

INSERÇÃO E ATUAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS RESIDENTES EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

INTEGRATION AND OPERATION OF PHYSIOTHERAPISTS RESIDENTS IN A HOSPITAL EMERGENCY SERVICE: EXPERIENCE REPORT

Débora Ribeiro de Paiva¹, Verônica Sales Guimarães¹, Quize Cristina Silva Rôla², Isabella Pereira Rosa de Castro³, Kessler Silveira Gomes⁴, Jorge Luís Motta dos Anjos⁵

Autora para correspondência: Débora Ribeiro de Paiva - deborapaiva2011@gmail.com

¹Fisioterapeuta Residente em Terapia Intensiva e Emergência do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil.

²Fisioterapeuta e preceptora da Residência de Fisioterapia em Terapia Intensiva e Emergência do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil

³Fisioterapeuta e tutora da residência em Fisioterapia Neurofuncional do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil

⁴Fisioterapeuta e preceptor da residência de Fisioterapia em Terapia Intensiva e Emergência do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil

⁵Mestre em Bioenergia. Fisioterapeuta Membro da Diretoria de Ensino do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil.

RESUMO | A porta de entrada do sistema de saúde é o serviço de urgência e emergência hospitalar. **Objetivo:** relatar a experiência dos integrantes da primeira turma de residência de Fisioterapia em Terapia Intensiva e Emergência do HGRS, na unidade de emergência de um hospital de alta complexidade. **Materiais e Métodos:** relato descritivo de experiência, com base na inserção do fisioterapeuta no serviço de emergência de um hospital público de grande porte, localizado na cidade de Salvador-BA. **Resultados:** A inserção do fisioterapeuta residente no serviço de emergência foi devido ao aumento na demanda por assistência fisioterapêutica de forma contínua, onde previamente havia alto índice de mortalidade, tempo de permanência hospitalar prolongado e gastos financeiros elevados. **Conclusão:** a inserção do fisioterapeuta residente no contexto das Unidades de Terapia Intensiva e Emergência, enquanto profissional do sistema público de saúde, amplia o modelo de assistência integral e multidisciplinar.

Palavras-chave: Emergências, Unidades de Terapia Intensiva, Serviços de saúde

ABSTRACT | The gateway to the health care system is the emergency and hospital emergency service. **Objective:** to report the experience of members of the first HGRS Intensive Care and Emergency Physical Therapy residency group in the emergency unit of a high complexity hospital. **Materials and Methods:** descriptive report of experience, based on the insertion of the physiotherapist in the emergency department of a large public hospital, located in the city of Salvador-Bahia. **Results:** The insertion of the physiotherapist residing in the emergency room was due to an increase in the demand for physiotherapeutic assistance in a continuous way, where previously there was a high mortality rate, prolonged hospital stay and high financial expenses. **Conclusion:** the insertion of the resident physiotherapist in the context of the Intensive Care and Emergency Units, as a professional of the public health system, expands the comprehensive and multidisciplinary assistance model.

Keywords: Emergencies, Intensive Care Units, Health services

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente vascular Encefálico (AVE), somadas aos acidentes de trânsito, as neoplasias e doenças crônicas degenerativas, compõem as principais causas de internamento hospitalar. Uma vez que se configuram como um problema de saúde pública, fica evidente a necessidade de serviços de alta resolutividade e efetividade em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, visando intervir em tempo hábil e de forma eficaz nas doenças e agravos. Um ponto importante a ser destacado é que a porta de entrada do sistema de saúde é o serviço de urgência e emergência de um hospital¹.

Segundo o DATASUS, sistema de dados mantido pelo Ministério da Saúde, no ano de 2010, foram realizadas 11.329.203 internações nos hospitais conveniados ao SUS². O Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.600 reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS.³ Esta se refere a um conjunto de ações e serviços, assegurados para os usuários do sistema público de saúde no Brasil. Os altos índices de entrada nos serviços de emergência no país demonstram a necessidade de articulação de políticas públicas voltadas para os serviços de saúde que atuam na atenção às urgências e emergências.

Os serviços de emergência seguem as orientações das legislações específicas, e em detrimento da organização dos atendimentos, resolutividade e efetividade das intervenções. A emergência é setorizada agrupando pacientes de acordo com a prioridade, e o atendimento é prestado baseado no quadro clínico e os riscos. Para isso, o Ministério da Saúde desenvolveu ferramentas, baseadas nos princípios do SUS, que direcionam as estratégias de atendimento no serviço de emergência. A exemplo disso existe o acolhimento com estratificação de risco, que está pautado nas políticas do Humaniza SUS e propõe um atendimento integral e humanizado⁴.

A inserção do fisioterapeuta na equipe assistencial de urgência e emergência é recente nos hospitais brasileiros. O fisioterapeuta intervém diretamente nas disfunções cardiorrespiratórias, e como as principais

causas de internações hospitalares englobam as doenças cardiovasculares e pulmonares, seu papel na equipe pode ser considerado fundamental. Dentre suas funções, ele pode fornecer atendimento tratamento precoce de patologias agudas e crônicas, das comorbidades e das complicações funcionais do paciente, refletindo indiretamente na diminuição do tempo de internamento, redução da mortalidade e dos custos hospitalares⁵.

No Brasil, a partir do ano de 2010, através da resolução da ANVISA nº07/2010 ampliou-se o quadro de fisioterapeutas nas unidades de terapia intensiva. A RDC nº 7 dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das UTI's, com o objetivo de reduzir riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e ao meio ambiente. Em relação aos recursos humanos, preconiza no mínimo um fisioterapeuta para cada dez leitos. Já é realidade em alguns hospitais a presença do fisioterapeuta na equipe, porém ainda não é bem definida nem consolidada a atuação nas áreas de urgência e emergência dos hospitais⁶.

A inclusão do fisioterapeuta nas unidades de terapia intensiva e nos setores de emergência está baseada na reestruturação dos modelos de saúde. Seu surgimento se deu a partir das demandas por profissionais capacitados. A intervenção fisioterapêutica feita de forma precoce, com uma abordagem qualificada, atenua as taxas de mortalidade, infecção, e o tempo de hospitalização. Tal atuação gera impacto direto na recuperação do doente crítico e menores custos com a saúde de uma forma geral^{5,7}. A prática está orientada nas diretrizes elaboradas e publicadas pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)⁸.

O programa de residência em área profissional da saúde foi criado a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, numa parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação⁹. A criação contempla especialização em área prioritária para o SUS, tornando-se fundamental para o funcionamento do sistema, que é baseado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação social e humanização. As recomendações e instruções

sobre as atribuições, estrutura, organização e funcionamento das residências são determinadas em legislações específicas, decretos e portarias.^{3,6,9} Os programas de residência em área da saúde preconizam um atendimento com eficiência e contemplam o aperfeiçoamento técnico, atitude humanizada e visão integrada do paciente. Para tanto, necessitam de um profissional qualificado com formação específica para atuar no âmbito hospitalar nas unidades de terapia intensiva e emergência. Diante disso, o objetivo do presente artigo foi relatar a experiência vivenciada pelos integrantes da primeira turma de residência de Fisioterapia em UTI e Emergência do HGRS, visando analisar a inserção do fisioterapeuta na unidade de emergência num hospital de alta complexidade, suas atribuições e competências, bem como dar contribuição a um novo significado de assistência e à reabilitação.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo consiste em um relato descritivo de experiência, com base na inserção do Fisioterapeuta na equipe multidisciplinar no setor de emergência hospitalar. Foi realizado no período de abril e maio de 2016, no HGRS, um hospital público de grande porte, localizado na cidade de Salvador-BA (CAAE: 67709917.2.0000.5028).

A residência em área profissional da saúde constitui-se num programa na modalidade de pós-graduação *Latu Sensu*, instituída pela Lei nº 11.129/2005.⁷ O HGRS em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, instituiu em 2016 a primeira edição do programa de residência de fisioterapia em terapia intensiva e emergência.

As atividades desenvolvidas na residência visam à qualificação e formação dos Fisioterapeutas, capacitando-os para atuarem na atenção hospitalar baseados nos princípios do SUS, reestruturando o modelo de cuidado integral. A proposta do programa é caracterizada por ensino em serviço, abrangendo a Unidade de Paciente Crítico (UPC), Unidade de Terapia Intensiva Geral, Unidade semi-intensiva, UTI cirúrgica, UTI Neonatal e UTI

Pediátrica.

O programa de residência proporciona ao residente, estudo e aprendizado integrado ao serviço. Trata-se de uma formação que acontece em dedicação de sessenta horas semanais, das quais 80% se concentram na prática assistencial e 20% englobam atividades teórico-práticas, com carga horária total de 5.760 horas, no período de dois anos. No que tange a formação teórica, as atividades dividem-se em encontro de saberes, aulas e seminários específicos, além do incentivo a projetos de pesquisa.

O fisioterapeuta residente cumpre a carga horária em regime de plantão sob escala, sendo realizados durante a semana e aos finais de semana.

RESULTADOS

A vivência ocorreu na Unidade de Paciente Crítico, a qual atende um público de grande complexidade, proveniente das salas de emergência, do centro cirúrgico e das enfermarias do hospital. O serviço é recente e se fez necessário devido à alta demanda de pacientes em ventilação mecânica invasiva, com permanência prolongada na unidade em consequência da dificuldade de acesso aos leitos das UTIs e enfermarias. Segundo dados obtidos junto à coordenação de fisioterapia do HGRS, a inserção do profissional na emergência desse hospital foi estabelecida entre os anos de 2005 e 2006, devido ao aumento das demandas no setor por serviços fisioterapêuticos, que impactava no processo de melhora do paciente crítico e nos custos para o sistema de saúde.

Antes de implantar o serviço de fisioterapia na emergência, a demanda de pacientes que necessitavam de assistência ventilatória era suprida por profissionais da fisioterapia que se deslocavam das enfermarias e outras UTIs, sendo acionados para o suporte imediato. Porém, os pacientes eram assistidos apenas no primeiro momento, porque esses profissionais não eram exclusivos do setor. Quando foi implantado o serviço de fisioterapia na emergência do hospital, a assistência era somente nas 12 horas. Nos dias atuais, a assistência 24 horas já é realidade. O atendimento fisioterapêutico ocorre nas salas de emergência: vermelha (sala de reanimação) e amarela, onde são

atendidos de acordo com sua classificação de risco.

O fisioterapeuta residente é inserido no setor de destino do seu programa, sendo previamente necessário conhecer as políticas do hospital, bem como o perfil do setor e suas rotinas. O mesmo é integrado à equipe, onde passa a atuar como profissional, porém com um suporte de fisioterapeutas especialistas que compõe o corpo de preceptoria do programa e dos profissionais assistenciais, que auxiliam o residente a desenvolver as habilidades práticas específicas da unidade. O residente de fisioterapia atua em um novo modelo de assistência, em que a aprendizagem se dá a partir dos problemas mais encontrados e, na rotina da unidade, com um enfoque na vigilância à saúde, diagnóstico fisioterapêutico e abordagem integral dos agravos e eventos adversos.

A integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, que estimula o trabalho em equipe através de uma visão holística da assistência, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde. Esse momento de multidisciplinaridade com a equipe é vivenciado nas visitas multidisciplinares, nas quais o fisioterapeuta é integrante indispensável. Nesse momento são discutidas as condutas desenvolvidas por cada profissional, mediante as especificidades de cada área, bem como as respostas às intervenções e consenso da equipe para melhora do paciente.

Como ferramenta de ensino é instituída a passagem de plantão para seus respectivos preceptores, bem como as discussões a beira do leito, constituindo um momento de aprendizado prático-teórico, confrontando as evidências na prática clínica, e elaboração das condutas terapêuticas que melhor atende as necessidades do paciente. O contato com o paciente é o momento oportuno não só para se treinar a capacidade dos residentes no diagnóstico, objetivos e condutas terapêuticas, mas também uma oportunidade única de pôr em prática a ética e o profissionalismo.

Na residência de Fisioterapia em UTI e emergência existe a oportunidade de conviver de maneira mais próxima com a diversidade de conhecimentos e práticas, havendo um espaço para a troca de experiências. Essa convivência entre as profissões é vista pelos residentes sob três aspectos: como uma forma de proporcionar um atendimento mais integral ao paciente, como um aprendizado para o profissional, a partir da troca de conhecimentos entre as demais categorias, e como uma oportunidade de

difundir a importância da fisioterapia em meio às outras profissões.

As atribuições pertinentes aos fisioterapeutas residentes alocados nas unidades de UTI e emergência estão distribuídas desde a admissão do paciente na unidade, até o processo de alta. É de competência do residente a monitorização e avaliação do paciente, o diagnóstico cinético funcional, o auxílio a equipe durante PCR, o auxílio ao médico no processo de intubação, a montagem do ventilador mecânico, bem como suporte ventilatório invasivo e não invasivo, Terapia de Higiene Brônquica (THB), Terapia de Expansão Pulmonar (TEP), treinamento muscular respiratório (TMR), desmame ventilatório/extubação, cinesioterapia, posicionamento no leito e mobilização precoce.

A esse profissional são necessários conhecimentos prévios adquiridos na graduação, interpretação de exames como a hemogasometria, exames de imagem (Radiografias, TC; RNM), eletrocardiograma, hemograma e outros. Uma gama de conhecimento que possibilita conhecer o estado clínico geral do paciente, com condições reais para traçar o diagnóstico fisioterapêutico e plano terapêutico que melhor se aplica diante dos achados associado à sua avaliação cinético-funcional.

DISCUSSÃO

O conselho federal de Medicina dispõe sobre a normatização do funcionamento dos serviços hospitalares de urgência e emergência, determinando que o nosocômio deva dispor de leitos extras, suficientes para atender a demanda dos atendimentos de urgência e emergência e que fica proibido a permanência dos pacientes desse setor por tempo maior que 24h, não sendo permitida sua internação na mesma. A resolução nº 2.077/14 traz ainda, que as enfermarias ou unidades de internamento afins devem suprir a demanda¹⁰.

No entanto, não é realidade a das emergências, devido à alta demanda de pacientes com longos períodos de internação e a inevitável escassez de leitos. Observa-se que a necessidade do fisioterapeuta na emergência está relacionada com a grande demanda de pacientes com perfil clínico

cardiorrespiratório, com necessidade de suporte ventilatório invasivo e não invasivo. Este profissional detém o conhecimento do manejo desses pacientes e desse modo pode contribuir com a equipe evitando a evolução dos agravos, prestando atendimento e tratamento precoce^{5,11}.

Segundo Alves¹² o serviço de fisioterapia no âmbito hospitalar vem em expansão, e isso é devido aos estudos que comprovam a efetividade das técnicas aplicadas por esse profissional. O mesmo reflete a importância da permanência contínua da assistência 24 horas nas UTIs e enfermarias, abordando também a importância de conhecimento especializado na área.

A inserção do residente fisioterapeuta na equipe vem agregar um olhar integral na saúde, possibilitando através da multidisciplinaridade a quebra de paradigmas, trazendo uma visão mais holística, atribuindo melhorias na qualidade de vida dos pacientes¹³. O presente estudo observou que a integralidade é pouco vivenciada na atenção a saúde, que as equipes ainda encontram barreiras diante deste contexto, mantendo uma atenção fragmentada. Inferindo na importância da concepção de multidisciplinaridade no serviço, para trazer uma nova ótica no que tange a assistência integral¹⁴.

Em uma edição do Jornal da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência¹⁵, evidenciou-se o olhar sobre o papel da fisioterapia na urgência e emergência, e afirmou-se que esse profissional é fundamental na equipe. Observou-se ainda que este setor antes era habitado apenas por médicos, enfermeiros e técnicos da enfermagem. Porém a medicina de urgência e emergência visa o diagnóstico, o tratamento imediato e a prevenção de agravos das diversas patologias de todos os sistemas, sendo o fisioterapeuta atuante na prevenção dos agravos e no tratamento das disfunções.

Quanto às atribuições do fisioterapeuta nas áreas de respiratória e terapia intensiva, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITO), reconhece a atuação do fisioterapeuta na área referida, bem como suas competências baseadas nas resoluções nº400/201116 e nº402/20117, sendo elas: avaliação cinético-funcional; diagnóstico

fisioterapêutico; interpretação de exames complementares; suporte ventilatório; terapia de higiene brônquica; terapia de expansão pulmonar; cinesioterapia; posicionamento, na manutenção dos diversos sistemas corporais, bem como prevenção e tratamento dos sistemas cardiorrespiratório, cardiovascular e musculoesquelético.

Fica evidente que a inserção do fisioterapeuta na equipe visa otimizar o tempo de internação nas unidades de emergência, bem como a redução do custo hospitalar. Nepel et al¹⁸ avaliou a intervenção da fisioterapia no tempo de internamento e constatou que a intervenção da fisioterapia respiratória aumentou o número de altas em 20% e reduziu as transferências hospitalares em 36%. Os resultados mostraram eficácia da intervenção fisioterapêutica e sugere a inclusão do serviço de fisioterapia nas equipes de saúde em Centros de Urgência e Emergência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a inserção do fisioterapeuta residente no contexto das Unidades de Terapia Intensiva e emergência, amplia o modelo de assistência integral e multidisciplinar. Além disso as atividades teórico-práticas realizadas na residência contribuem para o desenvolvimento do profissional fisioterapeuta, enquanto parte integrante da rede pública de saúde, desenvolvendo suas habilidades técnicas no manejo do paciente crítico no âmbito hospitalar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Paiva DR participou da concepção, interpretação dos resultados, elaboração da redação do relato de experiência e submissão do artigo científico. Guimarães VS participou da concepção, interpretação dos resultados, elaboração da discussão e redação do relato de experiência. Rôla QCS participou da elaboração da estrutura, metodologia, e orientação da construção do relato. Castro IPR participou da elaboração da estrutura, metodologia, e orientação da construção do relato. Gomes KS participou da elaboração da estrutura, metodologia, e orientação da construção do relato. Anjos JLM participou da orientação de todas as etapas do trabalho e participou da revisão da redação.

CONFLITOS DE INTERESSES

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc).

REFERÊNCIAS

1. 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). Brasília. DF. 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Brasília. DF. 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília. DF. 2009.
5. Piccoli A et al. Indicações para Inserção do Profissional Fisioterapeuta em uma Unidade de Emergência. ASSOBRAFIR Ciência. 2013;4(1):33-41.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Resolução nº 07, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília. DF.
7. Márcia MF et al. Org. Atualização em fisioterapia na emergência. São Paulo: Editora Unifesp; 2009. p. 176.
8. França EET 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. doi: [10.1590/S0103-507X2012000100003](https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000100003)
9. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.
10. Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Resolução nº 2.077, de 16 de setembro de 2014.
11. 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):262-267. doi: [10.1590/S1809-29502013000300011](https://doi.org/10.1590/S1809-29502013000300011)
12. Alves AN. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. 2012;16(6):173-184.
13. Kercher PV et al. Projeto terapêutico singular: promovendo a integralidade do cuidado em um serviço de emergência. In Congresso Multiprofissional de Atenção Hospitalar, UNIMULT - HC/UFPR.2014, Curitiba/PR: Hospital de Clínicas/UFPR: 2014. Anais do congresso multiprofissional de atenção hospitalar 2014: UNIMULT - HC/UFPR. Curitiba, 2014.
14. Souza MC. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de saúde da família sobre a fisioterapia. O Mundo da Saúde. 2012;36(3):452-460.
15. Novo AE. Jornal da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência. Sala de Emergência [Internet] - Edição 17. Janeiro e Fevereiro 2012 [Acesso em: 10 abril de 2016]. Disponível em: www.abramurgem.org.br
16. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolve Disciplinar a atividade do Fisioterapeuta no exercício da Especialidade Profissional em Fisioterapia Respiratória. Resolução nº400, de 03 de agosto de 2011.
17. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Reconhece a atividade do Fisioterapeuta no exercício da Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva. Resolução nº402, de 03 de agosto de 2011.
18. 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.