

Indicações para Inserção do Profissional Fisioterapeuta em uma Unidade de Emergência

Indications for the Physiotherapist Insertion in an Emergency Unit

PICCOLI, Alana¹
WERLE, Roberta Weber¹
KUTCHAK, Fernanda²
RIEDER, Marcelo de Mello²

Resumo

Introdução: O Fisioterapeuta, nas equipes das unidades de emergência, pode reestruturar o modelo de cuidado integral, favorecendo os atendimentos e tratamentos precoces de doenças. **Objetivos:** Avaliar as indicações para a inserção do Fisioterapeuta na emergência de um hospital público na cidade de Porto Alegre, RS. **Método:** Tratou-se de um estudo descritivo prospectivo, realizado em uma unidade de emergência. A amostra foi composta por pacientes críticos/potencialmente críticos admitidos na emergência, no período de maio a novembro de 2011. A coleta de dados foi realizada mediante a utilização de dados disponíveis no prontuário. **Resultados:** A amostra foi composta por 570 pacientes, 297(52,2%) do gênero feminino com média de idade de 63 (± 17) anos. Foi realizada internação na sala vermelha (urgência absoluta) e sala laranja (muito urgente) na admissão na emergência, respectivamente, 189(33,1%) e 381(66,8%) pacientes. Os diagnósticos cardiorrespiratórios foram encontrados em 311 (54,7%) pacientes. Necessitaram de oxigenioterapia, 174 (45,6%) pacientes da sala laranja e 49(25,9%) da sala vermelha. Ventilação mecânica invasiva foi realizada em 103(98%) pacientes da sala vermelha. A média de permanência dos pacientes nas salas laranja e vermelha foi de 5 dias, sendo que 247(65%) pacientes da sala laranja evoluíram com alta da emergência e 66(35%) pacientes da sala vermelha evoluíram para a unidade de terapia intensiva. **Conclusão:** A necessidade do Fisioterapeuta na unidade de emergência é justificada, devido ao grande número de pacientes possuírem diagnóstico cardiorrespiratório, necessitarem de oxigenioterapia, ventilação mecânica e permanecerem longo período na emergência. A inserção junto à equipe pode favorecer os atendimentos e tratamentos precoces das patologias, diminuindo, assim, o risco de piora na evolução do quadro clínico.

Palavras-chave: Medicina de emergência; Serviço hospitalar de fisioterapia; Pneumopatias; Unidade de Terapia Intensiva; Respiração artificial.

¹ Fisioterapeuta, especialista em Atenção ao Paciente Crítico pela Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), Porto Alegre, RS. E-mail: robertawwerle@hotmail.com

² Fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Cristo Redentor.

Abstract

Introduction: The Physiotherapist in teams of emergency units can restructure the model of integrated care favoring care and early treatment of disease. **Objectives:** To evaluate the indications for the Physiotherapist insertion in the emergence of a public hospital in the city of Porto Alegre, RS. **Methods:** This was a prospective descriptive study conducted in an emergency unit. The sample consisted of critical and potentially critical patients, who were admitted to the emergency, from May to November 2011. Data collection was performed using available data from medical records. **Results:** The sample comprised 570 patients, 297 (52.2%) were female with a mean age of 63 (\pm 17) years old. Hospitalization was conducted in the red room (extreme urgency) and orange room (very urgent) at admission to the emergency, 189 (33.1%) and 381 (66.8%) patients, respectively. The cardiorespiratory diagnoses were found in 311 (54,7%) patients. Oxygen therapy was required in 174 (45.6%) patients from orange room and 49 (25.9%) from red room. Invasive mechanical ventilation was performed in 103 (98%) patients from red room. The average length of stay of patients from both orange and red room was 5 days, and 247 (65%) patients progressed to medical discharge from emergency orange room and 66 (35%) patients progressed from red room to the intensive care unit. **Conclusion:** The need of the Physiotherapist in the emergency department is warranted due to the large number of patients with cardiopulmonary diagnoses, requiring mechanical ventilation, oxygen therapy and longer emergency stay. The integration with the team can promote care and early treatment of the diseases, decreasing the risk of worsening the progression of the disease.

Keywords: Emergency Medicine; Hospital Physical Therapy Department; Lung diseases; Intensive Care Units; Respiration artificial.

Introdução

O serviço de urgência e emergência é a porta de entrada do hospital para o paciente que apresenta alterações dos pontos de vista biológicos e físicos, causando risco de vida (1).

Tradicionalmente, a emergência consistia em unidade de tratamento prestado, principalmente, por médicos e enfermeiros treinados no cuidado do trauma agudo, doenças clínicas agudas ou exacerbação de doenças crônicas. As pessoas que não necessitavam ser admitidas no hospital, mas que requeriam o atendimento da Fisioterapia eram referenciadas para o serviço de Fisioterapia (2).

A atuação dos Fisioterapeutas, nas unidades de urgência e emergência dos hospitais, ainda não está consolidada ou definida nos modelos organizacionais de gestão. Porém, durante a última década, seguindo as tendências internacionais, principalmente, no Reino Unido e na Austrália, a discussão sobre a inserção dos Fisioterapeutas nas unidades de emergência tem promovido o questionamento e a investigação dos benefícios e dos espaços de atuação destes profissionais (3).

A Fisioterapia, que, por aspectos conceituais, surgiu como uma profissão exclusivamente reabilitadora de sequelas, evolui dentro do processo de reestruturação dos modelos de saúde no qual a atenção integral e a humanização do atendimento são preceitos fundamentais da assistência em saúde.

Em um estudo realizado em 2009, na Austrália, a maioria dos Fisioterapeutas relatou que uma barreira profissional para trabalhar na emergência foi a falta de consciência do seu papel por outros membros da equipe da unidade de emergência; estes, por sua vez, relataram que precisavam fazer alterações em suas práticas para resolver esta barreira profissional (2).

A percepção e conhecimento das competências Fisioterapêuticas, pelos usuários e pelos

próprios profissionais da saúde, relacionando a atuação e a reabilitação precoce das patologias, influenciam a gestão de recursos e a alocação dos profissionais.

Assim, objetivamos avaliar as indicações para, a inserção do profissional Fisioterapeuta em uma unidade de emergência de um hospital público na cidade de Porto Alegre.

Materias e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo prospectivo, realizado na Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição hospitalar pública, situada no município de Porto Alegre/RS. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, parecer número 11-086. A amostra foi composta por pacientes críticos ou potencialmente críticos, de ambos os gêneros, admitidos na emergência do HNSC e internados nas salas Vermelha e Laranja, emergência absoluta e muito urgente, respectivamente, segundo protocolo de Manchester, no período de maio a novembro de 2011. Foram excluídos os pacientes com prontuários incompletos e os que foram liberados após consulta médica.

Os pacientes admitidos e internados na emergência foram recrutados para o estudo. A coleta de dados foi realizada cinco vezes por semana (segunda a sexta), durante 3 horas diárias, no período da manhã ou da tarde, pelo preenchimento de uma ficha de avaliação composta de dados coletados do prontuário: dados pessoais, diagnóstico, reincidência, classificação de risco, evolução da emergência, tempo de permanência na emergência, necessidade de oxigenioterapia, intubação traqueal e assistência ventilatória (ventilação mecânica invasiva e não invasiva).

Foram considerados critérios para estabelecer a indicação do profissional Fisioterapeuta na emergência: pacientes com diagnóstico cardiopulmonar ou com risco potencial para desenvolver complicações respiratórias, principalmente pela utilização de suporte ventilatório mecânico invasivo ou não invasivo, oxigenioterapia e longo período de permanência na unidade.

Os pesquisadores permaneciam na sala de emergência, observando os pacientes que davam entrada no setor, preenchendo as fichas de avaliação. Os pacientes eram acompanhados diariamente até sua evolução da emergência (alta, óbito, transferência para enfermaria ou outro hospital e unidade de terapia intensiva). Os dados foram sempre atualizados na ficha de avaliação e colhidos somente quando pesquisador e paciente estavam presentes na sala de emergência.

A análise estatística descritiva das variáveis contínuas é apresentada com média e mediana e as variáveis categóricas com frequências absolutas e relativas.

Resultados

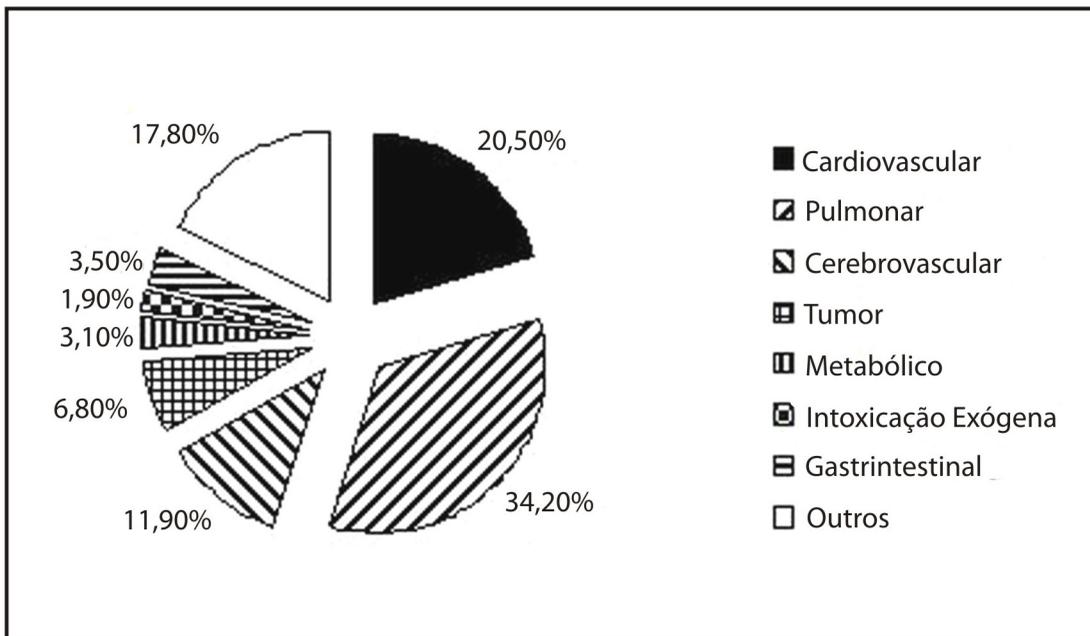
Foram avaliados 651 pacientes, sendo excluídos 81, por falta de informações no prontuário. Dos 570 pacientes avaliados, 297(52,2%) eram do gênero feminino e a média de idade foi de 63 (± 17) anos, variando entre 14 e 103 anos.

Necessitaram de internação na sala vermelha (urgência absoluta) e sala laranja (muito urgente) na admissão na emergência, respectivamente, 189(33,1%) e 381(66,8%) pacientes.

Os diagnósticos de admissão na emergência foram divididos em: Cardiovascular (insuficiência cardíaca congestiva, edema agudo de pulmão, arritmia, infarto agudo do miocárdio, angina instável, endocardite e fibrilação atrial), cerebrovascular (acidente vascular encefálico, aneurisma, edema

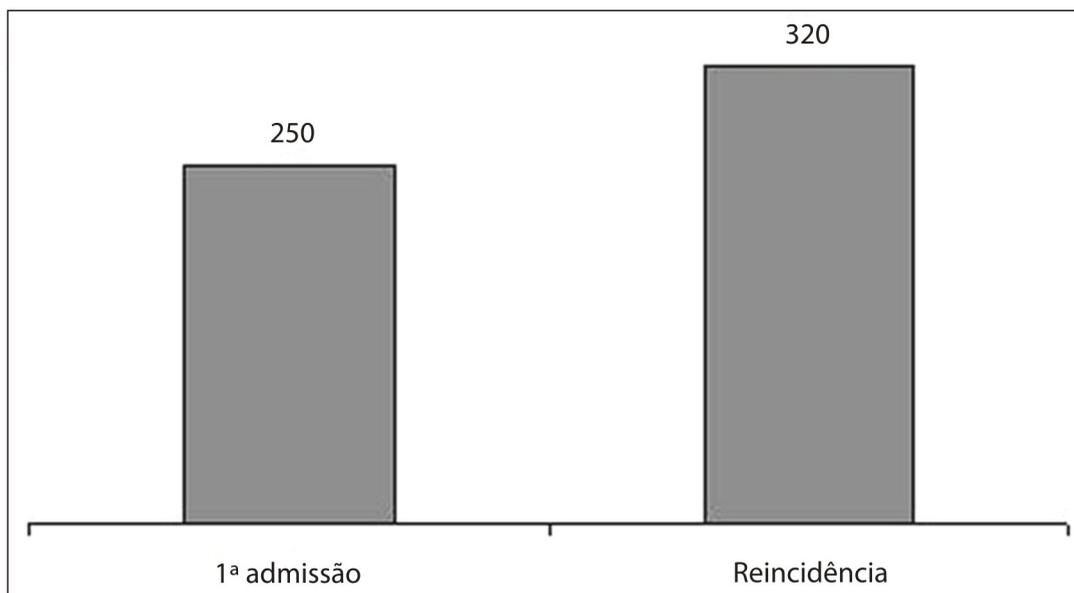
cerebral e vasculopatias), pulmonar (doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, pneumonia, bronquite e embolia pulmonar), tumor (mama, bexiga, esôfago, pâncreas, colo útero, próstata, orofaringe, laringe, cólon, reto, amígdala, estômago, pulmão, via biliar), metabólico (diabete descompensada), gastrointestinal (enterorragia e isquemia mesentérica) e intoxicação exógena por medicamentos.

Figura 1 | Divisão dos diagnósticos médicos na admissão na Emergência.



O gráfico 2 mostra a distribuição de pacientes que tiveram a primeira admissão na emergência e os que apresentaram duas ou mais admissões (reincidência).

Figura 2 | Número de pacientes que tiveram a primeira admissão e reincidência na emergência.



Dos 381 pacientes classificados como muito urgente e carentes de internação na sala laranja,

174(45,6%) necessitaram de oxigenioterapia, destes 129(74,1%) fizeram uso de cateter nasal, 31(17,8%) de máscara de Venturi e 14(8%) de óculos nasal. Necessitaram de intubação orotraqueal, 11(2,8%) pacientes, sendo que 10(90,9%) fizeram uso de ventilação mecânica invasiva e um paciente necessitou de intubação somente para proteção de via aérea, sem uso de pressão positiva. Ventilação mecânica não invasiva foi utilizada em 14 pacientes (3,6%).

Dos 189 pacientes classificados como urgência absoluta e que necessitaram de internação na sala vermelha, 49(25,9%) utilizaram oxigênio; destes, 36(73,4%) utilizaram cateter nasal, 11(22,4%) máscara de Venturi, 1(2%) óculos nasal e 1(2%) máscara de reservatório. A intubação orotraqueal foi realizada em 105(55,5%) pacientes; destes, 103(98%) fizeram uso de ventilação mecânica invasiva e dois pacientes necessitaram de intubação somente para proteção de via aérea, sem uso de pressão positiva. A ventilação mecânica não invasiva foi utilizada por dois (1%) dos pacientes.

A tabela 1 mostra o tempo de permanência dos pacientes na emergência.

Tabela 1 | Tempo de permanência dos pacientes na emergência.

	<i>Média de Permanência</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Laranja	5 dias (± 3)	1	16
Vermelho	5 dias(± 4)	1	25

Nos gráficos 3 e 4, está a distribuição percentual da evolução dos pacientes classificados como Laranja e Vermelho, respectivamente, após admissão no setor de emergência

Figura 3 | Evolução dos pacientes que foram classificados como Laranja, após admissão na emergência.

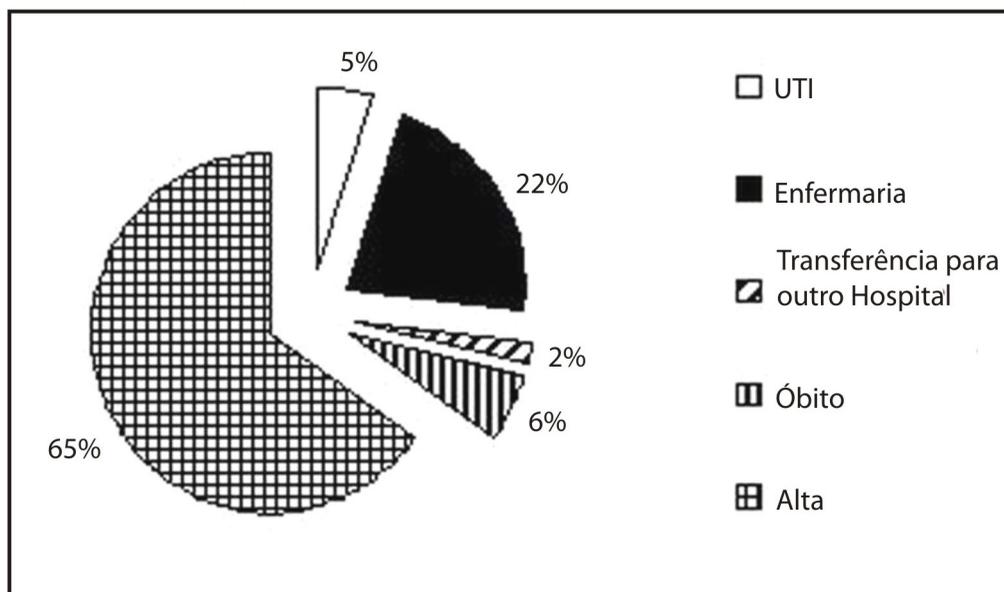
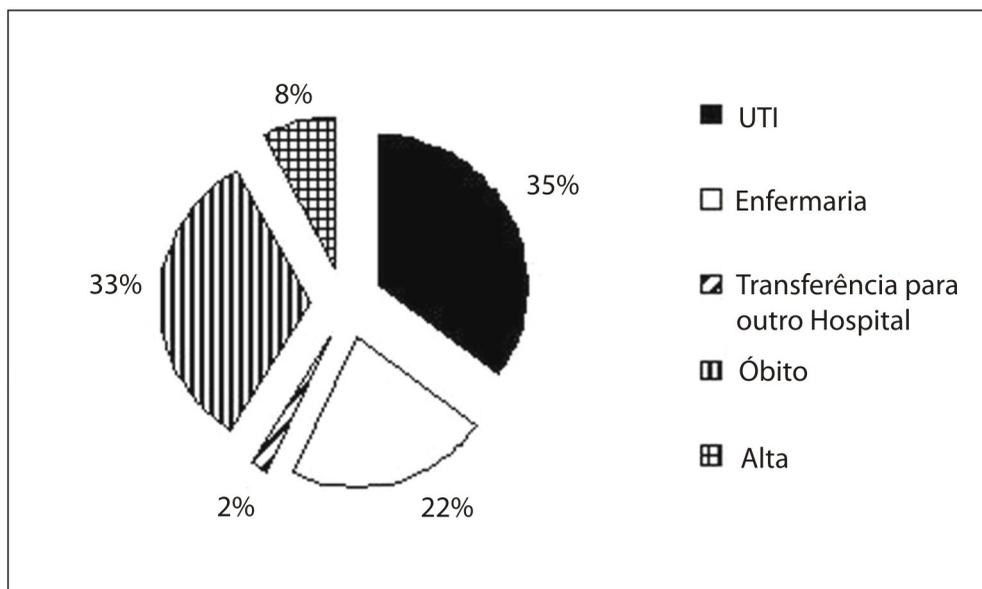


Figura 4 | Evolução dos pacientes que foram classificados como Vermelho, após admissão na emergência.



Discussão

A inserção dos profissionais Fisioterapeutas nas equipes de urgência e emergência é recente nos hospitais brasileiros e sua atuação ainda é restrita. O objetivo principal do atendimento Fisioterapêutico nessas unidades é dar suporte rápido e eficiente para disfunções cardiorrespiratórias, principalmente nas primeiras horas, evitando, assim, um possível agravamento no quadro clínico, como a necessidade de intubação orotraqueal, utilização de ventilação mecânica invasiva e evolução para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI)(4). No presente estudo, 35% dos pacientes admitidos na sala vermelha evoluíram para a UTI.

Os principais diagnósticos de admissão na emergência foram relacionados às causas pulmonares e cardiovasculares, com quadros clínicos que se beneficiariam de técnicas utilizadas na Fisioterapia Respiratória.

A Fisioterapia Respiratória é utilizada em pacientes críticos ou potencialmente críticos, com o objetivo de prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias, utilizando para isso, geralmente, uma combinação de procedimentos que objetivam a higiene brônquica e a expansão pulmonar(5).

Além do seu papel tradicional no tratamento da obstrução ao fluxo aéreo, retenção de secreção e disfunção muscular, aspectos como a mobilização global e o treinamento muscular são considerados importantes na abordagem ao paciente crítico e potencialmente crítico, segundo as diretrizes elaboradas e publicadas pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) em 2012(6).

Na utilização da VNI, técnica Fisioterapêutica para reexpansão pulmonar, a amostra analisada foi pequena, 16 pacientes. Esta baixa frequência de utilização pode ser justificada pela ausência de um profissional Fisioterapeuta habilitado e treinado para a aplicação dessa forma terapêutica, em situações de urgência. A utilização deste recurso reduz a necessidade de intubação, reduz a mortalidade e custos do tratamento(5).

Nepel et al.(7) encontraram uma diferença significativa no número de altas de idosos com afecções respiratórias, em um centro de urgências médicas, que receberam atendimento inicial de Fisioterapia, com um total de 20 altas no grupo intervenção e 11 no grupo controle. Demonstrando, assim, a importância da presença desse profissional para a melhor resolução de condições agudas cardiorrespiratórias.

Outro dado importante que podemos observar no presente estudo é o longo tempo de permanência na unidade de emergência (média de 5 dias), o que difere de outros estudos, em que a maioria dos pacientes permanecem na emergência até a estabilização do quadro clínico, que ocorre geralmente nas primeiras 24 a 48 horas, sendo depois transferidos para outras unidades, conforme sua complexidade e especialidade(4). Esse tempo prolongado na emergência é justificado pelo déficit de leitos nos hospitais públicos e pela grande demanda de atendimentos nas unidades de urgência e emergência da capital, fazendo com que os pacientes permaneçam por um tempo maior do que o indicado nessas unidades.

Estudos (8,9) realizados em unidades de urgência mostraram resultados desfavoráveis no tratamento da pneumonia, sepse, infarto agudo do miocárdio e apendicite, devido ao tempo prolongado de internação em unidades de urgência e emergência e atraso no início da assistência e tratamento. Estudos em hospitais de nível terciário apontaram resultados semelhantes. Richardson(10) encontrou aumento da mortalidade hospitalar nos dez dias iniciais a partir da internação. Sprivulis et al (11) observaram a relação linear entre a superlotação na unidade de urgência e emergência, tempo prolongado de internação na unidade e o aumento da mortalidade. No presente estudo, 6% dos pacientes foram a óbito na sala laranja e 33% na sala vermelha, com um tempo médio de permanência de 5 dias nas unidades de urgência e emergência.

Uma tentativa de modificar os desfechos negativos, em unidades de urgência e emergência, seria a inserção de um profissional Fisioterapeuta, para atuar, principalmente, em situações agudas que aumentam a morbimortalidade dos pacientes.

McClellan et al.(12) e Sheppard et al.(13) fizeram uma pesquisa de satisfação com usuários de uma unidade de emergência que receberam a assistência Fisioterapêutica. Foi identificado um grau de satisfação elevado em relação à assistência prestada, refletindo em um tempo de permanência reduzido nessas unidades, devido à abordagem mais qualificada e um maior esclarecimento sobre o diagnóstico e tratamento aos pacientes.

Já em estudo randomizado realizado por Jesudason et al.(14) e publicado recentemente, não foram encontrados resultados significativos no índice de internação hospitalar, readmissão na emergência e tempo de retorno às atividades diárias, justificado, possivelmente, pelo fato de que a abordagem Fisioterapêutica se destinava ao tratamento e recuperação da mobilidade do paciente e as causas principais de internação envolviam patologias complexas e multifatoriais.

A limitação do presente estudo foi a ausência de referências na literatura internacional que mostrassem a abordagem da Fisioterapia Respiratória em unidades de urgência e emergência, sendo este um perfil do sistema de saúde brasileiro. Com base nisso, sugerimos que novos estudos sejam realizados na busca de resultados da intervenção fisioterapêutica em unidades de urgência e emergência no Brasil.

Conclusão

A necessidade do Fisioterapeuta na unidade de emergência é justificada, dado ao grande número de pacientes possuírem diagnóstico cardiopulmonar, necessitarem de oxigenioterapia, ventilação mecânica e permanecer longo período na emergência. A inserção do profissional Fisioterapeuta na equipe assistencial das unidades de urgência e emergência pode favorecer o atendimento e tratamento precoces de patologias agudas ou crônicas e suas comorbidades, diminuindo, assim, o risco de piora na evolução do quadro clínico dos pacientes que permanecem por grande período internado nessas unidades.

Referências

1. Neves, CAB. Urgências e emergências em saúde: Perspectivas de profissionais e usuários. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(3):691-4.
2. Kilner E, Sheppard L. The 'lone ranger': a descriptive study of physiotherapy practice in Australian emergency Departments. *Physiotherapy*. 2010 Sep;96(3):248-56.
3. Anaf S, Sheppard LA. Lost in translation? How patients perceive the extended scope of physiotherapy in the emergency department. *Physiotherapy*. 2010 Jun;96(2):160-8.
4. Ogawa KYL, Diniz JS, Frigeri LB, Ferreira CAS. Intervenção fisioterapêutica em emergências cardiorrespiratórias. *O Mundo da Saúde*. 2009;33(4):457-66.
5. Schettino GPP. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *J Bras Pneumol*. 2007;33(Supl 2):S92-S105.
6. França EET, Ferrari F, Fernandes P, Cavalcanti R, Duarte A, Martinez BP et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(1):6-22.
7. Nepel A, Cônsul LF, Porto MR, Mariano NO. Intervenção da Fisioterapia na Redução do Tempo de Internamento de Idosos com Afecções Respiratórias nos Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUM's) de Curitiba. *Rev Bras Ter Saúde*. 2011;2(1):21-4.
8. Graff L, Stevens C, Spaite D, Foody J. Measuring and improving quality in emergency medicine. *Acad Emerg Med*. 2002 Nov;9(11):1091-107.
9. Schull M, Vermeulen M, Slaughter G, Morrison L, Daly P. Emergency Department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Ann Emerg Med*. 2004 Dec;44(6):577-85.
10. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust*. 2006 Mar 6;184(5):213-6.
11. Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust*. 2006 Mar 6;184(5):208-12.
12. McClellan CM, Greenwood R, Bengner 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 May;23(5):384-7.
13. Sheppard LA, Anaf S, Gordon J. Patient satisfaction with physiotherapy in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2010 Oct;18(4):196-202.

14. 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 Aug;29(8):664-9.

Recebido em: 08/10/2012

Aceito em: 29/04/2013