2012-201478>
44. Fukujima MM, Franco SRDA, Monteiro ÉS, Prado GF. Atualização em fisioterapia na emergência. São Paulo: UNFESP; 2009.
45. Mcdnnell DF, Czuppon S, Deusinger SS, Deusinger R. Physical Therapy in the emergency department, development of a novel practice venue. *Phys Ther J* 2010;90(3):420-6.
46. Farrell SF. Can physiotherapists contribute to care in the emergency department?. *Australas Med J* 2014;7(7):315-7. doi: [10.4066/AMJ.2014.2183](https://doi.org/10.4066/AMJ.2014.2183)
47. Szmuk P, Ezri T, Evron S, Roth Y, Katz J. A brief history of tracheostomy and tracheal intubation, from the Bronze Age to the Space Age. *Intensive Care Med* 2008;34(2):222-8.
48. Jesudason C, Stiller K, Mcinnes M, Sullivan T. A physiotherapy service to an emergency extended care unit does not decrease admission rates to hospital: a randomised trial. *Emerg Med J* 2012;29(8):664-9. doi: [10.1136/emermed-2011-200157](https://doi.org/10.1136/emermed-2011-200157).