

Perfil das pessoas idosas atendidas em um pronto socorro de trauma e abordagem fisioterapêutica

Profile of elderly people treated in a trauma emergency room and physiotherapeutic approach

Caik Cordeiro de Macedo^{1*} ; Maria Cristina Nunes de Melo¹ ;
Ludmilla Diniz Oliveira Andrade¹ 

Resumo

Introdução: Os prontos socorros são locais de referência no atendimento imediato, funcionam com equipe multiprofissional, incluindo fisioterapeutas. Esses locais recebem variados pacientes, contudo, têm se notado nos últimos anos um aumento no atendimento de pessoas idosas. **Objetivo:** Avaliar o perfil das pessoas idosas atendidas pela Fisioterapia em um pronto socorro de trauma e identificar as condutas fisioterapêuticas prestadas. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional descritivo, realizado na sala de politrauma do Hospital João XXIII, em Belo Horizonte, entre janeiro e dezembro de 2022. Foram analisados os diagnósticos, as condutas e o número de atendimentos fisioterapêuticos, além da idade, gênero, raça, cidade de origem, mecanismo do trauma, via aérea de admissão, complicações, tempo de permanência e desfechos dos pacientes. Para verificar a associação entre mecanismo de trauma e idade utilizou-se a análise de regressão logística univariada. **Resultados:** Neste período foram atendidos 171 pacientes, sendo 66% do gênero masculino com média de idade de 74 anos. A maioria sofreu apenas um trauma (75,4%), enquanto os demais sofreram politraumas (24,6%). Do total, 42 foram admitidos intubados, e os principais diagnósticos estavam associados às condições traumáticas neurológicas (73%) e ao trauma torácico (15,2%), desencadeados principalmente por quedas. As condutas fisioterapêuticas mais implementadas nesse contexto foram: vigilância contínua (100%), manobras de Fisioterapia respiratória (93%) e oxigenoterapia (71%). **Conclusão:** Dentre as pessoas idosas vítimas de traumas, os principais diagnósticos foram as condições traumáticas neurológicas e o trauma torácico. Baseado nas demandas clínico-funcionais que os pacientes apresentaram, as condutas fisioterapêuticas foram principalmente vigilância contínua e condutas respiratórias.

Palavras-chave: Fisioterapia; Emergências; Traumatismo Múltiplo; Pessoa idosa.

Abstract

Background: Emergency rooms are reference points for immediate care and operate with a multidisciplinary team, including physiotherapists. These places receive a variety of patients; however, in recent years, there has been an increase in the care of elderly people. **Aim:** To evaluate the profile of elderly people treated by physiotherapy in a trauma emergency room and to identify the physiotherapeutic procedures provided. **Methods:** This is a descriptive observational study, carried out in the polytrauma room of Hospital João XXIII, in Belo Horizonte, between January and December 2022. The diagnoses, procedures and number of physiotherapy treatments were analyzed, in addition to age, gender, race, city of origin, trauma mechanism, admission airway, complications, length of stay and patient outcomes. To verify the association between trauma mechanism and age, univariate logistic regression analysis was used. **Results:** During this period, 171 patients were treated, 66% of whom were male, with a mean age of 74 years. Most suffered only one trauma (75.4%), while the others suffered multiple traumas (24.6%). Of the total, 42 were admitted intubated, and the main diagnoses were associated with neurological traumatic conditions (73%) and thoracic trauma (15.2%), mainly triggered by falls. The most implemented physiotherapeutic procedures in this context were: continuous surveillance (100%), respiratory physiotherapy maneuvers (93%) and oxygen therapy (71%). **Conclusion:** Among the elderly victims of trauma, the main diagnoses were neurological traumatic conditions and thoracic trauma. Based on the

¹Hospital João XXIII, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Como citar: Macedo CC, Melo MCN, Andrade LDO. Perfil das pessoas idosas atendidas em um pronto socorro de trauma e abordagem fisioterapêutica. Brazilian Journal of Respiratory, Cardiovascular and Critical Care Physiotherapy. 2024;15:e00302024. <https://doi.org/10.47066/2966-4837.2024.0006pt>

Submissão em: Maio 13, 2024
Aceito em: Novembro 05, 2024

Estudo realizado em: Hospital João XXIII, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Aprovação ética: CAAE: 70254323.7.0000.5119 da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, nº 5119.

***Autor correspondente:**
Caik Cordeiro de Macedo.
E-mail: cccaik104@gmail.com



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) e distribuído sob a licença Creative Commons Attribution NonCommercial ShareAlike License, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado e de forma que não indique endosso ao trabalho feito. Adicionalmente, qualquer trabalho derivado deverá ser publicado sob a mesma licença.



clinical-functional demands that the patients presented, the physiotherapeutic procedures were mainly continuous surveillance and respiratory procedures.

Keywords: Physical Therapy; Emergencies; Multiple Trauma; Elderly person.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é estruturado por diferentes níveis de atenção, com vistas a atender às demandas da população¹. Dentre as instituições que são consideradas como porta de entrada do sistema de saúde, as unidades de Pronto Socorro (PS) possuem um papel importante na assistência à saúde².

Esses locais são referência no atendimento a pessoas com risco de vida que demandam atendimento rápido³. A epidemiologia dos atendimentos no PS pode variar conforme a região, a idade e a especialidade de referência do PS, por isso, a literatura enfatiza a importância de uma equipe multidisciplinar atuante nesses setores³. O atendimento multidisciplinar tem mostrado melhores desfechos, principalmente em pacientes politraumatizados^{4,5}.

Dentre os profissionais que compõem as equipes no PS, destaca-se a inclusão dos fisioterapeutas⁶. Com uma formação abrangente em manejo respiratório e ventilatório, estão aptos a atuarem nos times de resposta rápida, sendo essa atuação apoiada pela *American Heart Association* (AHA) e pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)⁷⁻⁹.

Nesses espaços os fisioterapeutas possuem expertise para auxiliar na tomada de decisão clínica e na implementação de condutas para pacientes em situações críticas¹⁰. Os fisioterapeutas contribuem no manejo de pessoas com condições cardiorrespiratórias, no cuidado a pacientes politraumatizados e na atenção a pacientes com acometimentos musculoesqueléticos¹⁰⁻¹².

Embora o perfil de usuários seja variável, nota-se um aumento no número de pessoas idosas que têm buscado assistência nas unidades de PS¹³. Esse aspecto pode ser justificado pelo processo de envelhecimento populacional, que tem gerado desafios para o sistema de saúde¹³. Esse grupo etário está propenso a possuir uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis, que podem impactar diretamente na saúde e na funcionalidade desses indivíduos¹⁴⁻¹⁶.

Nesse contexto, considerando a inclusão do fisioterapeuta no PS, o envelhecimento populacional, a demanda em ascensão de pessoas idosas nessas unidades e a vulnerabilidade funcional e orgânica, que este grupo tende a possuir, torna-se importante estudar as variáveis envolvidas nas causas e nos desfechos relacionados ao atendimento fisioterapêutico as pessoas idosas na emergência de trauma. Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar o perfil das pessoas idosas atendidas pela Fisioterapia em um pronto socorro de trauma, bem como, identificar as condutas fisioterapêuticas prestadas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo, realizado na sala vermelha de trauma do Hospital João XXIII, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Nesta sala são admitidos pacientes vítimas de traumas e politraumas que apresentam alguma instabilidade clínica que exija vigilância e assistência contínua.

Participaram do estudo pessoas com 60 anos ou mais, que foram admitidas no período compreendido entre 01 janeiro a 31 dezembro de 2022, e que receberam atendimento da equipe de Fisioterapia na sala de politrauma. Foram excluídos os pacientes que tinham os dados insuficientes ou incompletos registrados no prontuário. Este estudo admitiu uma amostra por conveniência, ou seja, todos os pacientes admitidos no setor, não sendo realizado cálculo amostral.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG: (CAAE: 70254323.7.0000.5119). Havendo a dispensa da necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No decorrer deste estudo, todos os princípios da Resolução 466/12 que normatizam as pesquisas com seres vivos foram respeitados.

Como desfechos primários deste estudo foram considerados os diagnósticos na admissão e as condutas fisioterapêuticas prestadas. Como desfechos secundários foram avaliados: idade, gênero, raça/cor, cidade de origem, mecanismo do trauma, via aérea de admissão, complicações, tempo de permanência no PS, número de atendimentos fisioterapêuticos e desfechos hospitalar dos pacientes.

Os pesquisadores coletaram os dados no formulário de transferência de cuidados da equipe de Fisioterapia do setor. Informações adicionais foram pesquisadas no prontuário eletrônico do paciente. Os resultados foram tabulados em uma planilha de dados do Excel (Figura 1).

O software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics, versão 22.0, IBM, Armonk, NY, EUA) foi utilizado para as análises estatísticas. A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Análise descritiva foi expressa como média e desvio padrão ou mediana e intervalo de 95% (variáveis contínuas) e número absoluto e porcentagem (variáveis categóricas). O teste de qui-quadrado foi utilizado para verificar a relação entre o mecanismo de trauma e a idade. Nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

No período estudado a equipe de Fisioterapia da sala de politrauma do hospital João XXIII admitiu 180 pessoas

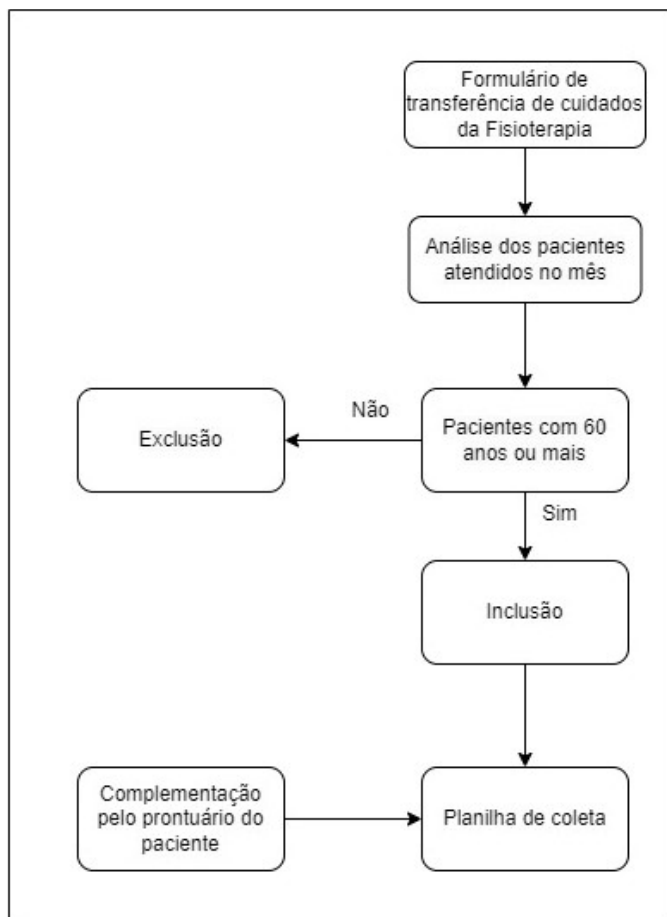


Figura 1. Fluxograma de captação dos pacientes

idosas. Dessas, 9 foram excluídos por ausência de informações. Dos 171 pacientes incluídos, a maioria eram do gênero masculino (66%). A idade dos pacientes variou de 60 anos a 103 anos, com uma média de 74,27 anos, sendo que a maior parte se encontrava na faixa etária dos 60-69 anos. Dos pacientes atendidos, 57% eram de Belo Horizonte, de cor parda (56%) e casados (41%) (Tabela 1).

Das 171 pessoas admitidas, algumas foram vítimas de politraumas, desse modo, 129 apresentaram apenas 1 diagnóstico na admissão, 40 pessoas apresentaram 2 diagnósticos e 2 pessoas apresentaram 3 diagnósticos concomitantes na admissão. No total, 126 pacientes foram admitidos sem via aérea artificial, 42 foram admitidos intubados, 2 traqueostomizados e 1 paciente foi admitido com cricotireoidostomia.

Diversas foram as causas de admissão desses pacientes, sendo as condições traumáticas neurológicas muito prevalentes (125 pacientes), com destaque para o traumatismo cranioencefálico (TCE) com 110 casos (64,3%) e o trauma raquimedular (TRM) com 24 casos (14%), 9 pacientes tiveram ambos os diagnósticos. O trauma torácico (TT) também foi uma condição que apresentou um número expressivo na população atendida, com 26 casos (15%); seguido pelas alterações clínicas no sistema respiratório, com 19 casos (11,1%) e

Tabela 1. Informações epidemiológicas.

Características	n. (%)
Gênero	
Masculino	114 (66,6%)
Feminino	57 (33,4%)
Faixa etária	
60-69 anos	68 (39,8%)
70-79 anos	48 (28%)
80-89 anos	40 (23,4%)
90 anos ou mais	15 (8,8%)
Cidade de origem	
Belo Horizonte	99 (57,9%)
Outras cidades	72 (42,1%)
Raça / Cor	
Parda	96 (56,2%)
Branca	54 (31,6%)
Preta	18 (10,5%)
Não relatou	3 (1,7%)
Estado civil	
Casado	71 (41,5%)
Solteiro	31 (18,1%)
Viúvo	17 (10%)
Divorciado	11 (6,4%)
União estável	4 (2,3%)
Não informado	37 (21,7%)

Número absoluto (n); percentual (%).

alterações neurológicas não traumáticas, com 15 casos (8,7%), vale a pena ressaltar que alguns pacientes estão categorizados em mais de um diagnóstico, por terem sofrido politrauma. Houveram 6 óbitos, desses, 5 pacientes foram diagnosticados com TCE e 1 paciente já se encontrava em cuidados paliativos, devido a uma condição degenerativa prévia.

Dentre os mecanismos de lesão que mais levaram as pessoas idosas a buscarem esta unidade, destaca-se: a queda da própria altura (38,5%), a queda de altura acima do solo (22,2%), acidentes de trânsito que envolveram motos e/ou carros (18,7%), condições clínicas (14%) e outras situações (6,6%). Dos pacientes politraumatizados, a maioria era vítima de queda de própria altura. E a maioria das quedas, tanto de própria altura como de altura acima do solo, ocorreram em homens.

Dos diagnósticos dessas condições traumáticas, as quedas, sejam elas de própria altura ou de altura acima do solo foram os principais mecanismos de lesão (Tabela 2).



Tabela 2. Associação entre os diagnósticos e os mecanismos de trauma.

Diagnóstico	Mecanismo de trauma	n (%)
Traumatismo Cranioencefálico (110)	1. Queda de própria altura	55 (50%)
	2. Queda de altura	26 (23,6%)
	3. Acidente automobilístico	13 (11,8%)
	4. Acidente motociclístico	9 (8,2%)
	5. Agressão física	4 (3,6%)
	6. Outros	3 (2,8%)
Trauma torácico (26)	1. Queda de altura	8 (30,8%)
	2. Queda de própria altura	7 (27%)
	3. Acidente automobilístico	6 (23%)
	4. Acidente motociclístico	3 (11,5%)
	5. Outros	2 (7,7%)
Traumatismo raquimedular (24)	1. Queda de altura	11 (45,8%)
	2. Queda de própria altura	7 (29%)
	3. Acidente automobilístico	4 (17%)
	4. Acidente motociclístico	1 (4,1%)
	5. Outros	1 (4,1%)
Doenças Respiratórias (19)	1. Causa clínica	8 (42,3%)
	2. Queda de própria altura	4 (21%)
	3. Queda de altura	4 (21%)
	4. Acidente automobilístico	2 (10,5%)
	5. Acidente motociclístico	1 (5,2%)
Doenças Neurológicas não traumáticas (15)	1. Causa clínica	15 (100%)
Fraturas de membros (7)	1. Queda de própria altura	5 (71,4%)
	2. Acidente motociclístico	2 (28,6%)
Doenças gastrointestinais (4)	1. Causa clínica	4 (100%)
Doenças cardiovasculares (4)	1. Causa clínica	4 (100%)
Tentativa de autoextermínio (3)	1. Intoxicação medicamentosa	3 (100%)
Queimadura (2)	1. Acidente com chama direta	2 (100%)

Número absoluto (n); percentual (%).

E dentre os pacientes que sofreram TCE, notou-se que à medida que aumentava a idade, a queda de própria altura se tornava a principal causa, sendo este achado estatisticamente significativo, o que foi demonstrado pela análise de regressão logística univariada ($B= 0,89$, $p=0,000$). Contudo, a queda da própria altura em pacientes muito idosos (>80 anos) não aumentou as chances de intercorrências no pronto socorro (OR 0,77, IC 95% 0,34 – 1,74, $p=0,53$).

O tempo de permanência no setor de emergência teve uma mediana de 3 dias (1 – 19 dias). Os principais destinos dos pacientes eram a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (52,6%), Unidade de Internação (UI) (24%) e alta para casa (10,5%) e outros locais (12,9%). Dos pacientes que foram transferidos à UTI, grande parte tinha como diagnóstico doenças neurológicas secundárias ao trauma (Tabela 3). Enquanto permaneceram na emergência, cada paciente recebeu em média 4,3 atendimentos de Fisioterapia, variando de 1 a 26 atendimentos. Contudo, os pacientes que apresentaram alguma intercorrência receberam uma quantidade significativamente maior de atendimentos.

Das condutas desenvolvidas pelos fisioterapeutas, destaca-se: monitorização e vigilância respiratória e neurológica (100% dos pacientes); exercícios e manobras manuais e instrumentais de Fisioterapia respiratória (92% dos pacientes); titulação de oxigenoterapia (71% dos pacientes); terapias de remoção de secreção das vias aéreas (54% dos pacientes); manejo da ventilação mecânica invasiva (43% dos pacientes); assistência em intercorrências como: intubações e parada cardiorrespiratórias (21%); reabilitação funcional (12,2%); extubação (5,2% dos pacientes) e VNI (3,5%) (Figura 2).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que das pessoas idosas atendidas pela Fisioterapia na sala de politrauma, a maioria era do gênero masculino, de cor parda e casados. Por se tratar de uma unidade referência no atendimento de pacientes politraumatizados, muitos apresentaram mais de um diagnóstico no momento da admissão. A maioria dos pacientes permaneceram internados na emergência de 1 a 19 dias. As principais condutas fisioterapêuticas desenvolvidas foram: vigilância neurológica e respiratória, e manobras de Fisioterapia respiratória.

Considerando o perfil de atendimentos que a unidade oferece, a literatura justifica o número elevado de pacientes que foram admitidos com algum tipo de via aérea avançada (VAA). Tendo em vista que lesões traumáticas podem culminar em alteração na patência das vias aéreas e na falha da oxigenação, sendo assim, a instauração de uma VAA pode melhorar os desfechos do paciente¹⁷.

Assim como em outros estudos, os resultados deste trabalho exibem dados semelhantes ao apontar os



Tabela 3. Associação entre o diagnóstico e o destino do paciente.

Diagnóstico (n)	Destino n(%)						
	Casa	BC	CTI	UI	TIH	Óbito	Outros
Traumatismo cranioencefálico (110)	8 (7%)	3 (2,7%)	69 (63%)	23 (21%)	1 (0,9%)	5 (4,5%)	1 (0,9%)
Trauma torácico (26)	6 (23%)	1 (4%)	11 (42%)	7 (27%)	1 (4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Traumatismo raquimedular (24)	2 (8,1%)	5 (21%)	7 (29,2%)	9 (37,5%)	1 (4,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Doenças respiratórias (19)	3 (15,8%)	1 (5,2%)	8 (42,2%)	6 (31,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (5,2%)
Doenças neurológicas não traumáticas (15)	2 (13,4%)	0 (0,0%)	5 (33,3%)	2 (13,4%)	5 (33,3%)	1 (6,6%)	0 (0,0%)
Traumas ortopédicos (7)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (57,2%)	2 (28,5%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Doenças gastrointestinais (4)	1 (25%)	0 (0,0%)	2 (50%)	1 (25%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Doenças cardiovasculares (4)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Intoxicações (2)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Queimaduras (2)	0 (0,0%)	1 (50%)	0 (0,0%)	1 (50%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Legendas: Bloco cirúrgico (BC); Centro de Terapia Intensiva (CTI); Unidade de Internação (UI); Transferência inter-hospitalar (TIH); Número absoluto (n); percentual (%).

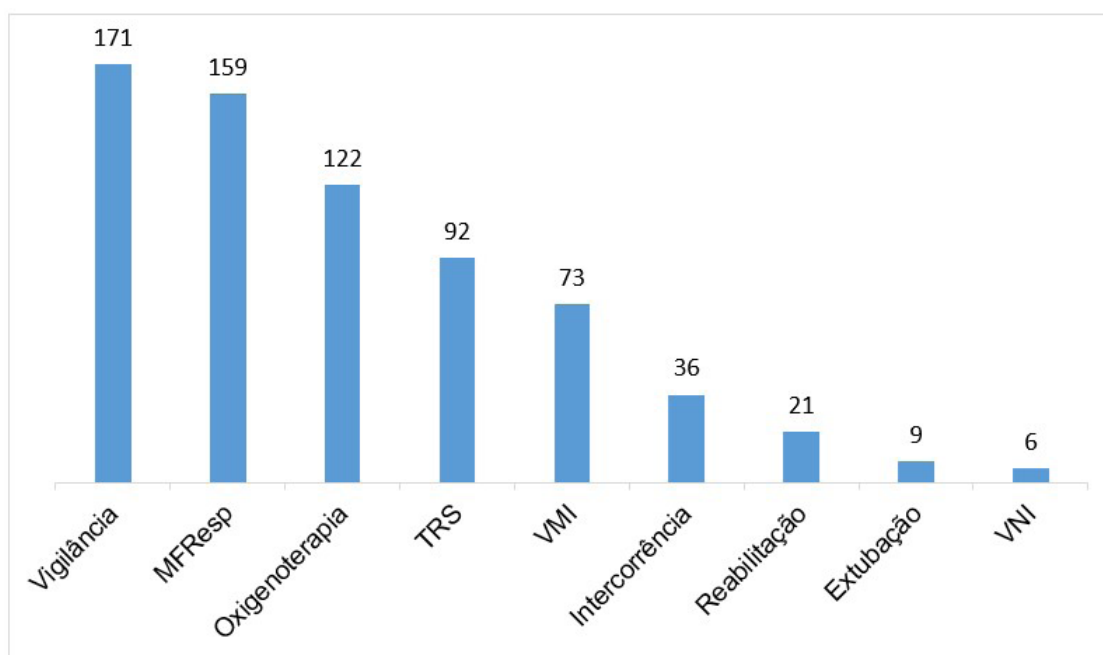


Figura 2. Conduções da Fisioterapia em um Pronto Socorro de trauma

Manobras de Fisioterapia respiratória (MFRResp); Terapia de remoção de secreção (TRS), Ventilação mecânica invasiva (VMI); Ventilação mecânica não invasiva (VNI).

principais diagnósticos associados ao trauma, sendo as condições traumáticas neurológicas e o trauma torácico diagnósticos comuns em pacientes vítimas de trauma^{18,19}. Estes achados também corroboram com a literatura ao apontar o TCE como uma das principais causas de óbitos registrados em pessoas idosas vítimas de traumas²⁰.

Com relação aos mecanismos de lesão, outras evidências também tiveram achados semelhantes, apontando para as quedas, sejam elas de própria altura ou de alturas acima do solo, como um dos principais

agentes causadores de traumas e de politraumas em pessoas idosas, principalmente do sexo masculino²¹. A literatura associa a incidência elevada de quedas nesta população, devido ao comprometimento funcional e a presença de comorbidades^{22,23}. Em paralelo às quedas, os acidentes de trânsito são mecanismos que ocorrem frequentemente em pessoas idosas, e estão associados com uma morbimortalidade elevada²⁰.

Dentre os fatores que podem piorar os indicadores de morbidade, a internação prolongada na emergência,



como observada em alguns pacientes deste estudo, pode contribuir de forma negativa na evolução do paciente, uma vez que esse ambiente facilita o declínio funcional e predispõe ao delirium^{24,25}.

Ainda que a necessidade de reduzir o tempo de permanência nas emergências seja um tema consolidado, evidências apontam o desafio dos sistemas de saúde para conseguir transferir os pacientes para setores adequados de internação, devido a superlotação dos hospitais, cenário próximo ao visualizado por este estudo²⁶. E em se tratando de pacientes vítimas de trauma, muitos requerem internação em UTI, principalmente pessoas idosas vítimas de lesões neurológicas, o que pode aumentar ainda mais o tempo de espera na sala de emergência^{27,28}.

Na fase de reanimação e estabilização, esses pacientes muitas vezes requerem assistência e vigilância multiprofissional devido à complexidade do quadro⁴. Considerando que muitos pacientes já chegaram com alguma VAA ou que necessitaram de uma VAA ainda na fase aguda, estudos e diretrizes como a do COFFITO e da AHA relatam que os fisioterapeutas são profissionais aptos a auxiliarem a equipe no manejo da via aérea e nos ajustes adequados da ventilação mecânica, seja ela invasiva ou não invasiva desde sua instituição até o seu desmame adequado⁷⁻¹⁰.

Para além do suporte ventilatório, as principais condutas que rotineiramente os pacientes vítimas de traumas e politraumas necessitaram e que os fisioterapeutas ofertaram nessa instituição, são condutas recomendadas por diversas diretrizes e baseadas em evidências^{7,10,29}. E no sentido de oferecer uma abordagem mais ampliada, a monitorização contínua e a reabilitação precoce tem sido ofertada de forma constante a esses pacientes, indo de encontro com o sexto elo da cadeia de sobrevivência da AHA, que se refere a recuperação³⁰.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que dentre as pessoas idosas vítimas de traumas, a maioria era do gênero masculino e foram vítimas de queda de própria altura. Os principais diagnósticos foram as condições traumáticas neurológicas e o trauma torácico. Baseado nas demandas clínico-funcionais que os pacientes apresentaram, as condutas fisioterapêuticas foram principalmente: vigilância, manobras de Fisioterapia respiratória, oxigenoterapia, terapia de remoção de secreção e manejo ventilatório.

Os resultados deste trabalho poderão auxiliar gestores e profissionais que atuam em PS referência no atendimento a vítimas de traumas, organizando os serviços e aprimorando a assistência às pessoas idosas.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Nada a declarar.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, pela disponibilização dos prontuários dos pacientes e aos fisioterapeutas que atuam no pronto socorro do Hospital João XXIII por auxiliarem na obtenção dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, De Negri A Fo, Medina MG. Regionalization and health networks. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1791-8. <http://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. PMID:29972487.
2. Ohara R, Melo MRAC, Laus AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5):749-54. <http://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500009>. PMID:21103767.
3. Paudel S, Dhungana S, Pokhrel N, Dhakal GR. Epidemiology of trauma patients presented at emergency Department of Trauma Center. *J Nepal Health Res Counc*. 2021;19(1):158-61. <http://doi.org/10.33314/jnhrc.v19i1.3425>. PMID:33934152.
4. Seuren LM, Stommel W, van Asselt D, Sir Ö, Stommel M, Schoon Y. Multidisciplinary meetings at the emergency department: a conversation-analytic study of decision-making. *Soc Sci Med*. 2019;242(1):112589. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112589>. PMID:31629160.
5. Silva KR, Luiz RMQ, Mello DS, Ribeiro RM, Martins SM, Faria SMC, et al. Trabalho em Equipe : reflexões dos gestores de serviços de urgência e emergência. *Rev Med Minas Gerais*. 2018;28(5):1-8.
6. Good DM. Emergency department physical therapy: an important tool for emergency physicians. *Acad Emerg Med*. 2021;28(8):936-7. <http://doi.org/10.1111/acem.14300>. PMID:34018283.
7. Oliveira MP Jr, Silva CC, Cunha SM, Cruz AGT, Campos PEJ, Maia GG, et al. The Professional Profile and the Physical Therapy Service in the Emergency Units in the State of São Paulo. *Open J Emerg Med*. 2021;9(4):150-61. <http://doi.org/10.4236/ojem.2021.94015>.
8. AHA: American Heart Association. American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;2015:S313-4.
9. COFFITO: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Reconhece a atuação do Fisioterapeuta na assistência à Saúde nas Unidades de Emergência e Urgência. Brasília, 2019.
10. Alves FS, Carvalho RG, Azevedo CM, Oliveira FB. Atuação do fisioterapeuta em urgência e emergência: uma análise de condutas em uma unidade de pronto atendimento. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2018;9(3):43-52.
11. Paz LP, Melo NM, Picharsky CC, Motter AA. Papel do fisioterapeuta em unidade de pronto atendimento e emergência. *Brazilian J Heal Rev*. 2019;2(4):3762-73. <http://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-137>.
12. Plummer L, Sridhar S, Beninato M, Parlman K. Physical therapist practice in the emergency department observation unit: Descriptive study. *Phys Ther*. 2015;95(2):249-56. <http://doi.org/10.2522/ptj.20140017>. PMID:25278339.



13. Ukkonen M, Jämsen E, Zeitlin R, Pauniahho SL. Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emerg Med.* 2019;19(1):20. <http://doi.org/10.1186/s12873-019-0236-3>. PMID:30813898.
14. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66(1):45-51. <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000149>.
15. Lima-Costa MF, Andrade FB, Souza PRB, et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. *Am J Epidemiol.* 2018;187(7):1345-53. <http://doi.org/10.1093/aje/kwx387>. PMID:29394304.
16. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Chronic non-communicable diseases and their implications in the life of dependent elderly people. *Cien Saude Colet.* 2021;26(1):77-88. <http://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>. PMID:33533865.
17. Crewdson K, Rehn M, Lockey D. Airway management in pre-hospital critical care: a review of the evidence for a “top five” research priority. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2018;26(1):89. <http://doi.org/10.1186/s13049-018-0556-4>. PMID:30342543.
18. Murabito LM, Visalli C, Pergolizzi FP, Famà F. original article Trauma in elderly patients : a study of prevalence, comorbidities. *G Chir.* 2018;39(1):35-40. <http://doi.org/10.11138/gchir/2018.39.1.035>. PMID:29549679.
19. Dogrul BN, Kiliccalan I, Asci ES, Peker SC. Blunt trauma related chest wall and pulmonary injuries: An overview. *Chin J Traumatol.* 2020;23(3):125-38. <http://doi.org/10.1016/j.cjtee.2020.04.003>. PMID:32417043.
20. Bağcı G, Kırıcı GS. A medicolegal evaluation of geriatric cases with traumatic injuries. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2023;29(1):59-67. PMID:36588512.
21. El Mestoui Z, Jalalzadeh H, Giannakopoulos GF, Zuidema WP. Incidence and etiology of mortality in polytrauma patients in a Dutch level I trauma center. *Eur J Emerg Med.* 2017;24(1):49-54. <http://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000293>. PMID:26225615.
22. Schellenberg M, Inaba K, Chen J, Bardes JM, Crow E, Lam L, et al. Falls in the bathroom: a mechanism of injury for all ages. *J Surg Res.* 2019;234(1):283-6. <http://doi.org/10.1016/j.jss.2018.09.044>. PMID:30527486.
23. Tiensoli SD, Santos ML, Moreira AD, Corrêa AR, Gomes FSL. Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(1):1-8. <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180285>.
24. Andrade LAS, Santos SP, Corpolato RC, Willig MH, Mantovani MDF, Aguilera AL. Cuidado do idoso no setor de emergência: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(2):249-60.
25. Pinheiro FGMS, Nascimento NGB, Jesus AA, Santos TS, Santana MAG, Silva WA, et al. Tempo de permanência prolongado na emergência associado à delirium em idosos: revisão sistemática. *Res Soc Dev.* 2022;11(1):e32511124966. <http://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24966>.
26. Rocha DO, Maraschin M, Tonini NS, Borges F, Cunha MA. Impacto da metodologia LEAN na permanência dos pacientes de um pronto socorro. *Cogitare Enferm.* 2021;26(1):e71970. <http://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71970>.
27. Koupak F, Lentsck MH, Bahls SP, Trincaus MR, Oliveira MDR. Internações hospitalares por trauma em uma unidade de terapia do Paraná. *Rev Científica Enferm.* 2021;11(36):564-74. <http://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.564-574>.
28. Lopes TF, Lima CVM, Feitosa ALM, Leite FHA Jr, Matias VMS, Freitas MC. Perfil de internação de idosos em terapia intensiva: traumas por causas externas. *Rev Políticas Públicas.* 2022;21(1):5-12. <http://doi.org/10.36925/sanare.v21i1.1599>.
29. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. 2011. Resolução nº 402/2011. Disciplina a Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União; Brasília; 2011.*
30. Lavonas EJ, Magid DJ, Aziz K, Berg KM, Cheng A, Hoover AV, et al. Destaques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association. *AHA.* 2020;1(1):1-32.