

Artigo original

Perfil clínico e atuação fisioterapêutica em pacientes atendidos na emergência de um hospital público de Goiás

Clinical profile and physical therapy in patients treated at the emergency of a public hospital in Goiás

Débora Santos Ataíde, Ft.*, Sara Alves dos Santos Taquary, Ft.*, Priscila Valverde de Oliveira Vitorino, Ft., D.Sc.***

.....
**Participante do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, na área Urgência e Emergência, **Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela Universidade de Brasília (UnB), Professora do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Coordenadora do Departamento de Ensino e Pesquisa da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Anápolis*

Resumo

Introdução: O serviço de urgência e emergência é umas das portas de entrada do paciente no Sistema Único de Saúde. A intervenção fisioterapêutica em pacientes na sala de emergência objetiva otimizar o tratamento clínico. Objetivo: Traçar o perfil do paciente atendido na sala de reanimação do Pronto Socorro Adulto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e descrever a atuação fisioterapêutica nesse setor. Métodos: Estudo observacional, prospectivo, realizado de fevereiro a junho de 2012. Foram acompanhados os pacientes que deram entrada na sala de reanimação. Resultados: Amostra de 133 pacientes, 54,1% (n = 72) do sexo feminino, média de idade de 59 ± 17,9 anos. A queixa principal mais frequente foi dispneia em 19,3% (n = 52) dos casos e as hipóteses diagnósticas mais frequentes foram de doenças respiratórias em 29,5% (n = 56). Os antecedentes patológicos cardiovasculares foram predominantes (42,6%). Do total de pacientes, 36,8% (n = 49) necessitaram de oxigenoterapia, 21,8% (n = 29) de assistência ventilatória e 53,4% (n = 71) de acompanhamento fisioterapêutico, 67,6% (n = 48) tiveram abordagem respiratória e motora. O tempo médio de permanência no serviço foi de 3 ± 3,7 dias e 47,4% (n = 63) foram encaminhados para enfermagem e 15,8% (n = 21) para a unidade de terapia intensiva. Conclusão: Predominaram pacientes do sexo feminino com idade mais avançada, apresentando queixas e doenças cardiorrespiratórias. A maioria dos pacientes recebeu atendimento fisioterapêutico.

Palavras-chave: serviço hospitalar de fisioterapia, serviços médicos de emergência, saúde pública.

Abstract

Introduction: The emergency department is first entry into National Health System. The objective of the physical therapy intervention in patients treated in the emergency room is to optimize medical treatment. Objective: To describe the profile of patients admitted at the resuscitation room of the Adult Emergency Department, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás (UFG) and physical therapy's role in this sector. Methods: Observational and prospective study, conducted from February to June 2012, which followed up patients admitted in the resuscitation room. Results: Sample of 133 patients, 54.1 % (n = 72) were female, average age 59 ± 17.9 years. The most common chief complaint was dyspnea in 19.3% (n = 52) of cases and the diagnostic hypotheses were most frequent respiratory disease in 29.5 % (n = 56). The previous cardiovascular disease was prevalent (42.6%). Of all patients, 36.8 % (n = 49) required oxygen therapy, 21.8 % (n = 29) ventilator support, 53.4 % (n = 71) had physical therapy care, 67.6 % (n = 48) had respiratory and motor approach. The average time of permanence in the resuscitation room was 3 ± 3.7 days, 47.4% (n = 63) of patients remained hospitalized in the ward and 15.8% in the Intensive Care Unit. Conclusion: We observed predominance of female patients with older age, presenting cardiorespiratory complaints and diseases. Most patients received physical therapy.

Key-words: physical therapy department, hospital, emergency medical services, public health.

Recebido em 5 de março de 2013; aceito em 23 de março de 2014.

Endereço de correspondência: Débora Santos Ataíde, Rua 227-A, 245/102 Residencial Verona Setor Universitário, 74610-155 Goiânia GO, E-mail: deborataide@hotmail.com

Introdução

Os serviços de urgência e emergência constituem importantes componentes da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve crescimento da demanda por atendimentos de urgência e emergência devidos, principalmente, ao aumento no número de acidentes e violência urbana [1].

O pronto-socorro é uma unidade do hospital destinada à assistência de pacientes externos com ou sem risco de morte, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona nas 24 horas do dia e dispõe de leitos de observação [2]. As unidades de pronto-socorro devem estar estruturadas para prestar assistência adequada em situações de urgência e emergência [1].

Define-se urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato [3].

Além de assegurar as manobras de sustentação de vida em casos de urgência e emergência, essas unidades têm representado a porta de entrada para os usuários com queixas crônicas e sociais, que procuram esses serviços e sobrecarregam as equipes multiprofissionais, inclusive a equipe de enfermagem, buscando resolubilidade para demandas que deveriam ser atendidas em outros níveis de atenção à saúde [4].

A formação em urgência e emergência é muitas vezes teórica e não assistencial, além disso, é fragmentada por áreas (ortopedia, cardiologia, pneumologia), distanciando o estudante de saúde de uma visão integrada [5]. Na fisioterapia o menosprezo pela formação de um profissional com características generalistas fez com que o fisioterapeuta não participasse da maioria das equipes interdisciplinares que atuam no atendimento emergencial pré-hospitalar e hospitalar [6].

Como a graduação muitas vezes não atende às necessidades teóricas e práticas para a atuação em urgência e emergência, o profissional deve buscar uma especialização para atuar na área. No Brasil, a primeira especialização de Fisioterapia na Emergência teve início em 2007 na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) [7].

Entre as diversas problemáticas que permeiam a assistência aos pacientes em estados de agravo à saúde de serviços de urgência e emergência, o atendimento interdisciplinar é utilizado, sendo a fisioterapia essencial no concernente à profilaxia de complicações clínicas, tratamento de morbidades, diminuição de mortalidade, promoção de saúde e bem-estar geral. É o fisioterapeuta que estuda e atua no manejo do movimento corporal, como elemento essencial de saúde e bem-estar humano, e tem como foco a atenção ao indivíduo,

à família, bem como à comunidade, e cuja atuação inclui a identificação, manutenção, maximização e recuperação do potencial de movimento funcional, como fundamento do que significa estar saudável [6].

Embora o fisioterapeuta tenha papel importante na urgência e emergência, tendo em vista seus objetos de estudo e sua atuação, existem poucos serviços no Brasil nessa área que contam com a presença do fisioterapeuta na equipe. Este fato é diferente em outros países em que os fisioterapeutas atendem, juntamente com a equipe nos diversos tipos de atendimento em Urgência e Emergência [8,9].

A residência multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás contempla a Fisioterapia na Urgência e Emergência propiciando ao estudante a vivência, juntamente com a equipe multidisciplinar nesta área.

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é apresentar o perfil do paciente atendido na sala de reanimação do Pronto Socorro Adulto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG) e descrever a atuação fisioterapêutica nesse setor.

Material e métodos

Este artigo é parte de um projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo 078/2011). Trata-se de um estudo observacional, prospectivo com análise de dados quantitativa e descritiva, realizado no período de fevereiro a junho de 2012, conduzido na sala de reanimação do Pronto Socorro Adulto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), situado em Goiânia. O Hospital das Clínicas da UFG é um hospital geral de ensino, público, referência nos cuidados terciários à saúde e está vinculado ao SUS. O Pronto Socorro Adulto (PS) tem 3 consultórios, 8 enfermarias totalizando 40 leitos, sala de eletrocardiograma, sala de sutura, sala para preparo de medicação, sala de procedimentos e sala de reanimação com 2 leitos, especialmente preparada para **atendimento** das emergências.

A população do estudo foi composta por usuários que deram entrada na sala de reanimação do PS do HC/UFG. Foram incluídos os pacientes acima de 16 anos encaminhados à sala de reanimação, independentemente da sua hipótese diagnóstica ou patologia de base. Foram excluídos do estudo os pacientes que deram entrada e saíram do setor de emergência em momentos que os pesquisadores não estiveram presentes no pronto atendimento, impossibilitando o preenchimento da ficha de avaliação.

Os dados foram obtidos utilizando três fontes: formulário de coleta de dados por meio de entrevista com pacientes e/ou acompanhantes; revisão de prontuários clínicos e livros de registro da unidade de internação. A coleta de dados foi realizada seis vezes por semana (segunda a sábado) durante o período matutino e/ou vespertino. Os pesquisadores

permaneceram no setor de Pronto Atendimento, observando todos os pacientes que foram admitidos no serviço de emergência do HC/UFG e preencheram o formulário de coleta de dados apenas dos pacientes que deram entrada na sala de reanimação.

Foram obtidos os seguintes dados sociodemográficos e de saúde: idade, gênero, data de admissão hospitalar, tempo de permanência na sala de reanimação, queixa principal, hipótese diagnóstica, antecedentes patológicos, necessidade de oxigenoterapia e/ou suporte ventilatório, atuação fisioterapêutica e destino do paciente (alta hospitalar, enfermaria, unidade de terapia intensiva, transferência externa, e óbito).

As hipóteses diagnósticas foram divididas em: doenças respiratórias, neurológicas, infectocontagiosas, dermatológicas, hematológicas, gastrointestinais, endocrinológicas, oncológicas, reumatológicas, nefrológicas, cardíacas, vasculares, ortopédicas, patologias de acidentes incluindo trauma e intoxicações, sintomas inespecíficos (como febre e cefaleia) e outras emergências (como parada cardiorrespiratória e corpo estranho).

Os atendimentos de fisioterapia respiratória foram divididos em terapia de remoção de secreção (TRS); manobras de expansão pulmonar (MEP); aspiração (ASP) e ventilação não invasiva (VNI). As condutas de fisioterapia motora foram divididas em: exercícios de amplitude de movimento (ADM); exercícios de alongamento (ALG); exercícios miofocinéticos (MLF); fortalecimento muscular (FORT); sedestação à beira do leito (SED); ortostatismo (ORT); deambulação (DEAM); exercício com cicloergômetro portátil de membros inferiores (CICLO) e posicionamento terapêutico (POS). Todos os procedimentos foram realizados na sala de reanimação por fisioterapeutas da residência multiprofissional em Saúde.

Os pacientes que já possuíam ficha no banco de dados da pesquisa e deram entrada em outra data foram novamente cadastrados e considerados como um novo paciente.

Todos os dados foram digitados e analisados no Microsoft Excel 2007 em plataforma Windows. Para a análise dos dados da população estudada foi utilizada estatística descritiva, com medidas de tendência central (frequências e média) e de dispersão (desvio-padrão).

Resultados

No período de fevereiro a junho de 2012 foram admitidos na sala de reanimação 144 pacientes, sendo que 11 foram excluídos (porque deram entrada e saíram em horário que as pesquisadoras não estavam presentes). Dentre os 11 pacientes excluídos 04 foram a óbito; 04 foram transferidos para a unidade de terapia intensiva e 03 foram transferidos para a enfermaria. Fizeram parte da amostra 133 pacientes, sendo 54,1% (n = 72) do sexo feminino. A média de idade foi de 59,0 ± 17,9 anos, com idade mínima de 16 e máxima de 94 anos (Tabela I).

Tabela I - Distribuição da amostra segundo o gênero e a faixa etária, n = 133, Goiânia/GO, 2012.

Variáveis	Valor absoluto (n)	Valor relativo (%)
Gênero		
Feminino	072	54,1
Masculino	061	45,9
Total	133	100,0
Faixa Etária (anos)		
16-20	002	1,5
20-30	007	5,3
30-40	014	10,5
40-50	017	12,8
50-60	026	19,5
60-70	021	15,8
70-80	029	21,8
80-90	015	11,3
≥90	002	1,5
Total	133	100,0

Foi considerado como queixa principal o relato do profissional que preencheu a ficha de admissão. Vários pacientes apresentaram mais de uma queixa, totalizando 270 queixas, com média de 2,0 ± 1,3 por paciente.

As queixas principais mais frequentes foram dispneia em 19,3% (n = 52) casos, febre em 6,7% (n = 18), rebaixamento do nível de consciência em 5,9% (n = 16), dor torácica em 5,2% (n = 14), vômitos/náuseas em 4,1% (n = 11), tosse em 4,1% (n = 11), dor abdominal em 3,7% (n = 10) e fraqueza em 2,2% (n = 06).

No presente estudo as hipóteses diagnósticas de entrada foram separadas por sistema de acometimento. No total foram 190 diagnósticos, com média de 1,4 ± 0,9 por paciente (Tabela II).

Tabela II - Distribuição da amostra quanto à hipótese diagnóstica relatada na ficha de admissão, n = 190, Goiânia/GO 2012.

Hipóteses diagnósticas	Valor absoluto (n)	Valor relativo (%)
Doenças respiratórias	056	29,5
Doenças cardíacas	023	12,1
Doenças vasculares	018	9,5
Doenças infectocontagiosas	016	8,4
Doenças oncológicas	015	7,9
Doenças neurológicas	014	7,4
Doenças gastrointestinais	014	7,4
Doenças hematológicas	010	5,3
Doenças nefrológicas	009	4,7
Doenças dermatológicas	004	2,1
Doenças endocrinológicas	003	1,6
Outras emergências (PCR)	003	1,6
Patologias de acidentes (trauma)	002	1,1
Sintomas inespecíficos	002	1,1
Doenças ginecológicas	001	0,5
TOTAL	190	100,0

Em relação às doenças respiratórias (56 casos no total), 42,9% (n = 24) foram casos de pneumonia, 19,6% (n = 11) DPOC descompensada, 8,9% (n = 5) tromboembolismo pulmonar (TEP), 8,9% (n = 5) derrame pleural, 7,1% (n = 4) edema agudo de pulmão, 1,8% (n = 1) para broncoaspiração, congestão pulmonar, cor pulmonale, fibrose pulmonar, Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA), Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) e pneumotórax.

As doenças cardíacas (23 casos no total) corresponderam a diagnósticos de ICC em 34,8% (n = 8) dos casos, arritmia em 26,1% (n = 6), choque em 17,4% (n = 4), seguidos de aneurisma de aorta, aneurisma de artéria femoral, insuficiência coronariana, miocardiopatia dilatada e cardiopatia hipertensiva em 4,3% (n = 1) cada.

No total foram 237 antecedentes patológicos, com média de $1,8 \pm 1,3$ por paciente. Os antecedentes patológicos de maior prevalência na amostra foram os cardiovasculares em 42,6% (n = 101) dos casos (Tabela III).

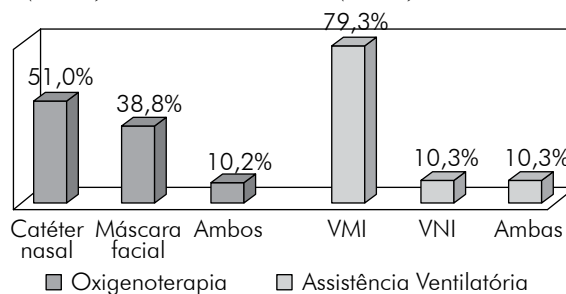
Tabela III - Distribuição da amostra quanto aos antecedentes patológicos, n = 237, Goiânia/GO 2012.

Antecedentes patológicos	Valor absoluto (n)	Valor relativo (%)
Cardiovasculares	101	42,6
Endocrinológicos	036	15,2
Oncológicos	024	10,1
Neurológicos	019	8,0
Hematológicos	016	6,8
Pulmonares	013	5,5
Outros	010	4,2
Gastrointestinais	007	3,0
Nefrológicos	005	2,1
Reumatológicos	003	1,3
Dermatológicos	002	0,8
Psiquiátricos	001	0,4
Total	237	100,0

Dentre os 133 pacientes que deram entrada no setor de emergência no período de fevereiro a julho de 2009, 6,8% (n = 9) foram reincidentes neste tempo de coleta, ou seja, deram mais de uma entrada no serviço no período da pesquisa (entre fevereiro e junho de 2012). Destes, 36,8% (n = 49) necessitaram de oxigenoterapia que foi administrada por cateter nasal, máscara facial ou as duas modalidades. Necessitaram de assistência ventilatória 21,8% (n = 29) dos pacientes, sendo que 79,3% (n = 23) fizeram uso exclusivo de ventilação mecânica invasiva (Figura 1).

Dentre o total de pacientes avaliados, 53,4% (n = 71) realizaram fisioterapia e 46,6% (n = 62) não realizaram nenhuma intervenção fisioterapêutica. Dos 71 pacientes que realizaram fisioterapia, 67,6% (n = 48) tiveram abordagem respiratória e motora (Figura 2).

Figura 1 - Distribuição da amostra segundo utilização de oxigenoterapia (n = 49) e assistência ventilatória (n = 29), Goiânia/GO 2012.



VMI: Ventilação mecânica invasiva; VNI: Ventilação não invasiva.

Figura 2 - Distribuição da amostra segundo tratamento fisioterapêutico (n = 71), Goiânia/GO 2012.

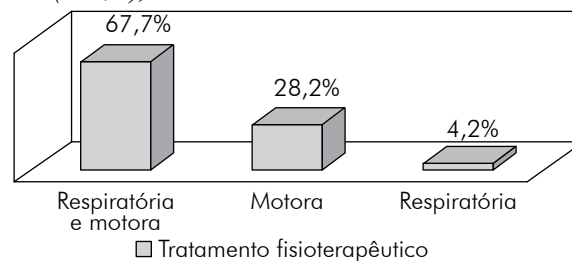
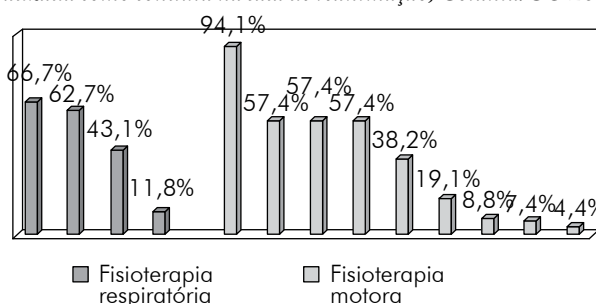


Figura 3 - Distribuição da amostra quanto à intervenção da fisioterapia respiratória (n=51) e da fisioterapia motora (n = 68) realizada como conduta na sala de reanimação, Goiânia/GO 2012.



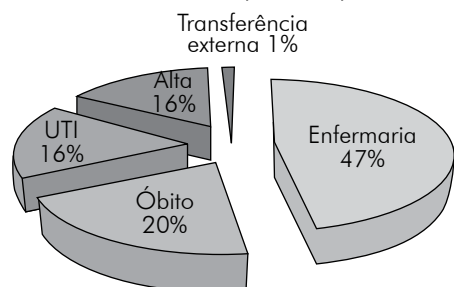
MEP = manobras de expansão pulmonar; TRS = técnicas de remoção de secreção; ASP = aspiração; VNI = ventilação não invasiva; POS = posicionamento terapêutico; ADM = amplitude de movimento; ALG = alongamento muscular; MLF = miolinfocinéticos; SED = sedestação; FORT = Fortalecimento muscular; ORT = Ortostatismo; DEAM = deambulação; CICLO = cicloergômetro de membros inferiores.

Dos 26 pacientes que receberam ventilação mecânica invasiva, a fisioterapia prestou assistência na intubação orotraqueal de 34,6% (n = 9) pacientes, admissão da ventilação mecânica de 34,6% (n = 9), monitorização da ventilação mecânica de 92,3% (n=24), no desmame de 23,1% (n = 6) e na extubação de 15,4% (n = 4) dos pacientes.

Em relação ao método de desmame da ventilação mecânica, todos os 6 pacientes foram submetidos ao modo PSV (pressão de suporte ventilatório). Nenhum dos pacientes que foram extubados retornou à ventilação mecânica nas 48 horas seguintes.

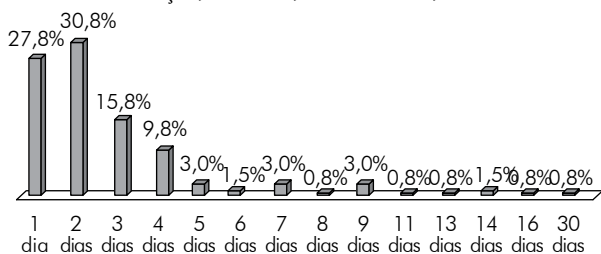
Em relação ao desfecho, dos 133 pacientes, 47,4% (n = 63) foram encaminhados para enfermaria, 20,3% (n = 27) foram a óbito, 15,8% (n = 21) foram transferidos para UTI, 15,8% (n = 21) tiveram alta e 0,8% (n = 1) foi transferido para outro hospital (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição da amostra segundo o desfecho no atendimento do Pronto Socorro Adulto, n = 133, Goiânia/GO, 2012.



O tempo médio de permanência na reanimação foi de $3 \pm 3,7$ dias, sendo o mínimo de 1 dia e o máximo de 30 dias (Figura 5).

Figura 5 - Distribuição da amostra segundo o tempo de permanência na sala de reanimação, n = 133, Goiânia/GO, 2012.



Dentre os 72 pacientes que realizaram fisioterapia na emergência: 58,3% (n = 42) tinham doenças respiratórias, 16,7% (n = 12) doenças vasculares, 13,9% (n = 10) doenças neurológicas e 11,1% (n = 08) doenças oncológicas.

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram que a amostra foi composta predominantemente por mulheres, idosas, que apresentavam como queixa principal a dispnéia. Diversos estudos realizados corroboram o predomínio do gênero feminino nos serviços de emergência [10-12].

Neste estudo, 50,4% dos atendimentos foram realizados em indivíduos com idade acima de 60 anos, já o estudo do serviço de urgência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) observou que 37,1% dos atendimentos foram direcionados a pessoas idosas [13], indicando expressiva parcela dos atendimentos clínicos nesse grupo etário que requer maior atenção em relação à possibilidade de complicações próprias da idade, de comorbidades e outras limitações presentes. Outro fator que merece destaque é que 12,8% dos atendimentos foram direcionados a pacientes com

idade igual ou superior a 80 anos. Esse número é indicativo de envelhecimento das pessoas atendidas nos setores de urgência e requer um olhar diferenciado face às complicações inerentes à idade avançada. O envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e, conseqüentemente, aumento do uso dos serviços de saúde [14].

Nesta pesquisa, as doenças respiratórias foram as mais frequentes (29,5%), seguidas das cardíacas (12,1%). Diferentemente desse achado, no estudo realizado em Pelotas (RS), de acordo com o Código Internacional das Doenças (CID-10), o primeiro lugar foi para as causas externas (21,8%), seguidos por sintomas, sinais e achados não classificados em outra parte (17,6%), doenças do aparelho respiratório (12,7%) e doenças do aparelho circulatório (11,5%). Já no estudo realizado em Salvador (BA), três grupos de doenças foram mais frequentes: sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos de laboratório não classificados em outra parte (28,5%), Doenças do aparelho respiratório (16,4%) e lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (11,0%) [10]. Estudo realizado na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, os diagnósticos mais frequentes, segundo CID-10, foram as doenças do aparelho circulatório (22,9%), seguidos dos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (13,4%) e, como terceira causa mais frequente as doenças do aparelho respiratório (8,9%), sendo 2,1% dos diagnósticos por pneumonia não especificada, 2,0% pneumonias bacterianas não especificadas e 0,9% por DPOC com exacerbação aguda [9]. Esse último achado é similar ao do presente estudo, que no grupo de doenças pulmonares, as mais encontradas foram pneumonia (42,9%) e DPOC descompensada (19,6%).

O baixo percentual de patologias de acidentes (incluindo traumas) do presente estudo pode ser explicado pelo perfil de pacientes recebidos no HC/UFG, em que o Pronto-Socorro é considerado "portas-fechadas", ou seja, o atendimento realizado é, exclusivamente, pelo encaminhamento de pacientes de outras unidades de saúde municipais ou em situações de intervenção médica de emergência para doentes crônicos em seguimento neste hospital.

De acordo com o perfil de antecedentes patológicos, os resultados deste artigo mostram que 42,6% são de doenças cardiovasculares. As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil [15]. São responsáveis por cerca de 20,0% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos. Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2010 as doenças isquêmicas do coração (DIC) foram responsáveis por 99.955 mortes e as doenças cerebrovasculares (DCbV) por 99.732 mortes. Em Goiás, especificadamente, foram registrados 2.573 óbitos por DIC e 2.474 por DCbV [16].

Os resultados do presente estudo evidenciaram que durante os cinco meses de realização da pesquisa, 53,4% dos

pacientes realizaram fisioterapia. Esses achados são similares ao estudo realizado com os pacientes com problemas pulmonares e cardiovasculares que deram entrada no Serviço de Emergência do Hospital São Paulo/UNIFESP, em que 57,0% dos pacientes que entraram na emergência realizaram fisioterapia e 43,0% permaneceram em observação [17].

Pesquisas envolvendo a fisioterapia na urgência e emergência são escassas na literatura nacional. Na Austrália existem alguns estudos focando a atuação fisioterapêutica no departamento de emergência, contudo, a atuação é voltada para avaliação e gestão de condições musculoesqueléticas agudas e subagudas [18,19]. Outra pesquisa nesse mesmo país concluiu que o papel da fisioterapia no departamento de emergência australiano está alinhado com fisioterapia musculoesquelética, no entanto, existe certo grau de cuidado holístico envolvidos, particularmente para pacientes idosos [20].

Quanto à modalidade de fisioterapia, nessa pesquisa a grande maioria realizou atendimento com abordagem respiratória e motora (67,6%). Esses resultados diferem dos encontrados no estudo de Ogawa et al. [17], em que 50% dos pacientes realizaram apenas fisioterapia respiratória, não tendo abordagem da fisioterapia motora. Outro estudo também teve como objetivo descrever o perfil dos atendimentos de fisioterapia em uma UE adulto encontrou que a maior parte dos atendimentos foi de fisioterapia respiratória (86,0%) [21].

A fisioterapia respiratória inclui procedimentos (drenagem postural, percussão e vibração torácicas, tosse, aspiração traqueal e hiperinsuflação manual) que são realizados rotineiramente no tratamento de pacientes em ventilação mecânica ou não, objetivando diminuir a retenção de secreção pulmonar, prevenir complicações pulmonares, melhorar a oxigenação e promover a expansão de atelectasias [22,23]. No presente estudo, as manobras de expansão pulmonar (MEP) e para remoção de secreção (TRS) foram utilizadas com maior frequência (66,7% e 62,7%, respectivamente), seguidas de aspiração de vias aéreas (43,1%).

O treinamento físico tem sido cada vez mais reconhecido como um importante componente no cuidado de pacientes críticos. Estes protocolos de mobilização vão desde exercícios com menor taxa metabólica como a mobilização passiva, a realização de transferências até exercícios com carga para membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII) e a utilização de ergômetros [23-25]. Pelos resultados dessa pesquisa, nota-se que a mobilização passiva e ativa (que incluem ADM, alongamento e exercícios mioelétricos) foi utilizada com maior frequência, porém vem crescendo a aplicação de exercícios de fortalecimento com carga, sedestação à beira do leito, ortostatismo, deambulação e utilização de cicloergômetro até mesmo nas salas de urgência. A deambulação na própria sala de reanimação tem assumido papel importante juntamente com a utilização do cicloergômetro portátil. Essas condutas utilizadas podem ser utilizadas para aqueles pacientes que aguardam alta para transferência ou ainda para aqueles que terão alta.

O posicionamento funcional, aplicado em expressiva parcela da amostra, é técnica de primeira escolha e deve constar em todo plano terapêutico, pois é eficaz na prevenção de contraturas musculares, edema linfático e para minimizar os efeitos adversos da imobilização prolongada no leito [26]. Além disso, também é usado com o objetivo de melhorar a ventilação/perfusão (V/Q), volumes pulmonares e o depuramento mucociliar reduzindo o trabalho respiratório [23].

A oxigenoterapia foi utilizada em 36,8% dos pacientes do presente estudo, sendo que a via preferencial de administração foi via cateter nasal (51,0%). Esse perfil também foi encontrado no estudo do Serviço de Emergência do Hospital São Paulo/UNIFESP, em que 40,0% realizaram oxigenoterapia e, desses, 53,0% utilizaram por meio de cateter nasal [17].

Nesta pesquisa, 21,8% dos pacientes necessitaram de assistência ventilatória, sendo que desses, grande parte fez uso da ventilação mecânica invasiva. Desse ponto de vista, a fisioterapia amplia seu campo de atuação no que concerne à assistência na intubação orotraqueal, admissão e monitorização da ventilação mecânica, desmame e extubação dos pacientes, em atuação conjunta com a equipe multiprofissional. O fisioterapeuta foi responsável por monitorização de parâmetros da maioria dos pacientes ventilados mecanicamente, indicando controle de mecânica respiratória e contribuição para um desmame precoce.

Em relação ao desmame da ventilação mecânica no presente estudo, todos os pacientes foram submetidos à redução gradual da Pressão de Suporte (PSV), método utilizado no desmame gradual de pacientes em ventilação mecânica [27]. Além disso, evidenciou-se sucesso no desmame, visto que de todos os pacientes extubados na sala de reanimação do PS, nenhum retornou a ventilação mecânica nas 48 horas seguintes.

Relacionando o diagnóstico inicial e os pacientes que receberam intervenções fisioterapêuticas, observa-se que as doenças que preferencialmente receberam tratamento foram as respiratórias e as vasculares, enquanto as principais doenças que permaneceram em observação foram as cardíacas. Nota-se que as doenças cardíacas geram instabilidade hemodinâmica e necessitam, em primeiro momento, serem monitoradas por exames laboratoriais e eletrocardiograma. Em concordância com esses achados, os resultados do estudo de Ogawa et al. [17] com intervenção fisioterapêutica no setor de emergência mostraram que os pneumopatas realizaram mais procedimentos fisioterapêuticos que os cardiopatas.

Na sala de reanimação do Pronto Socorro do HC/UFG, dos pacientes que necessitaram de assistência ventilatória, uma menor quantidade fez uso de ventilação mecânica não invasiva. A ventilação não invasiva (VNI) significa para a equipe da emergência uma forma de fornecer apoio inicial ao paciente com insuficiência respiratória aguda. Aplicação da VNI em cuidados de emergência pode ter um efeito decisivo na evolução clínica [28].

A ventilação mecânica não invasiva tem sido considerada uma alternativa eficaz cada vez mais frequente e segura [29,30]

em situações de urgência [31]. Estudos mostram que a ventilação não invasiva deve ser a primeira opção para suporte ventilatório em pacientes com qualquer exacerbação grave de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou edema pulmonar cardiogênico [30,32,33], patologias essas frequentes na admissão dos pacientes desse estudo. A VNI é eficaz em redução de intubação e mortalidade em pacientes com exacerbações agudas de DPOC e na redução da mortalidade em doentes com edema pulmonar cardiogênico, especialmente quando implementado precocemente [34].

A ventilação não invasiva na emergência do HC/UFG é um arsenal terapêutico para a condução ou tratamento da insuficiência respiratória, ainda empregado apenas por profissionais fisioterapeutas. Neste estudo, a VNI foi empregada em 10,3% dos pacientes que necessitaram de assistência ventilatória. Em pesquisa realizada nos departamentos de emergências do Reino Unido, 67% utilizam a VNI, porém apenas 33,0% dos serviços têm protocolos de utilização [35]. Dessa forma, estudos mostram que o desafio será o de treinar a equipe do departamento de emergência para usar esse recurso, preservando a cadeia de cuidados, criando um consenso sobre protocolos para governar responsabilidades interdepartamentais [28].

O motivo de saída da sala de emergência mais frequente foi internação em enfermaria, em 47,4% (n = 63) dos casos. O grande número de internações é um dado esperado para as características do serviço. O estado geral de saúde de grande parte dos pacientes da sala de reanimação é grave, como foi observado neste estudo, em que 20,3% foram a óbito e 15,8% foram transferidos para UTI. A elevada taxa de mortalidade pode ser explicada devido às patologias abordadas e ao maior risco de vida apresentado pelo próprio perfil do paciente que chega ao serviço [13].

Entretanto, 15,8% (n = 21) dos atendimentos resultaram em alta médica, levando ao questionamento da adequação dos encaminhamentos feitos à sala de reanimação do PS. Essa constante na realidade do pronto socorro resulta em ocupação inadequada dos leitos de emergência, e, conseqüentemente, falta de leito no caso de chegada de outros atendimentos de maior nível de gravidade. Por outro lado, esse número pode indicar uma boa resolubilidade do serviço.

A variável tempo de permanência pode ser indicativa da complexidade dos casos, da adequação dos encaminhamentos feitos ao Serviço de Urgência (SU), da resolubilidade do próprio serviço. Neste estudo, 30,8% dos atendimentos tiveram tempo de permanência no setor de até 48 horas e 27,8% com permanência de até 24 horas. Outros estudos mostraram menor tempo de permanência no setor, visto que 64% dos pacientes permanecerem menos de 24 horas [17], enquanto que no outro 39,8% dos atendimentos tiveram tempo de permanência menor que seis horas [13].

A maior parte dos pacientes permaneceu no serviço de urgência durante 48 horas, tempo não desejável em um serviço para atendimento de urgência/emergência. Essa informação

provavelmente reflete a dificuldade para o encaminhamento dos pacientes, após atendimento inicial, para outro setor. Em virtude dessa situação bastante frequente, os pacientes ficam em macas, comprometendo a qualidade do serviço e assistência prestada. Ocupam as salas de "emergência" onde permanecem entubados e em ventilação mecânica, por falta de vagas em leitos de terapia intensiva [36].

Uma das limitações desta pesquisa é o fato de que não existe nenhum profissional fisioterapeuta na composição da equipe multiprofissional do Pronto Socorro do HC/UFG. Os profissionais que participaram do estudo fazem parte do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na área de Urgência e Emergência. Os resultados encontrados evidenciam a necessidade desse profissional como membro significativo da equipe, diante do perfil dos pacientes observados e da ampla atuação que o fisioterapeuta pode exercer no setor emergência.

Conclusão

Os pacientes atendidos na sala de reanimação do Pronto Socorro Adulto do HC/UFG são predominantemente do gênero feminino, com idade avançada, queixa principal de dispnéia, hipótese diagnóstica de doenças respiratórias e antecedentes patológicos cardiovasculares. Dentre os pacientes que necessitaram de assistência ventilatória, a maioria foi submetida à ventilação mecânica invasiva.

A maioria dos pacientes admitidos na sala de reanimação recebeu atendimento fisioterapêutico com abordagem respiratória e motora. Dentre os procedimentos de fisioterapia respiratória, os mais utilizados foram terapia de remoção de secreção, manobras de expansão pulmonar e aspiração das vias aéreas. Em relação à fisioterapia motora, empregou-se com mais frequência exercícios de amplitude de movimento, alongamento, miolinfocinéticos, sedestação e posicionamento terapêutico. Os pacientes permaneceram em média três dias na sala de reanimação e foram encaminhados para internação subsequente em enfermaria.

Propõem-se estudos futuros que analisem o impacto da presença do fisioterapeuta no setor de emergência, com o objetivo de crescimento e maior reconhecimento desse profissional em um novo campo de atuação. Pode ser observado que a fisioterapia, além de interagir em conjunto com a equipe multiprofissional em situações críticas, auxilia no suporte básico, intervém com assistência ventilatória ideal e com a profilaxia das morbidades. A presença do profissional fisioterapeuta nesse setor ainda é restrita, porém existe uma grande demanda de pacientes com distúrbios respiratórios e motores que podem se beneficiar desse profissional.

Referências

1. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurciant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes

- das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latinoam Enferm* 2005;13(1):72-8.
3. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº. 1451, de 10 de março de 1995. Resolução CFM nº 1451/95. Diário Oficial da União 17 mar 1995; Seção I.
 4. Ohara R, Melo MRADC, Laus AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Rev Bras Enferm* 2010;63:749-54.
 5. Fontes SV, Siliano MR, Mizutani JKS, Oliveira BTMD, Marx FC, Marion MAL, Patrício GCR, Tanaka MS, Veja JM. Fisioterapia nas urgências e emergências cardiorrespiratórias e traumato-ortopédicas e orientações interdisciplinares na alta hospitalar em serviços de pronto-socorro. In: Veja JM, Luque A, Sarmiento GJV, Moderno LFD, eds. *Tratado de Fisioterapia Hospitalar: assistência integral ao paciente*. São Paulo: Atheneu; 2012. p.535-48.
 6. Jacobs PC, Matos EP. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - Bahia. *Rev Assoc Med Bras* 2005;51:348-53.
 7. Furtado BMASM, Araújo Junior JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2004;7:279-89.
 8. Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16:1069-79.
 9. Coelho ME. Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em um hospital de ensino [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.
 10. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54.
 11. Mansur ADP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras Cardiol* 2012;99:755-61.
 12. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva. Datasus [acesso em nov 2012]. [homepage na internet]. Indicadores e dados básicos. Brasil-2010. [citado 2012 Mai 10]. Disponível em URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/c08.def>
 13. Ogawa KYL, Diniz JS, Frigeri LB, Ferreira CAS. Intervenção fisioterapêutica nas emergências cardiorrespiratórias. *O Mundo da Saúde* 2009;33(4):457-66.
 14. Anaf S, Sheppard LA. Physiotherapy as a clinical service in emergency departments: a narrative review. *Physiotherapy* 2007;93:243-52.
 15. Sheppard LA, Anaf S, Gordon J. Patient satisfaction with physiotherapy in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2010;18:196-202.
 16. Kilner E, Sheppard L. The 'lone ranger': a descriptive study of physiotherapy practice in Australian emergency departments. *Physiotherapy* 2010;96:248-56.
 17. Cargnin C, Fernandes JA, Seixas RJd, Franz F, Diogo LP, Giacomazzi CM. Intervenção Fisioterapêutica em uma unidade de emergência adulta em um hospital Universitário. *Rev Bras Fisioter* 2010;14(Supl 1):6.
 18. Ciesla ND. Chest physical therapy for patients in intensive care unit. *Phys Ther* 1996;76:609-625.
 19. Clini E, Ambrosino N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. *Respir Med* 2005;99(9):1096-104.
 20. Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on physiotherapy for critically patients. *Intensive Care Med* 2008;34(7):1188-99.
 21. Morris PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Pasmore L, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med* 2008;36(8):2238-43.
 22. França EÉTd, 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;24:6-22.
 23. Goldwasser R, Farias A, Freitas EE, Saddy F, Amado V, Okamoto V. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. *J Bras Pneumol* 2007;33:128-36.
 24. Baptista FA, Moral GJ, Pozo FJFD. Management of acute respiratory failure with noninvasive ventilation in the emergency department. *Emergencias* 2009;21:189-202.
 25. Antón A, Güell R, Gómez J, Serrano J, Castellano A, Carrasco JL, et al. Predicting the result of noninvasive ventilation in severe acute exacerbations of patients with chronic airflow limitation. *Chest* 2000;117(3):828-33.
 26. Schettino GP, Reis MA, Galas F, Park M, Franca SA, Okamoto VN et al. Ventilação mecânica não-invasiva com pressão positiva. *Rev Bras Ter Intensiva* 2007;19(2):245-57.
 27. Passarini JNdS, Zambon L, Morcillo AM, Kosour C, Saad IAB. Utilização da ventilação não invasiva em edema agudo de pulmão e exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica na emergência: preditores de insucesso. *Rev Bras Ter Intensiva* 2012;24:278-83.
 28. Keenan SP, Sinuff T, Burns KE, Muscedere J, Kutsogiannis J, Mehta S, et al. Clinical practice guidelines for the use of noninvasive positive-pressure ventilation and noninvasive continuous positive airway pressure in the acute care setting. *CMAJ* 2011;183(3):195-214.
 29. Ward K, Horobin H. Does the application of an algorithm for non-invasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease improve the initiation process and patient outcomes? *Physiotherapy* 2012;98(2):151-9.
 30. Bolton R, Bleetman A. Non-invasive ventilation and continuous positive pressure ventilation in emergency departments: where are we now? *Emerg Med J* 2008;25(4):190-4.
 31. Browning J, Atwood B, Gray A. Use of non-invasive ventilation in UK emergency departments. *Emerg Med J* 2006;23:920-1.
 32. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 33. Martins P. O ensino da emergência é uma necessidade?. *Rev Méd Minas Gerais* 2008;18:294-296.
 34. Altheman F. Transformar. *Rev Crefito* 2007;3:24-5.
 35. Ball STE, Walton K, Hawes S. Do emergency department physiotherapy Practitioner's, emergency nurse practitioners and doctors investigate, treat and refer patients with closed musculoskeletal injuries differently? *Emerg Med J* 2007;24:185-8.
 36. Fleming-McDonnell D, Czuppon S, Deusinger SS, Deusinger RH. Physical therapy in the emergency department: development of a novel practice venue. *Phys Ther* 2010;90(3):420-6.